

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES NA
UBS ESF-1, CHUÍ/RS**

NICOLÁS SALSE BRAGA

Pelotas, 2016

NICOLÁS SALSE BRAGA

**MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES NA
UBS ESF-1, CHUÍ/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

B813m Braga, Nicolas Salse

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão e Diabetes na UBS ESF-1, Chuí/RS / Nicolas Salse Braga; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Agradeço a toda a comunidade do município do Chuí, a todos os colegas da secretaria de saúde e de nossa equipe da ESF 1 por todo o apoio prestado.

Agradecimentos

Agradeço a toda a equipe da ESF-1 do Chuí, todos os pacientes, à minha família e agradeço também a minha namorada pelo apoio dado, lendo os trabalhos e escutando desabafos durante todo o projeto.

Agradeço a todo o grupo acadêmico da UFPel, como também a Cristina (atual orientadora) como também a Danieli Bluhm (antiga orientadora).

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 | Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 68 |
| Figura 2 | Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 69 |
| Figura 3 | Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 70 |
| Figura 4 | Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 70 |
| Figura 5 | Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 71 |
| Figura 6 | Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 72 |
| Figura 7 | Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 72 |
| Figura 8 | Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 73 |
| Figura 9 | Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 74 |
| Figura 10 | Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 74 |
| Figura 11 | Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 76 |
| Figura 12 | Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 77 |
| Figura 13 | Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 78 |
| Figura 14 | Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 78 |
| Figura 15 | Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 79 |
| Figura 16 | Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 79 |
| Figura 17 | Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 80 |
| Figura 18 | Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 81 |
| Figura 19 | Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016. | 82 |

Figura 20 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação 82
sobre os riscos do tabagismo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|--------|----------------------------------------|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAPS | Centro de Apoio Psicossocial |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CAP | Cadernos de Ações Programáticas |
| CLS | Conselho Local de Saúde |
| DCNT | Doença Crônica não Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PMMB | Programa Mais Médico do Brasil |
| SAMU | Sistema de Atenção Médica de Urgência |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS |
| UFPel | Universidade Federal de Pelotas |

Sumário

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Apresentação | 10 |
| | 11 |
| 1 Análise Situacional | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 13 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 25 |
| | 26 |
| 2 Análise Estratégica..... | 26 |
| 2.1 Justificativa | 26 |
| 2.2 Objetivos e metas..... | 28 |
| 2.3 Metodologia | 30 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 30 |
| 2.3.2 Indicadores | 51 |
| 2.3.3 Logística | 57 |
| 2.3.4 Cronograma | 61 |
| 3 Relatório da Intervenção | 62 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 62 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 65 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... | 65 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços | 66 |
| | 67 |
| 4 Avaliação da intervenção | 67 |
| 4.1 Resultados | 67 |
| 4.2 Discussão..... | 84 |
| | 87 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores..... | 87 |
| | 89 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade..... | 89 |
| | 91 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem | 91 |
| 6 Referências | 93 |
| Anexos | 95 |

Resumo

BRAGA, Nicolás Salse. **Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes na UBS ESF-1, Chuí/RS.** 2016. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus são associadas frequentemente, às alterações funcionais, estruturais e metabólicas, sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo pelas suas crescentes prevalências e morbimortalidade. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS ESF 1, Chuí/RS. Foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastrados 121 (30,6%) usuários com hipertensão e 29 (29,6%) com diabetes. Todos os cadastrados receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal e diabético com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Sendo que, apenas não conseguimos alcançar 100% como meta de qualidade nos indicadores usuários com exames complementares em dia, onde 102 (84,3%) usuários hipertensos e 25 (86,2%) dos usuários com diabetes conseguiram realizar seus exames complementares. A intervenção proporcionou a melhoria da qualidade da assistência, a partir da ampliação dos indicadores de cobertura e de qualidade, o que gerou a qualificação dos atendimentos aos usuários, a realização de mais ações de promoção da saúde e uma maior integração entre os profissionais da equipe.

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ESF 1, localizada no município do Chuí/RS.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS ESF 1. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Atualmente estou atuando no ESF- 1 do município do Chuí, é uma unidade de saúde que só agora está passando para o modelo de estratégia de saúde da família (ESF). A equipe está formada por um médico, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitárias, além de uma senhora destinada a limpeza e a recepcionista. Ainda está para chegar uma enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde, as quais, segundo informações da secretaria de saúde do município, serão empossadas nos próximos meses.

A área de abrangência da nossa estratégia consta de 2.600 pessoas, aproximadamente, divididas em 5 microáreas, das quais temos apenas três cobertas pelas ACS.

Destas três já temos registros de hipertensos, diabéticos, menores de 1 ano, gestantes, etc. A recepção dos usuários é feita pela recepcionista da unidade. Logo a técnica de enfermagem controla sinais vitais e depois o usuário passa para a consulta médica.

As vacinas chegaram a unidade básica de saúde (UBS) nesta segunda-feira (antigamente a vacinação era somente realizada no Posto Central do Chuí), portanto, estamos começando as campanhas de vacinação, informando a população e estabelecendo horários devido a falta de uma enfermeira para dividir o trabalho da técnica de enfermagem, a qual fica realizando várias funções ao mesmo tempo.

Em relação a população estamos tendo um problema que é a de conscientizar os usuários dos horários da ESF. Muitos pensam que tem que ser 24 horas de atendimento e não aceitam os horários: trabalhamos de segunda a sexta feira das 8 as 12 e da 13:30 até 17 horas, sendo liberadas 10 fichas para

atendimento de manhã (mais duas de urgência/emergência) e 10 fichas de tarde (mais duas de urgência/emergência), totalizando, no máximo, 24 fichas por dia (número que muitos da população consideram insuficiente). A maioria dos atendimentos na unidade é de demanda espontânea.

Tirando o fato dos horários, os principais problemas que estamos enfrentando neste momento são:

- Demora na realização de exames complementares.
- Demora dos encaminhamentos para outras especialidades.
- Explicar o conceito de saúde da família para a população, a qual nunca tinha acontecido no município.

- O município do Chuí entra no grupo catalogado como de “extrema pobreza”, segundo o Ministério da Saúde, pelo qual a maioria da população não tem recursos para a compra de remédios. Isso somado à falta de remédios na farmácia do Posto Central do Chuí, causam reclamações quase que cotidianas.

O hospital de referência mais próximo é o de Santa Vitoria do Palmar, município de pequeno porte que fica a 20 km de distância do Chuí.

Já em relação à estrutura física de onde trabalhamos, a ESF é uma casa adaptada para ser ESF, possui uma sala, quatro quartos, uma cozinha, três banheiros e um corredor. A casa foi adaptada para atender como ESF da seguinte maneira: a sala é onde é feita a recepção dos usuários. Consta de cadeiras de espera, mesa onde fica a secretária preenchendo as fichas de atendimento e armários com todos os prontuários organizados por micro áreas e famílias. Já em relação aos quartos, o primeiro é o consultório onde trabalho, o qual é bastante confortável com duas mesas, uma maca, banheiro e armário onde posso guardar algumas medicações, receituários, blocos de encaminhamentos, etc. Outro quarto é a sala de vacinas. O terceiro quarto é a sala das ACS, lugar onde realizamos reuniões e onde elas organizam seus dados. O último quarto é utilizado para os funcionários, guardar as coisas, tomar café da manhã, etc. Por último a cozinha é onde fica a sala de enfermagem, onde são realizados sinais vitais de todos os pacientes que consultam, aferição de pressão arterial, hemoglicoteste, curativos, injeções, etc. Nela há agulhas, material para curativo, luvas, gases, álcool, PVPI, fio de sutura (somente 3.0 e 4.0), anestesia (lidocaína), medicação intramuscular e intravenosa (dramin, plasil, buscopam, diclofenaco, furosemida, epinefrina, penicilina benzatinica entre

outros.) Temos também insulina e remédios em comprimido (analgésicos, antiinflamatórios, anti hipertensivos, hipoglicemiantes orais, etc). Espero poder estar dando uma ideia um pouco maior do lugar onde trabalhamos.

Enfim, considero que temos muito para melhorar, a maioria das coisas não depende de mim e nem da equipe que está se formando, mas sim de questões burocráticas. Tendo em conta que é um município de 6.000 habitantes e que nunca houve ESF, acredito que em alguns meses as coisas melhorarão e poderemos realizar mais atividades na comunidade, como seminários para pessoas com doenças crônicas, visitas domiciliares, entre muitas outras coisas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Estou atuando no município do Chuí, no Estado do Rio Grande do Sul, um município de um pouco mais de seis mil habitantes, que é catalogado pelo Ministério da Saúde como de extrema pobreza, e a maioria da nossa população vive em meio sócio econômico deficitário. O município localiza-se no extremo sul do Brasil, fazendo fronteira com o Uruguai. A principal fonte de economia e trabalho é o comércio. Do lado uruguaio temos muitos freeshops e do lado brasileiro da nossa cidade predominam os supermercados com preços baixos, lojas de roupa, sapatos, etc. Tudo isso traz uma grande renda econômica e é uma fonte de trabalho importante para nosso município.

Em relação ao sistema de saúde local temos duas unidades básicas de Saúde: o Posto Central do Chuí e a ESF onde trabalho, que chama-se UBS ESF-1, que localiza-se na rua Raúl Cota de Mello, no bairro Nasser. Ali prestamos atendimentos de consulta pré – agendada, atendimento a demanda, urgências e emergências. No caso das urgências e emergências prestamos o primeiro atendimento, estabilizamos o paciente e logo é transferido em uma das ambulâncias do município para o nosso centro de referencia, que é a Santa Casa de Santa Vitória do Palmar, cidade mais próxima localizada a 20km de distância, pois o Posto Central não possui área de internação.

Existe um contrato do município com uma cooperativa médica, a UNIMED de Santa Vitória do Palmar, cidade de referência como mencionado acima. Neste contrato, a UNIMED disponibiliza especialistas todas as semanas, para realizar atendimento no Posto Central, por exemplo: três ginecologistas, quatro pediatras, três clínicos gerais, dois dentistas, dois fisioterapeutas e um obstetra semanalmente.

Ou seja, tem atendimento pediátrico na segunda, terça, quarta e quinta feira, todas as semanas e o mesmo acontece com as especialidades acima mencionadas. Destaco isto porque influi diretamente na cobertura de atendimento da nossa área de abrangência, já que muitos pacientes procuram atendimento com estes médicos, os quais são referência no município. Neste mesmo Posto Central é onde acontece o atendimento odontológico de fisioterapia, psicóloga, marcação de exames.

Com a chegada do Programa Mais Médicos foi aberta uma UBS nova, que funciona como ESF, que é onde trabalho. Temos uma equipe em formação, a qual consta de um médico, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitárias, uma secretária e uma responsável pela limpeza. Tínhamos também uma enfermeira, mas foi embora há aproximadamente dois meses e ainda não foi contratada outra. A nossa área de abrangência é de aproximadamente 2.600 pessoas, divididas em cinco micro áreas e destas microáreas, quatro são urbanas e uma rural, havendo 2 descobertas por ACS.

Devido ao fato que é uma cidade de fronteira, temos muitos uruguaios que vivem em nossa área, que não tem cartão do SUS e mais do que isso, usuários que são atendidos do lado uruguaio da fronteira, onde dispõem de um hospital público e um hospital particular, com acesso a serviço de emergência e consulta com especialistas e clínicos gerais, como também realização de exames laboratoriais e de imagem.

Além dos uruguaios, o Chuí é uma das maiores colônias de árabes, turcos, palestinos, libaneses, entre outros, pelo qual muitos não permitem a entrada em suas residências das agentes comunitárias para realizar os cadastros das famílias. Destaco estes fatores porque com tudo isso, temos um numero menor que o previsto de pessoas cadastradas, provocando que haja um “infradiagnóstico” de muitas patologias.

Em relação à disponibilidade de atenção especializada e de serviço hospitalar dependemos do Hospital Santa Casa que fica no município vizinho de Santa Vitória do Palmar, nosso centro de referência. Fica a critério médico o encaminhamento do usuário para a Santa Casa. Em relação aos exames complementares, os exames de sangue e urina são realizados no próprio laboratório do Chuí, a través do encaminhamento da UBS; a radiografia, eletrocardiograma e ecografias são realizadas em Santa Vitória; já quanto a tomografia computadorizada, ecodoppler,

ressonância magnética e outros exames mais complexos, são encaminhados para o município de Rio Grande que fica a 205 Km de distância.

A chegada da estratégia de saúde da família ao município melhorou muito a qualidade e eficiência da atenção básica, porém o lugar físico é uma casa adaptada para uma UBS, não estando de acordo em muitos aspectos com o recomendado no manual de estrutura da UBS. Assim, como diz em um dos materiais disponibilizados para leitura durante a unidade 1: artigo de Siqueira e cols (2009), Barreiras Arquitetônicas, que diz: *“A estratégia Saúde da Família tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica dos diferentes municípios nos quais foi implantada, apesar da constatação de um número significativo de unidades apresentarem estrutura física inadequada, não raro, improvisada...”*. Destaco este parágrafo já que considero que o município e a UBS onde está alocada a ESF se enquadram dentro desta descrição.

Em relação à estrutura física da unidade percebemos que ainda há muito a melhorar, mas há muitas coisas que fogem da governabilidade da equipe, pois a UBS é uma casa adaptada. A casa dispõe de uma sala, quatro quartos e uma cozinha, além de dois banheiros, sendo que o local da sala é a recepção, onde acontece o acolhimento primário. Dos quatro quartos, um é o consultório médico onde trabalho, o segundo quarto é a sala de vacinas (apesar de termos a geladeira para o material e um lugar físico, não dispomos de vacinas nem de enfermeira para tal serviço); outro quarto é a sala das agentes comunitárias; o último quarto é uma sala destinada a depósito além de ser o lugar onde realizamos as reuniões de equipe e onde tomamos café da manhã, por exemplo. A cozinha funciona como o acolhimento realizado pela técnica de enfermagem, ali tem balança de adulto e pediátrica e é onde se realiza curativos, medicação, aferição de PA, HGT, entre outros.

Durante a análise situacional, foi solicitada a leitura do texto de Siqueira e Cols (2009), na qual menciona que “Barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços de saúde”, frase muito interessante já que nos põe de frente com uma realidade que poucos percebem. É de se destacar o número importante de UBS que foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e portadores de deficiências, que é de 60%. Entre estas podemos incluir a UBS onde trabalho, pois sendo uma casa adaptada para funcionar como unidade de saúde, pode-se imaginar que temos limitações, por exemplo, logo na entrada da UBS tem um degrau e o piso

que vai do portão até a porta, quando chove, fica escorregadio. Não há corrimãos nem rampas e os banheiros não estão adaptados para cadeirantes, mas a favor dispomos de uma cadeira de rodas.

Enfim, considero muito importante e definitivamente teria um significado incrível para nossa UBS, o fato de “destruir estas barreiras”, porém, temos limitações quanto a isso, já que resolver tal problema implicaria em obras na unidade e necessidade de recursos financeiros. Porém, cabe a nós, da equipe de saúde, após fazer as leituras dos textos disponibilizados pelo curso, enviar um ofício solicitando as melhorias na estrutura, frisando que *“barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente”* (SIQUEIRA *et. al.*; 2009).

Sabemos que temos dificuldades quando o assunto é estrutura da UBS, como também em muitos quesitos, porém os atendimentos estão sendo realizados conforme necessário e a relação com a população é muito boa. Pouco a pouco alguns assuntos que viemos tratando vão sendo resolvidos, como por exemplo, anunciar na rádio os horários de funcionamento da ESF entre outras coisas. Hoje em dia, diferentemente ao que acontecia no começo do curso, com a chegada da nova médica, estivemos conversando com o pessoal do Serviço Social do Comércio (SESC) e nas escolas para realização de palestras e grupos para a população. No SESC foi criado um grupo de dança para mulheres acima de 50 anos, o qual cada vez tem mais pessoas frequentando. Nas escolas, gostaríamos de conversar sobre saúde sexual e reprodutiva; temos em mente começar com uma caixa de dúvidas, onde os adolescentes depositam ali suas inquietudes anonimamente para depois conversarmos sobre os assuntos que mais os afligem. Juntamente com a equipe consideramos uma ótima oportunidade para que nos aproximemos da população.

Sobre a questão de educação em saúde, ainda não estão sendo realizadas estas atividades, porém avançamos bastante neste assunto em relação ao começo do curso.

Uma coisa a destacar é que não há na unidade cama ginecológica nem material para coleta de pré-câncer. Quanto a medicamentos que dispomos considero que estamos dentro de um padrão abaixo do aceitável, pois existe carência de medicamentos na farmácia do Posto Central do município como também para realização de medicação na UBS.

Em relação a área de abrangência da nossa equipe, vale destacar que a mesma é de aproximadamente 2.600 pessoas, divididas em cinco microáreas, como já mencionado anteriormente. Destas, quatro são áreas urbanas e uma zona rural, com as três agentes comunitárias que temos trabalhando atualmente, temos duas destas áreas descobertas. Devido a isso, não poderia afirmar com certeza o perfil demográfico da população, mas sim de alguns bairros, por exemplo, sabemos que no Bairro Isolina Gomes, temos 117 famílias cadastradas com aproximadamente 320 pessoas. Outro fato que dificulta para avaliar o perfil demográfico populacional é de que duas agentes que trabalhavam previamente na unidade, levaram embora consigo seus cadastros, pelo qual ficamos sem aqueles registros. Assim, durante o andamento deste curso, orientamos as ACS a realizarem o recadastramento da população, o qual esta sendo feito há aproximadamente um mês. Considero que em alguns meses poderemos afirmar com um pouco mais de certeza os números da nossa área de abrangência.

Devido a ESF ser recente no município, muitos ainda não estão acostumados com a rotina levando ao não cumprimento das consultas marcadas. Estamos conseguindo uma boa adesão da população e estamos podendo fazer um trabalho continuado, porém não agendado. O que mais atendemos é a atenção à demanda espontânea. São disponibilizadas 12 fichas de atendimento de manhã e 12 de tarde, sem contar na quarta feira no período da tarde que é o período que realizamos visita domiciliar, também realizamos reuniões de equipe a cada 15 dias. Portanto, a atenção à demanda espontânea existe e muito, porém não temos problemas com o excesso de demanda, pois o excesso existe, mas no caso de urgência ou emergência sempre são atendidos.

Em relação a saúde da criança, depois de realizar o questionário e a leitura do protocolo, percebe-se que temos que trabalhar mais as questões da saúde deste grupo etário. Apesar de termos dados incompletos devido aos problemas tratados anteriormente (falta de agentes comunitárias), considero que podemos tomar medidas para ter um melhor seguimento das crianças, principalmente no primeiro ano de vida.

A cobertura atual em saúde das crianças é de 18% da estimativa, tendo em conta os números dados pelo caderno de ação programática, que indica que deveríamos ter ao redor de 31 crianças menores de um ano cadastradas. Atualmente estamos fazendo o seguimento de sete crianças menores de um ano,

sendo duas delas de micro áreas sem cobertura, porém com pais colaboradores que comparecem as consultas marcadas conforme agendamento. Em relação à atenção de problemas agudos, temos muito, não só de crianças menores de um ano como também de todas as idades.

Não seguimos nenhum protocolo, além disso, temos alguns pacientes que se atrasam em mais de uma semana do agendamento da consulta, pelo qual as agentes fazem a busca ativa destes pacientes dentro das microáreas correspondentes. Em relação ao teste do pezinho, triagem auditiva, monitoramento de desenvolvimento e vacinação estão ocorrendo de forma correta, porém, nada disso é realizado na ESF que trabalhamos, e sim no Posto Central do Chuí.

Sobre a questão da saúde bucal temos apenas dois odontólogos que trabalham no Posto Central, através do contrato da UNIMED com o Chuí, assim mesmo que encaminhados ao dentista, temos demora nas consultas devido a alta demanda de usuários para tal profissional.

Quem realiza a puericultura sou eu, o médico, a técnica de enfermagem realiza a pesagem e controla sinais vitais, apesar de serem conferidos depois também no consultório médico. Nas consultas são realizadas ações mencionadas no questionário, como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, etc. A prevenção de violências é uma questão que não estava sendo tratado por erro absolutamente meu, conduta que mudarei a partir da leitura deste material.

Ainda analisando o que devemos mudar, considero importante mencionar que não estávamos usando classificação de risco, e o fato de que os registros são realizados nos prontuários, pois ainda não dispomos formulário especial de puericultura.

A caderneta da criança sempre é pedida e são anotados os registros. Converso sobre alimentação saudável disponível na caderneta, posicionamento na curva de crescimento, reconhecer sinais de risco e sempre chamamos atenção para a próxima vacina. Dos programas do Ministério da Saúde temos apenas o Bolsa Família.

Quando falamos de pré-natal e puerpério volto a frisar o preenchimento incompleto do caderno de ações programáticas (CAP) devido a falta de ACS. No CAP são estimada 26 gestantes, correspondendo a 100% para nossa área de

abrangência, porém, no momento estamos fazendo o seguimento de doze gestantes, o qual corresponde 46% do total, sendo quatro delas das áreas descobertas pelas agentes, porém comparecem corretamente as consultas agendadas. Este grupo de usuárias é um dos únicos que mantém em dia as consultas agendadas.

Das 12 gestantes acompanhadas, 5 estão no primeiro trimestre, todas com as vacinas e exames complementares em dia, segundo os protocolos do ministério da saúde.

Em relação às puérperas que vem a consulta, estas não são muitas, pois existem três dias da semana que tem atendimento com ginecologistas e quatro dias por semana, atendimento pediátrico. Isso faz com que as usuárias procurem os especialistas no Posto Central. Este fato já foi comentado e discutido com o meu supervisor com o qual chegamos à conclusão que o importante no momento é ter um registro se todas estão tendo seu atendimento em dia, independentemente se é no ESF ou com algum colega. Teríamos que atuar e trazer para as consultas as puérperas que não tem nenhum atendimento.

Para tentar resolver este problema, que também acontece com a puericultura, estou incentivando as mulheres durante o seguimento do pré-natal que realizem os controles também na nossa unidade, que além de irem com o especialista, até pelo fato de que é um direito da usuária e não pode ser negado, também não deixem de frequentarem a unidade básica de saúde.

Outro ponto a ser destacado é que estamos planejando e organizando, juntamente com a equipe, grupos de gestantes, para com isso realizar atividades de educação em saúde frisando pontos que consideramos fundamentais para tal etapa, como alimentação adequada, processos fisiológicos da gravidez, riscos, trabalho de parto, aleitamento materno, prática de exercício físico, entre muitas outras coisas. A vacinação segue sendo realizada no Posto Central do Chuí e os atendimentos são registrados no prontuário clínico da usuária e na carteira da gestante.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero não dispomos de uma mesa ginecológica no ESF, também há falta de material para coleta de pré-câncer, motivo pelo qual não podemos realiza-lo como rotina. Sendo assim, as usuárias são encaminhadas para o Posto Central do Chuí, onde agendam o exame e entram na lista de espera, em conjunto com as mulheres da área de abrangência de outra ESF

que está em formação. Para resolver isso já solicitamos o material para a secretaria de saúde, porém ainda não chegou.

Semelhante ao que aconteceu com os demais registros o preenchimento do caderno de ações programáticas sobre prevenção do câncer do colo do útero e câncer de mama ficou incompleto. Temos apenas os cadastros dos bairros Isolina Gomes, Nasser e zona rural de São Miguel. Com isso sabemos que temos 115 mulheres entre 25 e 64 anos aproximadamente, referentes aos três bairros mencionados. Segundo o CAP, a estimativa para nossa área é de 716 quando falamos do câncer de colo do útero. Tendo em vista estes números, fica claro que temos que melhorar o cadastro destas pacientes já que, segundo nossos registros, estamos com a cobertura de 16% (115) para o câncer do colo do útero.

A prevenção do câncer do colo do útero, na nossa unidade é feita nas consultas orientando as usuárias a realizar os exames preventivos, orientando as mulheres sobre as doenças, os riscos, como prevenir, prevalência, orientamos e educamos a mulher para realizar periodicamente o citopatológico. Explico o que são as DSTs, como prevenir, sintomas, sinais de alerta entre outras coisas. Porém não realizamos a coleta do exame em nossa UBS por falta de material.

As usuárias são encaminhadas a realizar o citopatológico no Posto Central do Chuí, onde são realizadas cinco a seis coletas de pré-câncer por semana (geralmente nas quartas feiras) e a coleta é realizada tanto pelas ginecologistas da UNIMED como também por enfermeiras ali presentes. Depois que chega o resultado do citopatológico as usuárias vem a consulta na UBS. Outras, que já vem em tratamento com ginecologistas, retornam o resultado do citopatológico diretamente as especialistas. Do mesmo modo que estamos tentando mudar o comportamento da população e explicando a importância da saúde da família e a importância de manter um seguimento, pouco a pouco estamos conseguindo mais adesão das usuárias quanto a isso.

Em relação ao câncer de mama vale destacar que dispomos de uma cota mensal de 20 mamografias, mais duas ou três de emergência. Estas são realizadas em Santa Vitoria do Palmar, porém feitas pelo SUS e não pelo contrato que o município tem com a UNIMED.

Além disso, as pacientes que estão dentro dos limites de idade (50-69) apresentando ou não fatores de risco, durante a consulta, mesmo que seja por outro motivo, são orientadas quanto ao controle de peso, estimuladas a realizar atividade

física, o malefício do álcool, educadas para reconhecimento do câncer de mama e realizar o autoexame periodicamente. A estimativa segundo o CAP deste grupo populacional é de 269 mulheres, pelo qual temos uma cobertura de 59% (158), e destas, 61% (97) com mamografia em dia.

Também são realizadas ações de rastreamento, exame físico e mamografia. Tais ações, sem contar a mamografia que tem data e horário específico no mês, são realizadas todos os dias, ou seja, não temos um dia específico para prevenção de câncer de colo e de mama, e as medidas são tomadas consulta a consulta de forma rotineira.

Outro fato negativo é que não temos o número exato de quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada devido aos atendimentos com especialistas e do lado uruguaio dificultam o seguimento de algumas usuárias. Também não temos prontuários específicos para resultados de mamografia.

Atualmente é feita a orientação quanto aos riscos e realização do exame quando as mulheres comparecem as consultas e são feitas rotineiramente independente do motivo de consulta. Realizo palpação das mamas no exame físico durante as consultas e sempre pergunto sobre antecedentes familiares e pessoais. Os registros utilizados são os prontuários clínicos dos usuários.

Considero que o seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes são os que mais conseguimos adesão ao tratamento. Apesar de não termos ainda todos devidamente cadastrados e que ainda pode haver alguns não diagnosticados acredito que este grupo são os que mais consultam e tenho obtido bons resultados na maioria dos casos.

De acordo com os dados estimados pelo CAP nossa área de abrangência deveria ser de 503 hipertensos e 143 diabéticos e por enquanto, temos 142 pessoas com hipertensão e 35 com diabetes cadastrados, o que representa 28,2% e 24,4%, respectivamente.

Sou ciente do baixo número de cadastrados que temos na nossa área, mas semelhantes aos outros programas, muitos são atendidos no lado uruguaio com especialistas ou pelos médicos clínicos que os acompanham a muitos anos, o que dificulta ter um seguimento na UBS.

Falarei de hipertensão e diabetes juntos porque considero que muitos padecem as duas e a qualidade do atendimento é o mesmo nos dois casos. Em ambos os casos, nas consultas sempre oriento sobre hábitos alimentares, controle

de peso, a importância da realização de exercício físico e os malefícios do álcool e cigarro. Em relação à alimentação considero importante destacar que muitas vezes fica difícil especificar aos usuários que tipo de alimentos comer e a quantidade de vezes ao dia, pois a população é muito carente e com isso, muitos têm que limitar as refeições para almoço ou janta. Oriento sobre o que é a doença que eles têm, quais são as complicações tanto agudas como crônicas, como devem reconhecer essas complicações, como devem prevenir tais complicações, sempre explico as pessoas que o tratamento medicamentoso é apenas 50% do tratamento e a outra metade depende exclusivamente deles.

Não temos o programa de HIPERDIA, nem dia ou turnos específicos para estes usuários. Todos os dias são realizados atendimentos neste aspecto. Não saberia especificar a quantidade de hipertensos ou diabéticos que se atendem na ESF e que são fora de área.

Usuários tanto adultos como jovens com hipertensão e/ou diabetes saem com consulta programada, inclusive com as rotinas protocoladas pelo Ministério da Saúde logo na primeira consulta. O protocolo que usamos é do Ministério da Saúde, do ano de 2013 e é utilizado também pelos integrantes da equipe: médico, técnica de enfermagem e ACS.

Das ações desenvolvidas na UBS destaco o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, entre outros. Fica pendente a saúde bucal e imunizações, as quais apesar de não serem realizadas na nossa UBS devido a não ter dentista e as vacinas necessárias, respectivamente, são realizadas no Posto Central do Chuí.

Também é usado protocolo de risco para estas pessoas e para regular o acesso dos adultos com hipertensão e diabetes a outros níveis de atenção do SUS, por exemplo, encaminhamentos para especialidades, pronto socorro e pronto atendimento. Porém, não temos encaminhamento para internação. Nestes casos encaminho o usuário para o hospital de referência, que é o de Santa Vitoria do Palmar. O usuário vai na ambulância do município e mando um encaminhamento ao médico de plantão mencionando antecedentes, tratamento prévio, motivo de consulta atual, achados no exame físico e minha hipótese diagnóstica, mas a questão de internação fica a critério do médico plantonista.

Os registros ainda estão sendo realizados nos prontuários. Achei boa a ideia de ter prontuários específicos para estas patologias, tanto para as outras tratadas nas outras semanas, o que já foi conversado com a equipe.

Também estão em formação as atividades com grupos de hipertensos, diabéticos. Conseguimos que se forme um grupo de dança para mulheres maiores de cinquenta anos, o qual esta acontecendo duas vezes por semana (terças e quintas) no SESC do Chuí. Estamos felizes porque o grupo está tendo um alto número de assistência por parte das usuárias. E é lá que conversamos para realizar as atividades de grupos.

Nestes últimos meses estamos com problemas em relação aos exames de sangue e urina. O município deve uma quantia importante em dinheiro ao laboratório que realizava os exames e com isso, cortaram a prestação de serviço até que seja resolvida a conta. Muitas pessoas estão realizando os exames de forma particular, mas nem todos tem essa oportunidade, assim muitos não tem os controles em dia. O mesmo acontece com o aparelho de eletrocardiograma do Posto Central do Chuí, a qual esta quebrada há alguns meses e com isso também temos atrasos nesse aspecto. Em caso de urgência ou emergência na realização de um eletrocardiograma já encaminho o usuário ao pronto atendimento.

O acesso às medicações está difícil, pois muitas vezes não tem o remédio na farmácia do posto central, motivo pelo qual muitos demoram em começar o tratamento devido a falta de recursos.

Enfim, estou ciente das deficiências no seguimento e controle destes usuários, e estamos fazendo o melhor possível para melhorar, conversamos sobre isso nas reuniões de equipe, sendo que pretendemos implantar prontuários específicos para estes usuários como primeira medida e realizar os grupos de atividades de educação em saúde.

Quanto a saúde do idoso, realizamos atendimentos aos idosos todos os dias da semana, em todos os turnos. O preenchimento do caderno de ações programáticas foi deficitário pelo motivo da falta de ACS.

A maioria das vezes os usuários saem da ESF com a consulta agendada, porém não há nenhum protocolo adotado. Existe demanda de problemas agudos para pacientes idosos, porém não em excesso. Segundo o CAP, deveríamos ter 355 idosos com 60 anos ou mais em nossa área. Este número, hoje em dia, está em 32% (115).

Em relação às ações desenvolvidas, realizamos orientações de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental, diagnóstico de tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde mental, alcoolismo, obesidade e tabagismo. Já em relação a imunizações e diagnóstico e tratamento de saúde bucal é realizado na UBS Posto Central, como já mencionado. Devido a isto não temos os números para completar o caderno de ações programáticas. Nas consultas médicas são realizadas orientações em quanto à saúde bucal.

Outro fator que temos que melhorar é a questão dos registros que são realizados somente nos prontuários clínicos. Temos que começar a implantar os formulários especiais e arquivos específicos para idosos, fato que já foi conversado com a equipe.

Sempre se avalia a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame físico. Nas consultas, sempre explico aos idosos e familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência nos idosos, como por exemplo, hipertensão, diabetes e depressão.

Outra coisa que queremos melhorar e até já conversamos com a secretária de saúde é o fato de não dispormos da caderneta do idoso, estatuto do idoso e programa de atenção ao idoso na UBS. Nestas últimas semanas aumentou o número de idosos que vem a consulta com a caderneta porque estão sendo distribuídas no SESC do Chuí, mas não chegou a nossa UBS para serem distribuídas.

Como já citado durante o curso, estamos organizando as atividades grupais para realizar com os idosos. Outra coisa que é feito semanalmente é a atenção domiciliar, que é realizada não só ao idoso, porém a toda a população que não pode deslocar-se ao ESF. Porém, os levantamentos dos idosos moradores na área que precisam de atendimento são somente das microáreas cobertas pelas agentes de saúde.

Considero que falta muito a melhorar na nossa ESF em relação a este grupo de usuários, porém estamos sempre focados, tanto na consulta médica como fora dela, em melhorar a autonomia do idoso, inclui-lo na família e na comunidade e abordando tudo aquilo que melhore a qualidade de vida.

Quanto a atenção em saúde bucal, já foi mencionada anteriormente que ela é muito deficitária por não contarmos com este profissional em nossa unidade, e todos

os usuários que precisam deste tipo de atendimento precisam deslocar-se até ao Posto Central.

Enfim, finalizando o texto, nossa equipe está ciente de todas as deficiências apresentadas no serviço. Algumas por culpa nossa e outras por falta de recursos ou de responsabilidade municipal, como por exemplo, a falta de recursos humanos, materiais e instrumentos. Quando preenchido o caderno de ações programáticas vimos o baixo número dos nossos registros em relação ao preconizado no MS. Devido a isto, orientei as agentes comunitárias a fazer o recadastramento da população, fato que já está sendo realizado. Outras medidas estão sendo tomadas graças a esta especialização, como o projeto dos grupos com a população e também os prontuários específicos para cada grupo prioritário, classificação de risco, entre outras.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao terminar o relatório de análise situacional e após ler novamente o texto sobre a situação inicial do ESF realizado ainda na semana de ambientação, podemos perceber algumas diferenças. No texto inicial comentei um pouco sobre a população, de como era formada a equipe, como funcionavam os horários de trabalho, como era a estrutura física da UBS e algumas dificuldades que tínhamos naquele momento.

Com o passar das semanas e a medida que fomos avançando no curso de Especialização, muitas coisas foram mudando. Vale destacar o impacto positivo do material disponibilizado pelo curso, como também do caderno de ações programáticas, o qual tivemos dificuldades no começo para seu preenchimento. Para tal realização, tivemos que fazer o recadastramento da população. Logo, preenchendo os dados percebemos que estávamos abaixo do esperado para o MS. As tarefas reflexivas de todas as semanas da unidade 01 nos ajudaram muito a ver pontos positivos e negativos a melhorar.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como, por exemplo, coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Também associa-se a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Já o diabetes mellitus (DM) se trata de um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A ESF 1 do Chuí é uma casa adaptada para atuar como UBS. Dispomos de um consultório médico, uma sala de enfermagem, a recepção, uma sala destinada para as agentes comunitárias, uma sala de vacinas (apesar de não ter vacinas, existe o lugar físico) e uma cozinha. A ESF foi inaugurada em junho de 2014, porém

toda a equipe já foi trocada desde sua inauguração e esta nova constituição está trabalhando junta desde janeiro de 2015. Nossa área de abrangência possui 2.600 habitantes, sendo que no último mês foi realizado um novo recadastramento, porém ainda incompleto devido à falta de duas ACS. Estes habitantes são divididos em cinco micro áreas, sendo quatro urbanas e uma rural. A equipe é composta por um médico, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitárias, uma recepcionista e uma pessoa destinada à limpeza.

Consideramos que o serviço oferecido a hipertensos e diabéticos na nossa ESF é regular, não mantendo um seguimento estrito sobre esta população. Segundo o CAP estima-se que são 503 hipertensos e 143 diabéticos e por enquanto, temos 142 hipertensos e 35 diabéticos cadastrados, o que representa 28,2% e 24,4%, da cobertura respectivamente. A meta é que estes números melhorem ainda mais nos próximos meses, e acreditamos que estes números de cobertura são provenientes de uma inadequada busca dos usuários com estas doenças, ou até mesmo que existam infra diagnósticos dessas doenças.

Juntamente a estes fatores, ainda existem aqueles usuários que desconhecem os fatores de risco e sinais da HAS e DM e, portanto, não são diagnosticados ou até mesmo não vem a consulta devido a isso. Consideramos muito importante aumentar o número de atividades educativas para prevenção de fatores de risco destas doenças, como por exemplo, a obesidade, hábitos alimentares que não são saudáveis, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo, tendo sempre em vista que o trabalho em equipe é essencial para que consigamos modificar os estilos de vida da população. Tendo em vista tudo isto, começaremos a realizar os grupos educativos para estas pessoas, ação que ainda não existe no município.

Devido a tudo isto escolhemos o foco de nossa intervenção com pessoas que possuem hipertensão e diabete. Somos cientes que somos uma equipe com pouco tempo juntos, recém começando um trabalho. Ao sermos equipe em formação, consideramos que qualquer foco de intervenção seria bem vindo a nossa comunidade, a qual nunca antes existiu saúde da família. Ao preencher o caderno de ações programáticas percebemos a baixa cobertura para este grupo de usuários tantos como os outros, porém escolhemos estas duas patologias já que são um dos motivos de consulta mais frequentes no nosso cotidiano. Consideramos que as maiores dificuldades que teremos na realização da intervenção são as relacionadas

a questões burocráticas, como por exemplo, realização de exames laboratoriais e medicamentos disponíveis na farmácia do Posto Central do Chuí, já que a farmácia popular do município foi descredenciada há um mês aproximadamente, dificultando que muitos pacientes consigam sua medicação, mesmo assim estamos otimistas e objetivamos ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a este público.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhoria da atenção a usuários com Hipertensão e Diabetes Mellitus da ESF 1, Chuí/RS

Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Metas referentes ao objetivo 1:

1.1 Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 50% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 2:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

2.4 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Metas referentes ao objetivo 3:

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Metas referentes ao objetivo 4:

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 5:

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 6:

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) ESF 1, no município do Chuí/RS. Participarão da intervenção todas as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, com idade igual ou maior a 20 anos. Os instrumentos utilizados para o desenvolvimento da intervenção serão os disponibilizados pelo curso: planilha de objetivos, metas, indicadores e ações; ficha-espelho; planilha de coleta de dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura das pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1. Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento:

Conjuntamente com as ACS, técnica de enfermagem e o médico, monitoraremos o número de pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas no programa através da ficha espelho, do prontuário clínico e a planilha de coleta de dados que iremos atualizando no final de cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento:

Vamos garantir o registro de pessoas hipertensas adotando a ficha espelho, melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS com a realização do HIPERDIA e com as visitas das agentes semanalmente marcando consultas que sejam de conveniência dos pacientes, e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na UBS na UBS, materiais os quais já estão disponíveis na UBS. E para melhorar as ações de acolhimento de usuários na recepção serão aprimoradas as ações tanto na demanda espontânea como nas consultas agendadas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Para isto vamos informar a comunidade sobre a existência da intervenção, principalmente a través das ACS em suas visitas cotidianas, como nos atendimentos da técnica de enfermagem, nas consultas médicas e a través dos grupos educativos para este grupo de pessoas. Da mesma forma, também iremos informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Nas ações de qualificação da prática clínica será feita uma capacitação para o cadastramento e atualização da população da área da UBS, para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito como também para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Dita capacitação será realizada nas reuniões de equipe pelo médico da ESF.

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Monitoraremos através da ficha espelho e dos prontuários clínicos a realização de exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes. Monitoramento que será realizado no final de cada semana de trabalho e será feito pelo médico e a técnica de enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada dos protocolos de HAS e DM impressa na UBS.

Detalhamento:

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e com diabetes, organizando a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Tais protocolos são os disponibilizados pelo curso, do Ministério da Saúde. Estes já estão disponíveis impressos na UBS, uma cópia para cada profissional.

O exame clínico mencionado será realizado principalmente pelo médico em cada consulta e, em alguns casos, a técnica de enfermagem, segundo critérios clínicos.

A atualização dos profissionais serão realizadas todos as semanas a través de leitura do material disponibilizado e retirada de dúvidas em cada reunião de equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento:

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes. Isto vem sendo realizado sempre nas consultas médicas, mas devem ser preconizados por todos os profissionais da equipe, todos os dias da semana.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para HAS e DM.

Detalhamento:

A equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado em pacientes com hipertensão e com diabetes. Todos saberão como realizar o exame clínico a través da leitura do material disponibilizado, porém será dada maior ênfase ao exame clínico realizado pelo médico em cada consulta. Mesmo assim consideramos importante que todo mundo esteja ciente de como realizá-lo até mesmo como forma de educação continua da população.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento:

Monitoraremos a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes a través dos prontuários clínicos e da ficha espelho disponibilizada pelo curso. Isso

será atualizado na planilha de coleta de dados sempre no final de cada semana, a través do médico, da técnica de enfermagem e das ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento:

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas, principalmente na consulta médica e, durante as visitas das agentes de saúde, a questão da educação dos pacientes sobre isso; tentaremos providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Organizaremos a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares; para isto, além dos dias de HIPERDIA que começarão prontamente, deixaremos 15 fichas semanais reservadas para consultas das pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Também solicitaremos a referência e contra referência para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada. O centro de referência em nosso município para tais consultas especializadas é o município de Santa Vitoria do Palmar, localizado a 20km de distancia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Iremos orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Dita orientação será dada por todos os membros da equipe tanto nas consultas médicas, de enfermagem, como também nas visitas a domicílio das ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento:

A capacitação da equipe será realizada a través da leitura do material disponibilizado na UBS e em todas as reuniões de equipe com retirada constante de dúvidas entre os membros da equipe em questão.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Teremos que monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado no ESF e monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Isso será realizado ao final de cada semana conjuntamente por todos os membros da equipe e os dados serão atualizados na PCD também ao final de cada semana.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Nós podemos garantir a solicitação de exames, e vamos solicitar junto à gestão do município a garantia da realização exames, já que atualmente existe uma demora no município para a realização destes, hoje em dia, está com 3 meses de atraso aproximadamente, isso se deve a um problema da prefeitura com o laboratório há alguns meses; o problema se solucionou, porém ficaram muitos pacientes na fila de espera. Em caso de urgência ou emergência serão tomadas as medidas necessárias para a realização de exames, porém nos casos de solicitação de exames por rotina teremos que depender da agenda do laboratório.

A questão de estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados será feita junto ao monitoramento, separando as fichas com atrasos.

Os exames laboratoriais serão solicitados pelo médico segundo os protocolos do Ministério da Saúde. Já o monitoramento será realizado por todos os membros da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à periodicidade e necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento:

Orientaremos os pacientes hipertensos e diabeticos, familiares e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e também quanto a periodicidade com que devem ser realizados. Tal ação será desenvolvida por todos os membros da equipe, fundamentalmente pelo médico em cada consulta, pela técnica de enfermagem e pelas ACS em suas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo de HAS e DM adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

A capacitação da equipe em relação aos protocolos adotados para solicitação de exames ocorrerá todas as semanas a través das leituras dos materiais disponibilizados e a través de reuniões de equipe.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para isso monitoraremos o acesso aos medicamentos da Farmácia popular para pacientes com hipertensão arterial e diabéticos a través das fichas espelho e dos prontuários clínicos. O monitoramento será realizado por todos os membros da equipe

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento:

Ao realizar o monitoramento pré estabelecido, realizaremos o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, registrando as necessidades dos remédios das pessoas com hipertensão arterial e com diabetes cadastradas na ESF. Isso será feito pelas agentes, a técnica de enfermagem e o médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Orientaremos as pessoas com HAS como também a comunidade em quanto aos direitos dos usuários de ter acesso aos remédios correspondentes. Isso será realizado pelo médico, ACS e técnica de enfermagem todas as semanas da intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

A qualificação, atualização e capacitação da equipe no tratamento da hipertensão e da DM será realizada todas as semanas a través da leitura disponibilizada nos protocolos e com retirada de dúvidas nas reuniões semanais de equipe.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Monitoraremos as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitem de atendimento odontológico a través da ficha espelho e dos prontuários clínicos, atualizando os dados todas as semanas na planilha de coleta de dados. Dito monitoramento será realizado fundamentalmente pelo médico e pela técnica de enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes e hipertensão.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes e hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Como não dispormos de saúde bucal na ESF onde trabalhamos, ficará difícil que controlemos as consultas odontológicas. O que sim será feito será a avaliação da necessidade de atendimento bucal, fato pelo qual o médico e a técnica de enfermagem vão garantir que será realizada dita avaliação em 100% das pessoas hipertensas, organizando ação para avaliação de dita necessidade, orientando a comunidade sobre a importância de realizar avaliação de saúde bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

Tanto as agentes comunitárias como também o médico e a técnica de enfermagem orientarão a comunidade e as pessoas hipertensas e diabéticas sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. A orientação será realizada tanto nas consultas médicas, como também de enfermagem e nas visitas das ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento:

A capacitação da equipe para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes será feita todas as semanas a través da leitura do material disponibilizado (Caderno de atenção básica sobre hipertensão e diabete) e nas reuniões de equipe semanais.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Para o cumprimento desta meta, o médico, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias monitorarão o cumprimento da periodicidade das consultas previstas dos hipertensos e diabéticos utilizando a ficha espelho e os prontuários clínicos de cada paciente. Dita ação será realizada ao final de cada semana de trabalho o cumprimento da periodicidade das consultas previstas a través dos agendamentos e prontuários, organizando visitas domiciliares pelas agentes comunitárias para buscar os faltosos e ver o que está acontecendo que não compareceu a consulta e tentaremos reagendar a consulta ou o médico será informado para fazer visita domiciliar.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar VD para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

A questão de organizar as visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos ficará a cargo das agentes comunitárias. Utilizando a agenda de consultas com os respectivos prontuários de cada paciente, serão realizadas buscas ativas para ver o que aconteceu para não ter comparecido a consulta. Desde então tentaremos reagendar a consulta para algum dia de seu favorecimento ou, caso contrário, o médico será informado para realizar atendimento domiciliário para realizar orientação clínica.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos e diabéticos.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Toda a equipe será responsável por informar à comunidade sobre a importância da realização das consultas; escutaremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos). Também se esclarecerá aos usuários da população que são alvo da intervenção e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, por meio de cartazes fixados na USB, a través da orientação da equipe nas consultas médicas, de enfermagem e das agentes, sempre que for necessário e também nos grupos para hipertensos, que será realizado na primeira, quinta e nona semana da intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

A capacitação das ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e com diabetes quanto realizar as consultas e sua periodicidade será realizada a través de leitura do material disponibilizado, no caso o Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabete. Qualquer dúvida remanente será discutida durante as reuniões de equipe.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

Para monitorar a qualidade dos registros dos pacientes hipertensos e diabetes, implantaremos fichas de acompanhamento, como por exemplo, a ficha espelho e o prontuário clínico. Os mesmos serão guardados nas pastas correspondentes para cada família, divididas todas pelas microáreas as quais pertencem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Manter as informações do SIAB/e-SUS de pessoas com hipertensão e diabetes atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.
- Pactuar com a equipe o registro das informações de pessoas com hipertensão e diabetes.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta de pessoas com hipertensão e diabetes, quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Após implantar a ficha de acompanhamento, pactuando com a equipe o registro das informações dos pacientes hipertensos e diabéticos, estipulamos como responsável por tal monitoramento as ACS e a recepcionista do ESF. Também organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Orientaremos as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário a través das visitas das agentes comunitárias de saúde, em suas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa e diabéticas.

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da pessoa hipertensa e diabética será realizada no começo da intervenção e revisado conforme necessário. A supervisão para capacitar a equipe para o registro dos procedimentos será realizado pelo médico. A leitura do material disponibilizado continuamente é de fundamental importância para nossa intervenção.

OBJETIVO 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

Monitoraremos o número de pessoas com hipertensão e diabetes com a finalidade de que tenham tido pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; Isso será realizado pelo médico nas consultas de rotina, verificando a ficha espelho e os prontuários clínicos de cada usuário cadastrado.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento:

Priorizaremos o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes, classificados como de alto risco, reservando a eles prioridades no atendimento nas consultas agendadas. Isso ficará a critério médico e será informado ao resto da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Orientaremos os usuários portadores de hipertensão e diabetes quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecendo quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como por exemplo, alimentação, atividade física, hábitos, etc).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A través de leituras do material disponibilizado e a través de retirada de dúvidas nas reuniões de equipe ocorrerá a capacitação constante da equipe em relação a estratificação de risco ou de lesões em órgãos alvo, Também será frisada a importância do registro desta avaliação e a capacitação quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A través de leituras do material disponibilizado e a través de retirada de dúvidas nas reuniões de equipe ocorrerá a capacitação constante da equipe em relação a estratificação de risco ou de lesões em órgãos alvo, dando ênfase a avaliação dos pés. Também será frisada a importância do registro desta avaliação e a capacitação quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Monitoraremos que a realização de orientação nutricional para as pessoas com hipertensão e diabetes esteja sendo realizada por todos os membros da equipe. Isto será feito a través da revisão semanal das fichas espelho e prontuários clínicos realizado por toda a equipe em forma conjunta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Planejar junto ao gestor outras formas de organização de práticas coletivas onde outras instituições participem na educação de hábitos alimentares dos usuários hipertensos e diabéticos, como são nutricionistas, endocrinologistas, etc.

Detalhamento:

Organizaremos práticas coletivas sobre hipertensão e diabetes, destacando as práticas de alimentação saudável. Os grupos serão realizados na primeira, quinta e nona semana do projeto e participarão do grupo todos os membros da equipe e a população participantes da intervenção. Tentaremos também demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

Toda a equipe estará responsável por orientar as pessoas com hipertensão e diabetes sobre a importância da alimentação saudável. Dita ação estará presente tanto nas consultas médicas como também nas de enfermagem e nas visitas domiciliares das ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Ocorrerá a capacitação da equipe todas as semanas do projeto em quanto a práticas de alimentação saudável como também metodologias de educação em saúde. Isso será feito mediante a leitura do material disponibilizado e nas reuniões de equipe.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Monitoraremos que a realização de orientação em relação à prática regular de atividade física para as pessoas com hipertensão e com diabetes esteja sendo realizada por todos os membros da equipe. Isto será feito a través da revisão semanal das fichas espelho e prontuários clínicos realizado por toda a equipe em forma conjunta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

Organizaremos práticas coletivas sobre hipertensão e diabetes, destacando a importância da prática regular de atividade física. Ditos grupos serão realizados na primeira, quinta e nona semana da intervenção e participarão do grupo todos os membros da equipe e a população alvo do projeto. Tentaremos também demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Toda a equipe estará responsável por orientar as pessoas com hipertensão sobre a importância da prática de atividade física regular. Dita ação estará presente tanto nas consultas médicas como também nas de enfermagem e nas visitas domiciliares das ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Ocorrerá a capacitação da equipe todas as semanas da intervenção em quanto a promoção da prática de atividade física regular como também metodologias de educação em saúde. Isso será feito mediante a leitura do material disponibilizado e nas reuniões de equipe.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Monitoraremos que a realização de orientação sobre os risco do tabagismo para as pessoas com hipertensão e com diabetes esteja sendo realizada por todos os membros da equipe. Isto será feito a través da revisão semanal das fichas espelho e prontuários clínicos realizado por toda a equipe em forma conjunta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento:

Organizaremos práticas coletivas sobre hipertensão e diabetes, orientando sobre os riscos do tabagismo. Os grupos serão realizados na primeira, quinta e nona semana do projeto e participarão do grupo todos os membros da equipe e a população cadastrada na intervenção. Tentaremos também demandar junto ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Toda a equipe estará responsável por orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. A ação estará presente tanto nas consultas médicas como também nas de enfermagem e nas visitas domiciliares das ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Ocorrerá a capacitação da equipe todas as semanas da intervenção em quanto ao tratamento de pessoas tabagistas como também sobre metodologias de educação em saúde. Isso será feito mediante a leitura do material disponibilizado e nas reuniões de equipe.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Monitoraremos que a realização de orientação sobre higiene bucal para as pessoas com hipertensão e diabetes esteja sendo realizada por todos os membros da equipe. Isto será feito a través da revisão semanal das fichas espelho e prontuários clínicos realizado por toda a equipe em forma conjunta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

Organizaremos práticas coletivas sobre hipertensão e diabetes, orientando sobre os benefícios do controle da saúde bucal. Ditos grupos serão realizados na primeira, quinta e nona semana do projeto e participarão do grupo todos os membros da equipe e a população alvo do projeto. Utilizaremos também alguns minutos da consulta médica com a finalidade de garantir a orientação em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Toda a equipe estará responsável por orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Esta ação estará presente tanto nas consultas médicas como também nas de enfermagem e nas visitas domiciliares das ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

Ocorrerá a capacitação da equipe todas as semanas da intervenção em quanto a orientações de higiene bucal. Isso será feito mediante a leitura do material disponibilizado e nas reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes.

2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

2.3.3 Logística

Passamos a logística do nosso projeto, etapa importante já que detalhará como a intervenção será realizada no cotidiano, necessária para a realização das ações.

Para realizar nossa intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos utilizar o Caderno de Atenção Básica (CAB) sobre Hipertensão e o CAB sobre Diabetes Mellitus, ambos do Ministério da Saúde (2013), estes já estão disponíveis na UBS. As ações serão registradas em um formulário específico com as informações que serão monitoradas. Neste caso utilizaremos a ficha espelho de hipertensos e diabéticos. Nesta ficha encontraremos os dados dos usuários, que tipo de patologia eles tem, a medicação em uso, exames laboratoriais solicitados e seus resultados correspondentes como também o profissional que o atendeu, registro de pressão arterial, peso, IMC, estratificação de risco cardiovascular, exame dos pés (normal ou alterado), exame físico (normal ou alterado), se recebeu orientação nutricional, sobre atividade física, tabagismo e, por último, a data da próxima consulta já agendada. Além da ficha espelho, será utilizado também o prontuário clínico para registro das consultas e informações correspondentes.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que os hipertensos e diabéticos venham à consulta para atendimento clínico será preenchida a ficha espelho pela técnica de enfermagem (já que não dispomos de enfermeira padrão). A ficha espelho será completada com base nos registros existentes no prontuário clínico do paciente, com dados tomados no momento (por exemplo, o peso, pressão arterial, glicemia capilar, etc). Logo, os itens restantes serão completados pelo médico a cada consulta. As fichas espelho serão impressas

pela secretaria de saúde onde solicitaremos a impressão de 300 fichas, e a medida que formos realizando os cadastramentos ficará a cargo do médico solicitar mais impressões da mesma.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção foram discutidas com a nossa equipe. A partir do momento que definimos o foco começamos a fazer reuniões quinzenais para conversar sobre nosso projeto. Estas reuniões de capacitação que antes eram quinzenalmente começarão a ser realizadas semanalmente. Sendo que nas capacitações o médico e a enfermeira irão elaborar atividades sobre o tema e também teremos um espaço para tirar dúvidas e comentarmos a respeito da intervenção.

As responsáveis por monitorar a quantidade de hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência são as agentes comunitárias de saúde através das visitas domiciliares durante o recadastramento da população. Elas garantirão o registro, melhorando também o acolhimento, tendo em vista a educação da população em cada visita e explicando a existência do programa e a importância das consultas em dia. Orientarão em quanto à importância da aferição da PA e da glicemia capilar. Os materiais necessários para as atividades das ACS nas visitas domiciliares serão solicitados a secretaria de saúde.

Uma vez que os usuários venham à consulta médica, primeiro eles tem que passar pela técnica de enfermagem para verificar as medidas antropométricas e sinais vitais, passo importante antes de chegar à consulta com o médico. Logo, passam ao consultório médico para a consulta de rotina. Ou seja, tendo em vista estes três passos (ACS – técnica – médico) temos vários passos de educação da população e frisar o que consideramos de mais importante. Na UBS já possuímos todos os materiais necessários para realização do acolhimento, medidas antropométricas e verificação de sinais vitais.

A etapa entre a visita da agente (marcando a primeira consulta, por exemplo) e o atendimento da técnica também é muito importante. Aí será o primeiro indício onde poderemos ver se há faltosos ou não. Nesse caso, a técnica de enfermagem examinará as fichas espelho dos hipertensos e dos diabéticos conjuntamente com a agenda do dia identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e ou laboratoriais atrasados. Então as agentes de saúde realizarão a busca ativa destes faltosos, já agendando a pessoas para um horário de sua

conveniência. Semanalmente, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

A intervenção será divulgada tanto por nós como pelo conselho municipal de saúde, o qual já foi comunicado da existência da intervenção, e pelos funcionários da UBS central do Chuí. A ideia principal é esclarecer para a comunidade a importância da realização dos controles segundo os prazos pré-determinados, sobre a facilidade de que sejam realizados na ESF e esclarecer sobre a atenção prioritária deste grupo de usuários em nosso lugar de trabalho. Para isso precisaremos de cartazes que serão confeccionados pelo médico da unidade e solicitados para a secretaria de saúde de sua impressão, em princípio solicitaremos a impressão de 20 cartazes.

Resolvemos criar também um grupo de hipertensos e diabéticos, ficou estipulado que serão na primeira, quinta e nona semana da intervenção. Já as consultas do HIPERDIA que serão implementadas ficou decidido que serão as terças-feiras no turno da manhã e nas quintas-feiras no turno da tarde. Para acolher a demanda de intercorrências agudas da hipertensão e da diabetes pensamos que não seja necessário alterar a organização da agenda, já que as intercorrências não tem dia fixo para que ocorram. Portanto serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os faltosos, provenientes das buscas ativas das ACS serão reservadas 15 consultas por semana.

Já a questão da realização de exame clínico tanto para diabéticos como hipertensos será de responsabilidade médica, como também a solicitação de exames laboratoriais, estratificação de risco cardiovascular, priorização de prescrição medicamentosa e orientação sobre saúde bucal. Isso será avaliado em todas as consultas. Será conversado com o gestor municipal a respeito dos exames laboratoriais, sendo solicitado a liberação de cerca de 90 exames mensais para nossa intervenção.

Quando o assunto é a promoção de saúde consideramos que todos da equipe podemos realizá-la. Tanto as agentes em suas visitas, como a técnica e o médico orientaremos sobre a prática de exercício físico, alimentação saudável, abandono do tabagismo e orientação sobre saúde bucal, tanto para diabéticos como para hipertensos. A preparação dos temas e roteiro para apresentação do mesmos será realizada nas reuniões de equipe, também pretendemos elaborar um folder e

distribuir para os usuários, sendo que será solicitado para a secretaria de saúde imprimir 500 cópias do mesmo.

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção que foi realizada em 12 semanas e tinha como objetivo melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes no município do Chuí, Rio Grande do Sul. Vale a pena destacar que a intervenção seguirá sendo realizada rotineiramente em nosso serviço, sendo que as ações tendem a melhorar semana a semana.

Toda a intervenção foi realizada por toda equipe de saúde de família que, mesmo estando em quantidade insuficiente devido a falta de duas ACS, enfermeira e odontólogo, sempre fomos um grupo unido, com diálogo, tanto para elogiar, discutir, melhorar, aprender, etc. Destaco a atuação da nossa técnica de enfermagem e das ACS, pelo grande envolvimento dado a intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Praticamente todas as ações previstas foram desenvolvidas durante a intervenção. Sempre conseguimos seguir as orientações do curso, sendo que durante o desenvolvimento do relatório de análise situacional e projeto de intervenção já começamos a conversar com a equipe (técnica de enfermagem, ACS e a recepcionista) a respeito da intervenção, sua importância, de como era a ideia que tínhamos para começar, a importância do correto cadastramento dos usuários, o seguimento da intervenção em longo prazo, a marcação das consultas etc.

Já antes de iniciar a intervenção, fizemos uma reunião, onde foi disponibilizado para toda a equipe o material dos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes para que todos fossem se atualizando. Conversamos também sobre a importância da melhoria do acolhimento para este grupo populacional, fizemos uma lista do material que faltava para que tudo pudesse estar em condições. Logo que frisamos todos estes aspectos, passamos a informar a população sobre a intervenção, explicar a importância do

rastreamento destas duas patologias, começar a conversar sobre o seguimento continuado e sua importância e melhoria da qualidade de vida, etc.

Tivemos também contato com lideranças municipais, como o presidente do conselho de saúde municipal, secretário de saúde e coordenadora da atenção básica, a fim de conseguir apoio destes, sendo que sempre fomos bem recebidos e todos manifestaram seu apoio para a realização da intervenção. Tivemos uma certa dificuldade em receber alguns dos materiais para a realização da intervenção que foram solicitados ao gestor de saúde como por exemplo as fitas de HGT, que ao chegar não eram compatíveis com o aparelho para o qual havíamos solicitado; nada que fosse difícil de solucionar, apenas tivemos que passar pelos trâmites burocráticos para conseguir este material novamente.

Ao analisar as demais ações desenvolvidas, ficou a cargo do médico as funções de realizar o exame clínico apropriado, realizar o exame de sensibilidade dos pés e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. Durante a consulta médica também era realizada a solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e estratificação do risco cardiovascular, vendo o usuário de forma integral. Se olharmos na PCD final, podemos ver que os indicadores de solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos não estão 100%. Isto tem duas explicações diferentes segundo o indicador em questão. Os exames complementares foram solicitados a todos os pacientes que consultaram e que foram cadastrados no programa.

Porém, o indicador revela os pacientes que voltaram com os exames solicitados e portanto estão em dia com este indicador. Neste caso, 84,3% e 86,2% dos pacientes hipertensos e diabéticos, respectivamente, retornaram com os exames em dia. Os outros ainda estamos aguardando os resultados, já que a demora no município para a realização destes exames é de aproximadamente um mês. Já em quanto a prescrição de medicamentos, considere que dois pacientes recém diagnosticados e com cifras beirando a normalidade, poderiam melhorar suas cifras apenas com a mudança de estilo de vida. Em relação a estes, manteremos um seguimento mais estrito, com aferição mais continuada de seus valores diários.

Já que não dispomos de enfermeira padrão, as ações de orientações em promoção de saúde, como bons hábitos alimentares, abandono do tabagismo, prática de exercício físico regular, importância da higiene bucal, foram realizados por

todos os membros da equipe, tanto a técnica de enfermagem nos momentos da triagem e aferição de medidas antropométricas, como também pelas ACS em suas visitas domiciliares e o médico em todas as consultas.

Como pode-se observar, nos primeiros meses não eram todos que tinham os exames clínicos em dia. Isso deve-se a que, talvez por erro de interpretação da equipe, estávamos anotando na PCD e registrando como cadastrados a todos os usuários que eram informados do programa e que havíamos agendado consulta, fato que era realizado, geralmente, pelas ACS em suas visitas domiciliares. Logo, quando vinham à consulta, estas ações eram atualizadas. Já se tínhamos algum faltoso, por exemplo, estes indicadores ficavam como que não era feito. Enfim, foi um erro de cadastro e também de interpretação fundamentalmente minha ao estar cadastrando usuários que nem sequer haviam ido a consulta pela primeira vez desde começada a intervenção. Com o tempo, ao invés de apagar estes cadastros realizados de forma indevida, resolvemos ir atrás deles para que recebam todas as orientações devidas, melhorando assim estes indicadores apenas no último mês.

Em relação à busca ativa dos faltosos foi de responsabilidade das ACS. Primeiramente, sempre após as reuniões, conversávamos, levantávamos dados de quem faltou à consulta marcada, de quem virá na semana seguinte, quem precisa acompanhamento mais estrito, entre outras coisas. A busca ativa foi uma ação que de certa forma as ACS tiveram dificuldade em realizar, já que, como mencionei anteriormente, as ACS eram em apenas três, nosso município é de fronteira e na época de dezembro, janeiro e fevereiro as pessoas trabalham o dobro, sendo difícil de encontrá-las em seus domicílios. Sendo que as ACS usaram telefonemas ou contato com familiares para conseguirem um bom desempenho neste quesito. Temos que parabenizá-las.

Em quanto às fichas de acompanhamento utilizamos os prontuários clínicos, cada uma separado por pastas em famílias e cada família dentro das gavetas das respectivas micro áreas. Outra forma de cadastro foram as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, os quais ficam à frente de cada prontuário. A ficha espelho e a história clínica de cada usuário eram preenchidas pelo médico.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única que não pudemos realizar foi o grupo de hipertensos e diabéticos, programados para a quinta e a nona semana de intervenção. Da primeira vez conseguimos o comparecimento de apenas uma usuária. Nesta primeira vez, ao conversar com a equipe, pensamos que talvez faltou um pouco mais de divulgação, pois posteriormente ao perguntar aos cadastrados o motivo de não terem comparecido ao grupo respondiam que acreditavam que receberiam as mesmas informações que nas consultas médicas e por isso não compareceram.

Quando marcamos para a nona semana, em uma quinta feira pela tarde após o fechamento da unidade para que mais pessoas pudessem comparecer a atividade devido ao trabalho, não nos demos conta que essa semana era de alto turismo no município e, somado a isso, a forte chuva daquela semana dificultou bastante o comparecimento das pessoas. Essa foi a ação que mais tivemos dificuldade já que não sentimos interesse dos usuários nesse tipo de atividades e muitas vezes não sabemos como incentivá-los já que no município nunca existiu esse tipo de programação. Agora marcamos para daqui a quatro semanas outra atividade em grupos, tendo outros meios de comunicação, como por exemplo, procurar ajuda com o presidente do conselho municipal de saúde e na rádio local, para que ambos ajudem na divulgação. Ao mesmo tempo, enfatizaremos nossos convites tanto nas consultas médicas e de enfermagem, como também nas visitas das ACS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Pode-se dizer que no começo tivemos um pouco de dificuldade na sistematização da planilha de coleta de dados, as vezes nos perdíamos, porém com o uso e com o passar das semanas, sempre seguindo as orientações da orientadora do curso, conseguimos um bom manejo da planilha. Quanto às fichas espelho considero que a equipe maneja bem estas fichas desde o começo, sabendo preenche-la e analisar os dados nela disponível.

Certamente isto se tornará um hábito na rotina do ESF, podendo implementar fichas disponibilizadas pelo curso porém para outros grupos populacionais já que ajuda muito no manejo da informação do usuário. Outro registro das consultas são os prontuários clínicos e estes são separados em pastas por famílias e suas respectivas micro áreas já usado por nós.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Estamos cientes que o número de cobertura destes grupos populacionais está abaixo do que tínhamos previsto, portanto ainda temos muito para fazer. Mesmo sabendo do baixo número cadastrado devido a inúmeros fatores, estamos felizes pelos resultados alcançados e com certeza este número só tende a aumentar com a implementação da intervenção na rotina do ESF. Uma coisa muito importante que conseguimos e é sempre bom destacar, é que todos da equipe e a maioria dos usuários se conscientizaram com a importância do assunto e a necessidade de melhorar todos os indicadores, melhorar o cadastramento, o atendimento, o seguimento, enfim, facilitando na incorporação desta intervenção na rotina do serviço.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada tratou da melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área adstrita da UBS ESF-1, no município do Chuí, extremo sul do Rio Grande do Sul.

Quando passamos a analisar os resultados, vale destacar que abordaremos tanto os resultados quantitativos como também os qualitativos em relação a cada indicador e sua correspondente meta proposta no início da intervenção. Para isso e para uma melhor análise do projeto, devemos organizar- nos em cada indicador por separado para um melhor entendimento dos resultados em questão.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas: 1.1 Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Infelizmente não conseguimos alcançar estas metas propostas devido a diversos motivos que serão analisados a seguir, conjuntamente com os dados conseguidos mês a mês.

Nossa área de cobertura possui uma população de 2.600 usuários, e de acordo com a PCD estima-se que 395 possuam hipertensão e 98 tenham diabetes.

No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 64 (16,2%) pessoas com hipertensão e 15 (15,3%) com diabetes, no segundo mês estes indicadores começaram a melhorar sendo que foram cadastrados 98 (24,8%) hipertensos e 26 (26,5%) diabéticos, ao final do terceiro mês realizamos o cadastro de 121 (30,6%) pessoas com hipertensão e 29 (29,6%) pessoas com diabetes.

Não conseguimos atingir as metas propostas, pois ainda somos uma equipe de ESF em formação e temos apenas três agentes comunitárias para abordar cinco micro áreas, também destacamos o difícil acesso à algumas áreas de nosso território, como as áreas rurais de difícil acesso e os bairros onde o tráfico de drogas é muito comum e a equipe não é muito bem vinda, tornando difícil as visitas pelas ACS.

Temos que ter em vista também que estamos em uma região de fronteira, onde o lado uruguaio possui mais recursos que o brasileiro, havendo assim dois hospitais no país vizinho, e boa parte da população procura o atendimento no Uruguai já que possuem especialistas, exames complementares, serviço de urgência e emergência, entre outras coisas, com muito mais facilidade e rapidez em relação ao Brasil. Como muita gente sabe, a hipertensão e a diabetes não se tratam em serviço de urgência ou emergência, porém lá existe mais recursos, os exames laboratoriais são realizados com muito mais prontidão e a distribuição de remédios é mais eficaz em relação ao Chuí do lado brasileiro, fato pelo qual muitos escolhem atender-se no país vizinho.

Vale destacar que estamos diante de um município de 6.000 mil habitantes aproximadamente lugar onde já existe uma rotina, um dia-a-dia, um costume. Com isso quero chegar a dizer que muitos têm seus médicos tratantes, médicos que tratam toda a família há muitas décadas. A ESF surgiu há quase dois anos. Considero que estamos indo em bom caminho e que pouco a pouco a população se acostumará com o serviço. Tudo isso pode-se notar nos indicadores que vem aumentando mês a mês.

Outro aspecto foi a época na qual foi realizada a intervenção, sendo que os meses de novembro a janeiro são os meses que mais se trabalha no município do Chuí, já que a maioria vivem do comércio.

Mas, como a intervenção já está fazendo parte da rotina, estes percentuais tendem a aumentar até conseguirmos a totalidade de cadastro desses usuários.

Todos estes fatos de como trazer a população para o ESF é complicada e já foi conversado com a gestão e com o meu supervisor loco regional. Temos que adaptarmos a que estamos em um município pequeno e em região de fronteira. Com isso, fomos orientados a manter um seguimento da nossa área de abrangência, sempre tendo em vista quem está em seguimento (seja no Brasil ou no Uruguai) e quem não. Os que não tiverem seguimento, nesses sim devemos manter um

seguimento mais estrito (não só em pacientes com hipertensão e diabetes, senão também em outros grupos populacionais).

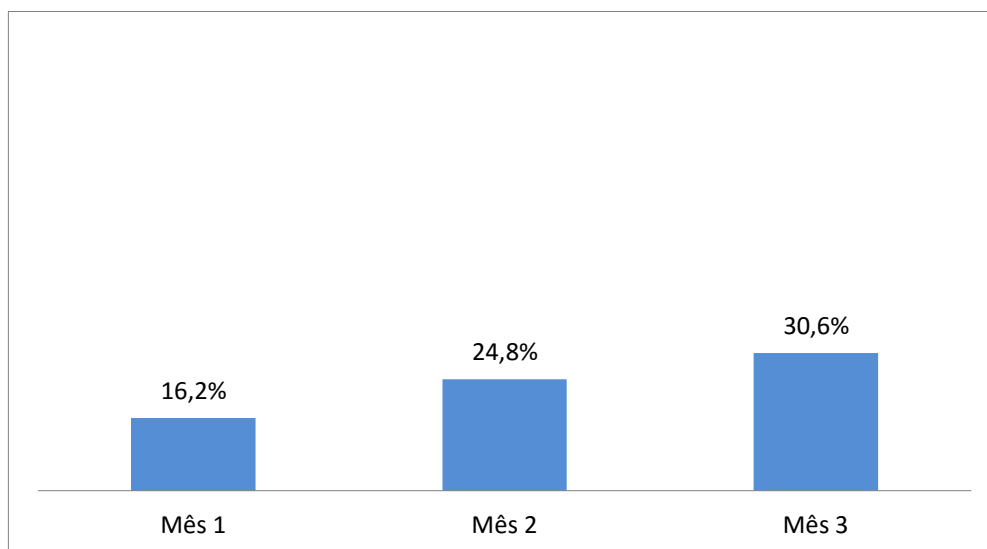


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde ESF 1. Chuí/RS, 2016.

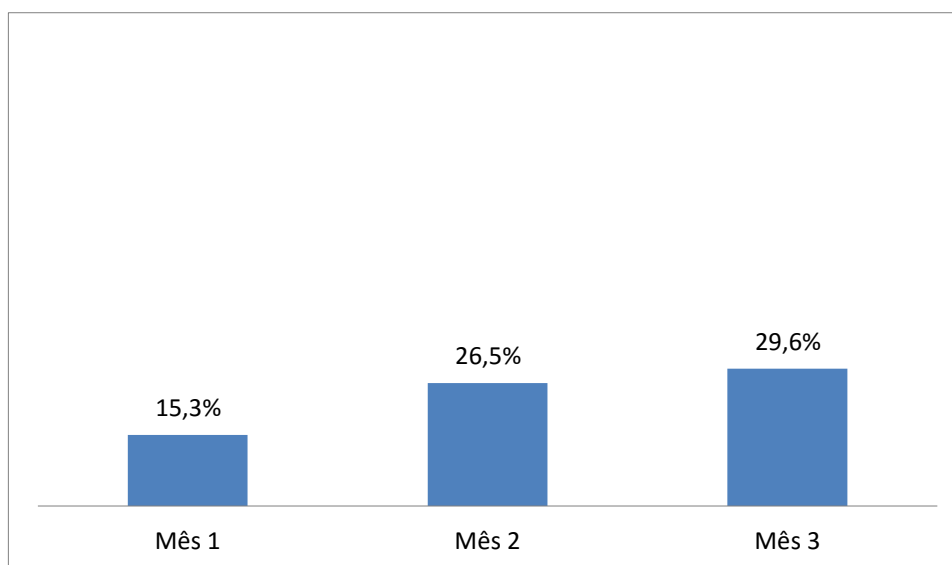


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde ESF 1. Chuí/RS, 2016.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS: 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabete

No primeiro mês da intervenção foi realizado exame clínico em 50 (78,1%) dos usuários que possuíam hipertensão, no segundo mês em 86 (87,8%), e no terceiro mês em 121 (100%) dos usuários com hipertensão.

Para os usuários com diabetes no primeiro mês foi realizado exame clínico em 13 (86,7%) dos cadastrados, já no segundo mês em 24 (92,3%) dos cadastrados e no último mês em 29 (100%) pessoas com diabetes cadastrados.

Aqui cabe destacar que a realização do exame clínico é de responsabilidade do médico da ESF, já que, como mencionado anteriormente no trabalho, ainda não contamos com uma enfermeira (sabemos que, segundo os protocolos estudados, que as enfermeiras também estão aptas para a realização do exame clínico).

Outro fato que pode parecer estranho é de como melhorou o indicador de exame clínico no último mês. Isto deve-se a que, no primeiro mês da intervenção, as ACS realizavam o cadastramento e posteriormente agendavam a consulta, sendo que muitos não compareciam na primeira consulta, ao decorrer da intervenção fomos enfatizando e realizando a busca ativa desses usuários, até que todos fossem a consulta. Ou seja, foi um erro meu já que estava cadastrando as pessoas na PCD a partir do momento que as ACS marcavam a consulta, e não quando os usuários compareciam a consulta. Com isso tivemos déficit nos indicadores nos dois primeiros meses. Segundo orientações da minha ex orientadora, não era correto apagar os cadastrados e sim realizar a busca ativa destes. Isso foi feito e com tal medida conseguimos realizar exame clínico em 100% dos pacientes no final do terceiro mês.

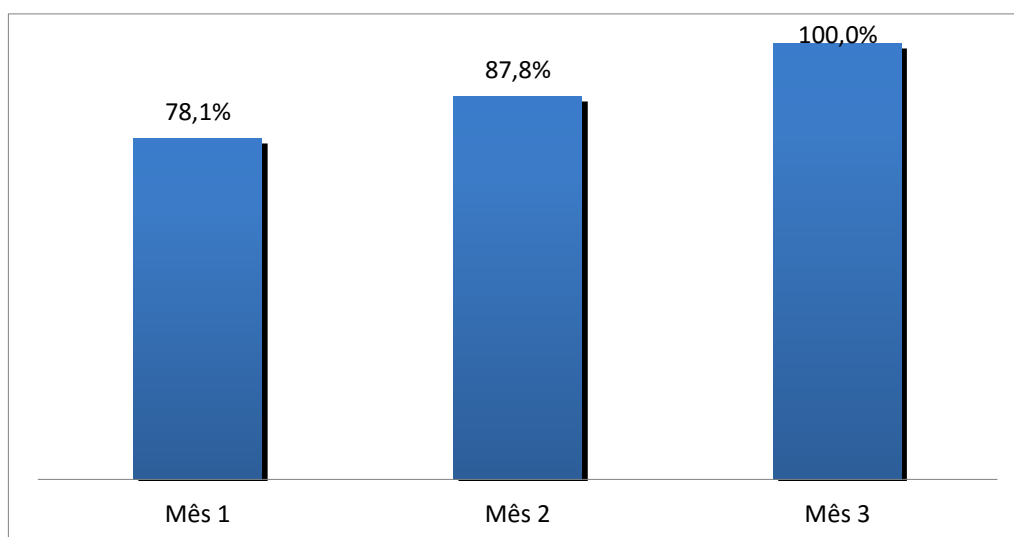


Figura 3: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

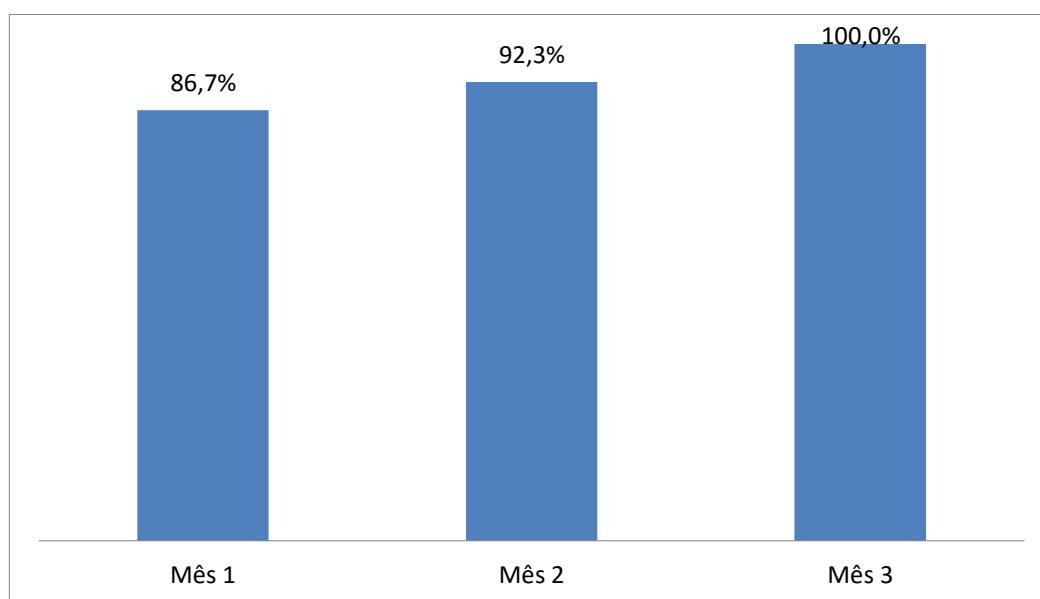


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Este indicador se desenvolveu da mesma forma que o anterior para as pessoas que possuíam diabetes, sendo que no primeiro mês foi realizado exame dos pés em 13 (86,7%) dos cadastrados, já no segundo mês em 24 (92,3%) dos cadastrados e no último mês em 29 (100%) pessoas com diabetes cadastrados.

Este exame incluiu a avaliação correta dos pulsos distais dos membros inferiores e exploração da sensibilidade para considerar a possibilidade de neuropatia diabética e/ou doença arterial obstrutiva dos membros inferiores deste grupo populacional. A justificativa para não termos todos avaliados desde o primeiro mês, é a mesma da meta anterior, onde os ACS realizavam o cadastramento, mas os usuários não compareciam as consultas e teve que ser realizada busca ativa intensamente.

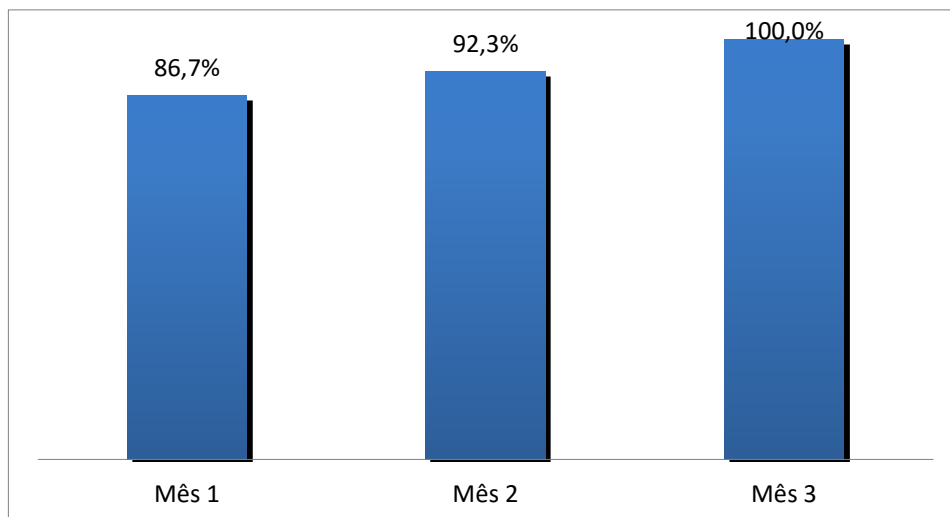


Figura 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 2.4 e 2.5: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e das com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tivemos 26 (40,6%) pessoas com hipertensão com exames complementares em dia no segundo mês 44 (44,9%) e no terceiro 102 (84,3%). Quanto aos usuários que tinham diabetes no primeiro mês 10 (66,7%) tinham os exames complementares em dia, no segundo 16 (61,5%) e no terceiro mês 25 (86,2%) usuários com diabetes estavam com exames complementares em dia.

Vale destacar que todos os cadastrados que vinham à consulta médica sempre era solicitado os exames apropriados, sempre seguindo os protocolos adotados pela equipe. Também ressalta-se que a fila de espera no SUS para a realização de exames é de aproximadamente um mês, dependendo da urgência destacada pelo médico. Com isso, os usuários cadastrados nas últimas semanas ficaram com os exames laboratoriais pendentes.

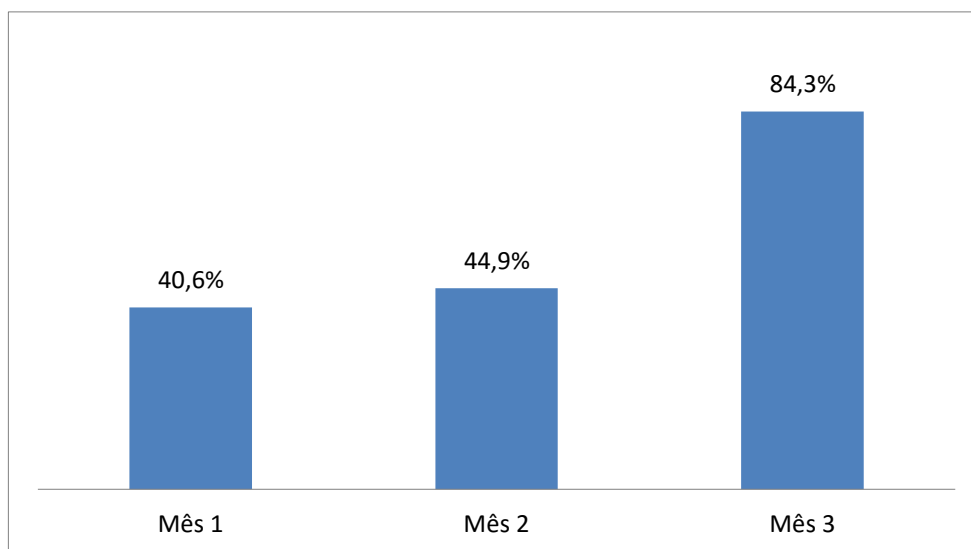


Figura 6: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

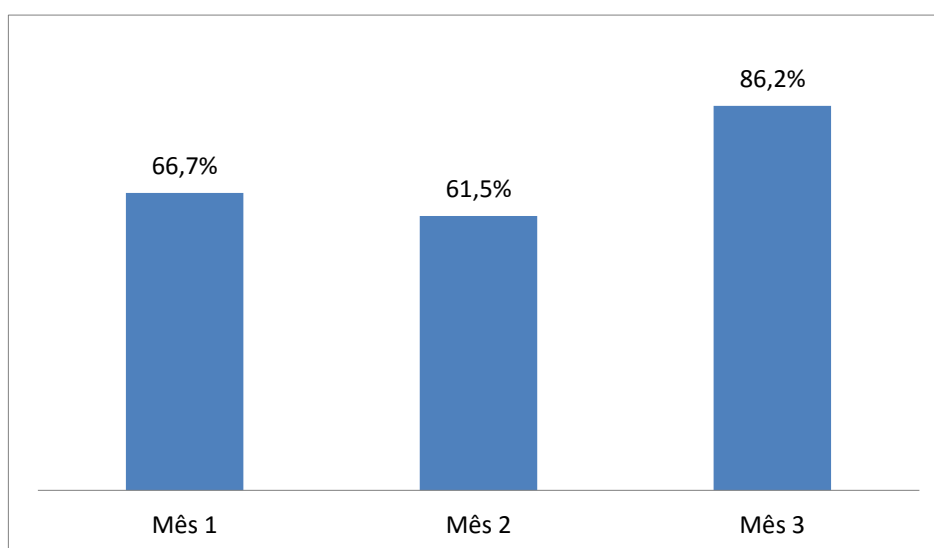


Figura 7: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 2.6 e 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas na UBS.

Este indicador se comportou da seguinte forma, no primeiro mês 60 (98,4%) usuários hipertensos cadastrados tiveram prescrição da farmácia popular, já no segundo mês 92 (98,9%), e terminamos a intervenção com 117 (98,3%) dos hipertensos com medicação prescrita da farmácia popular.

Já para os usuários com diabetes cadastrados no primeiro mês tiveram prescrição da farmácia popular 13 (100%), no segundo mês 24 (100%) e

terminamos a intervenção com 29 (100%), ou seja, todos os cadastrados com medicação prescrita da farmácia popular.

Considero satisfatória esta meta, mas não conseguimos alcançar 100% para os usuários diabéticos pelos seguintes motivos: alguns usuários relatavam que os medicamentos utilizados não tinham efeito neles, dessa forma indicamos uma medicação que não era fornecida pela farmácia popular. Outro motivo é o fato de alguns dos cadastrados estarem sendo acompanhados por especialistas e utilizam o tratamento indicado pelo colega, que muitas vezes não é a fornecida pelo SUS. E, em terceiro lugar temos dois usuários recém diagnosticados para hipertensão e que apresentam exames com valores de referencia baixos, dessa forma indiquei a eles apenas modificações no estilo de vida e estamos fazendo acompanhamento.

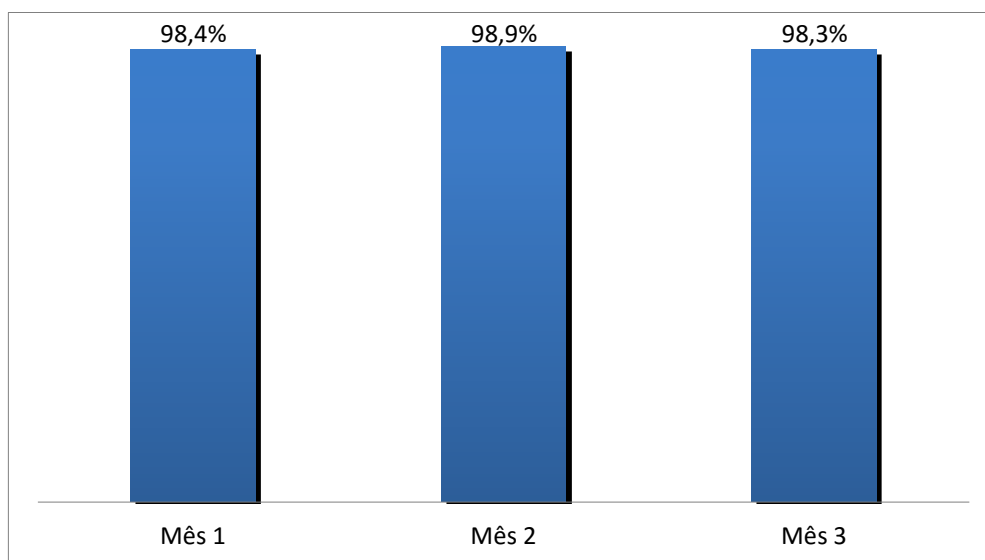


Figura 8: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 2.8 e 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e das pessoas com diabete.

No primeiro mês, tivemos a avaliação de atendimento odontológico em 49 (76,6%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês 86 (87,8%) e finalizamos com a totalidade, ou seja, 121 (100%) dos cadastrados avaliados quanto a este quesito.

Já em relação aos diabéticos, iniciamos nossa intervenção com 12 (80%), no segundo mês 23 (88,5%), e no terceiro mês com 29 (100%) com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Quanto a este indicador consideramos que não tivemos maiores problemas em quanto a isso. Apesar de não termos odontologista na equipe, no Posto Central do Chuí há dois dentistas que trabalham pelo convênio do município com um plano particular de saúde. Então, o médico da UBS avalia a necessidade de atendimento odontológico e o encaminha se necessário ao Posto Central. No começo, tivemos números abaixo do esperado devido a que nem sempre dava tempo para realizar tudo na primeira consulta. Desde então, agendávamos a próxima consulta para realizar o que havia faltado e posteriormente.

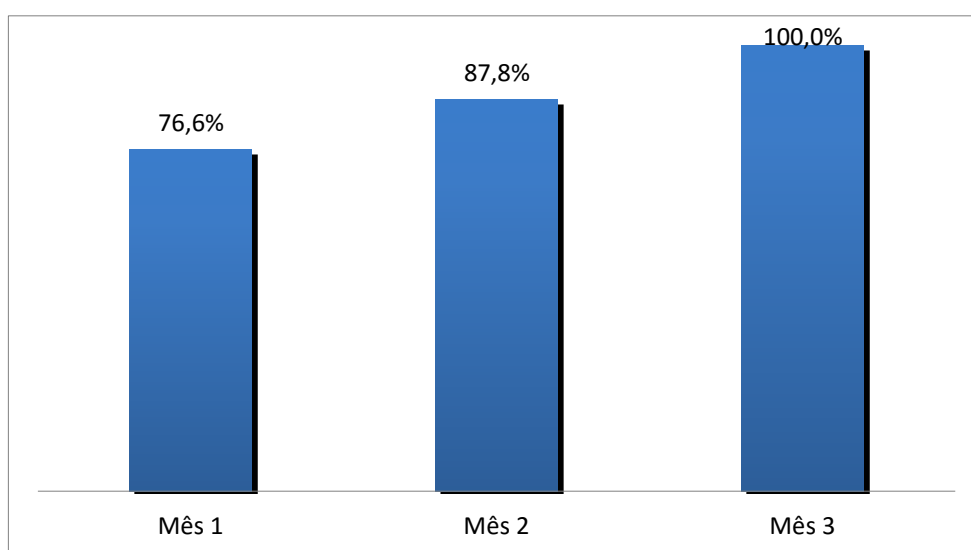


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

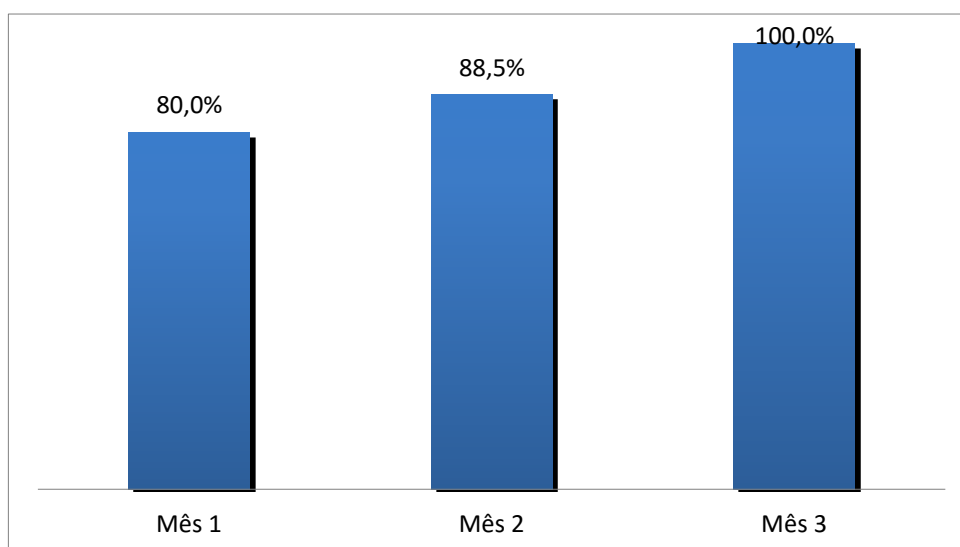


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

META 3.1 e 3.2: Buscar 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês, tivemos 17 usuários hipertensos faltosos, sendo que 100% receberam a busca ativa, no segundo mês este número subiu para 22 e finalmente, ao final das 12 semanas de intervenção, tivemos um total de 43 hipertensos faltosos às consultas, porém todos (100%) com busca ativa.

Já para os usuários diabéticos no primeiro mês tivemos 1 faltoso a consulta, recebendo a busca ativa, o mesmo no segundo mês com 1 faltoso e no último mês tivemos 4 faltosos. Em todos os meses todos (100%) receberam a busca ativa.

Nesta meta gostaria de destacar primeiramente o trabalho das agentes comunitárias, já que sem elas, o cumprimento e os excelentes indicadores que conseguimos, não seria possível. Sempre que havia um faltoso, elas realizavam a busca ativa, seja pelas visitas domiciliares, por contato telefônico e até mesmo deixando recado com os vizinhos.

Após alguns meses ficou um pouco mais fácil, pois alguns cadastrados eram da mesma família. Isso fez com que, em conjunto com a equipe e conversando nas reuniões quinzenais, atuássemos na família inteira, enfatizando as modificações de estilo de vida, principalmente na alimentação saudável e prática de exercício físico regular.

Destacamos também que este indicador tende a melhorar cada vez mais, inclusive com os outros grupos populacionais, pois estamos melhorando ainda mais a qualidade dos registros e monitorização da frequência das consultas, facilitando a identificação daqueles faltosos.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

META 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Para os usuários hipertensos tivemos 50 (78,1%) com registro no primeiro mês. Já no segundo este número subiu consideravelmente para 86 (87,8%) e no terceiro mês fechamos com todos os 121 (100%) hipertensos com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos diabéticos, começamos a intervenção com 13 (86,7%) com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Logo no segundo mês este

número passou para 24 (92,3%) e finalmente, ao término da décima segunda semana, conseguimos alcançar o 29 (100%).

Desde antes de iniciar a intervenção, a ESF já possuía uma boa qualidade dos registros com os prontuários clínicos separados por famílias cadastradas em nossa estratégia, separados em cinco micro áreas diferentes. Porém, com o início da intervenção e com a ajuda da orientadora e apoio pedagógico do curso, incorporamos outras formas de registro, por exemplo, a ficha espelho disponibilizada pelo curso.

Esta nos ajuda muito no cadastramento do usuário, no controle dos faltosos e para obter informações rápidas das pessoas, já que ali estão a maioria dos dados relacionados à aquela doença. Tudo isso sem esquecer da planilha de coleta de dados, que nos permite apreciar com maior delicadeza cada usuário e os indicadores para cada objetivo proposto. Ou seja, nossas fichas de acompanhamento constam de: prontuário clínico, ficha espelho e planilha de coleta de dados. Estas informações são muito importantes e nos ajudam muito no monitoramento, avaliando nossa qualificação da prática clínica sendo base de consulta frequente para termos informações sobre o andamento dos atendimentos.

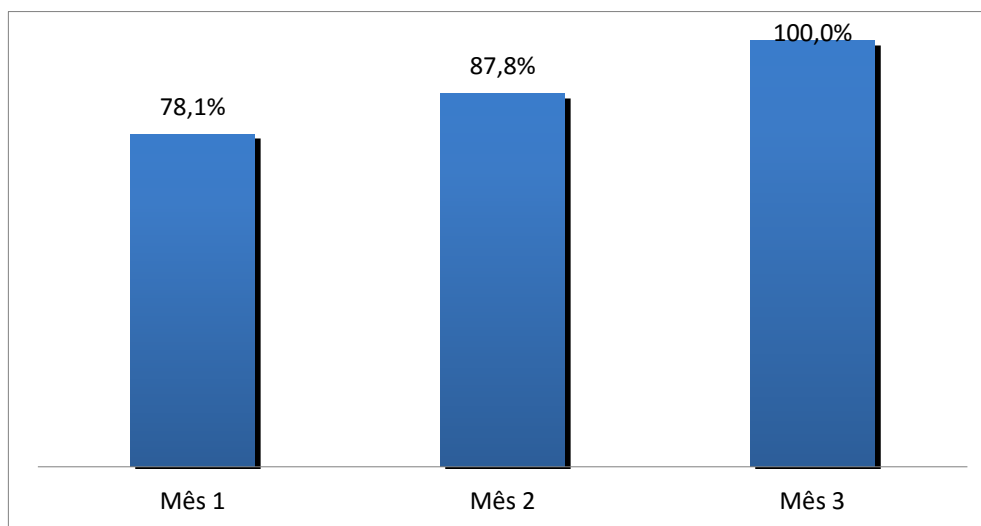


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

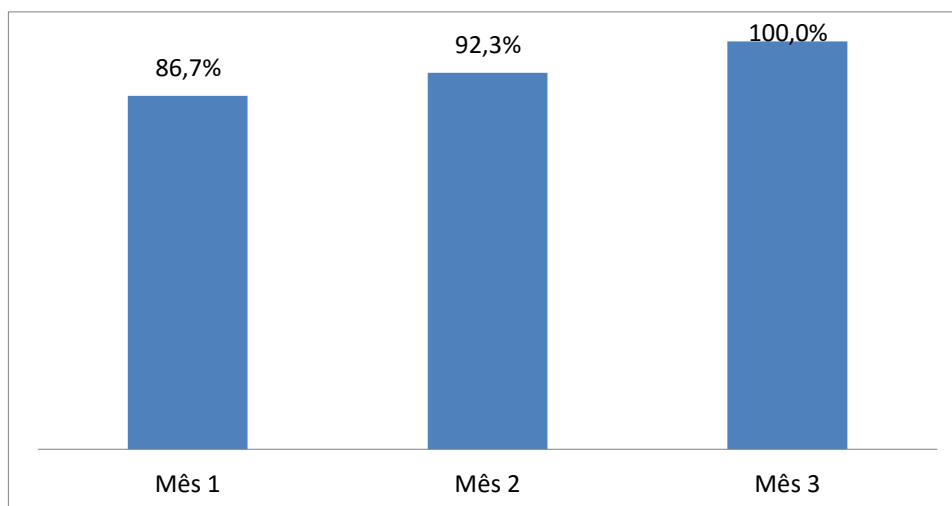


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

OBJETIVO 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

METAS 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês, realizamos estratificação de risco cardiovascular em 50 (78,1%) dos hipertensos e 13 (86,7%) dos usuários diabéticos. Já no segundo mês, estes números melhoraram ainda mais, sendo 86 (87,8%) dos hipertensos e 24 (92,3%) dos diabéticos. No final da décima segunda semana conseguimos atingir 121 (100%) dos hipertensos e 29 (100%) dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A estratificação ficava sob responsabilidade do médico do ESF, o qual sempre nas consultas médicas, avaliava o risco cardiovascular do usuário utilizando a estratificação de risco cardiovascular de Framingham. A estratificação era devidamente registrada no prontuário clínico e na ficha espelho. Esta classificação nos ajuda a definir determinadas condutas terapêuticas e selecionar a pessoa com maior probabilidade de complicações cardiovasculares.

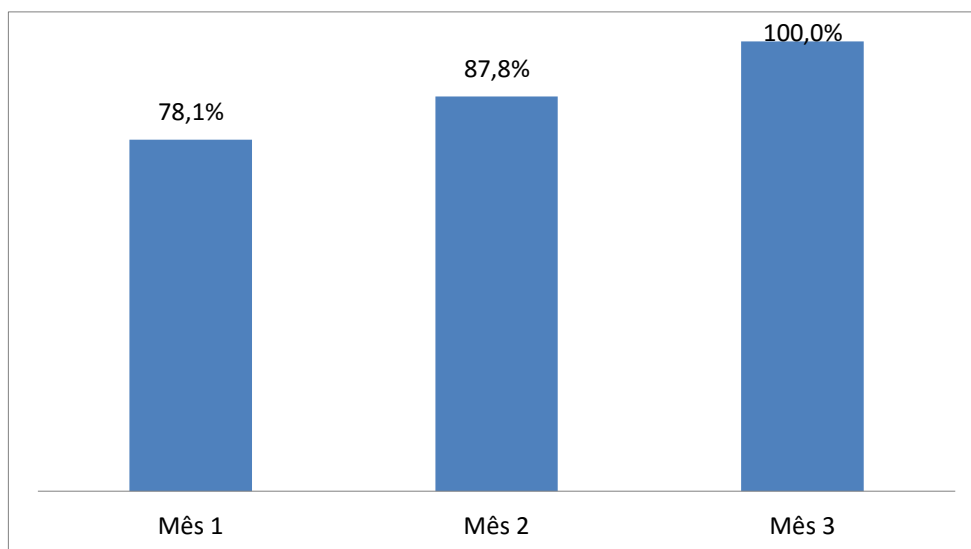


Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

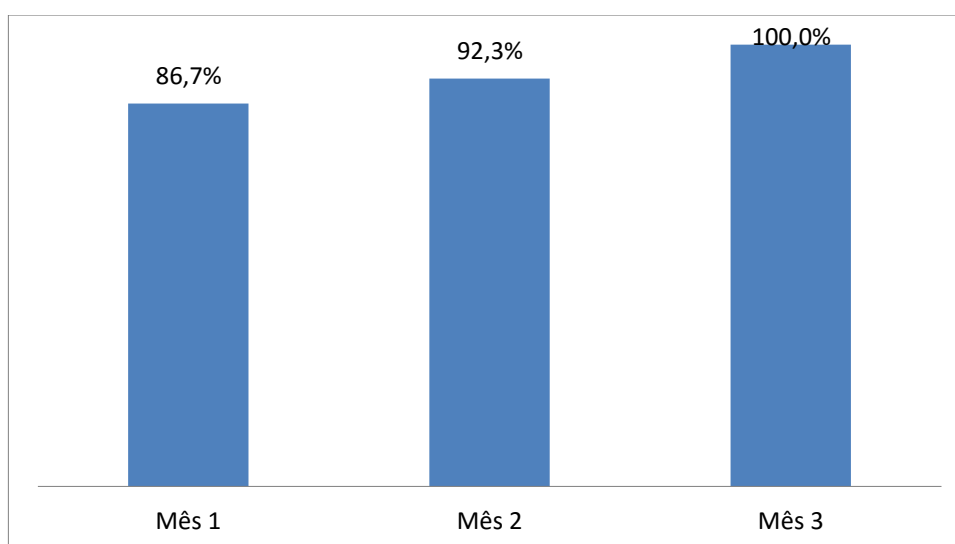


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

OJETIVO 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

META 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Para este indicador no primeiro mês alcançamos 50 (78,1%) pessoas cadastradas com hipertensão, no segundo mês 86 (87,8%), e no último mês alcançamos a totalidade com 121 (100%) dos cadastrados que receberam orientação nutricional. Já para os usuários com diabetes no primeiro mês tivemos 13 (86,7%) cadastrados recebendo a orientação nutricional, no segundo 24 (92,3%), e no terceiro mês 29 (100%) orientados.

Em quanto ao sexto e último objetivo, o qual fala sobre promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes, começamos analisando os resultados da orientação nutricional. Vale destacar que todos estes indicadores são méritos de toda a equipe, os quais todos enfatizavam aos pacientes as práticas mudanças de estilo de vida.

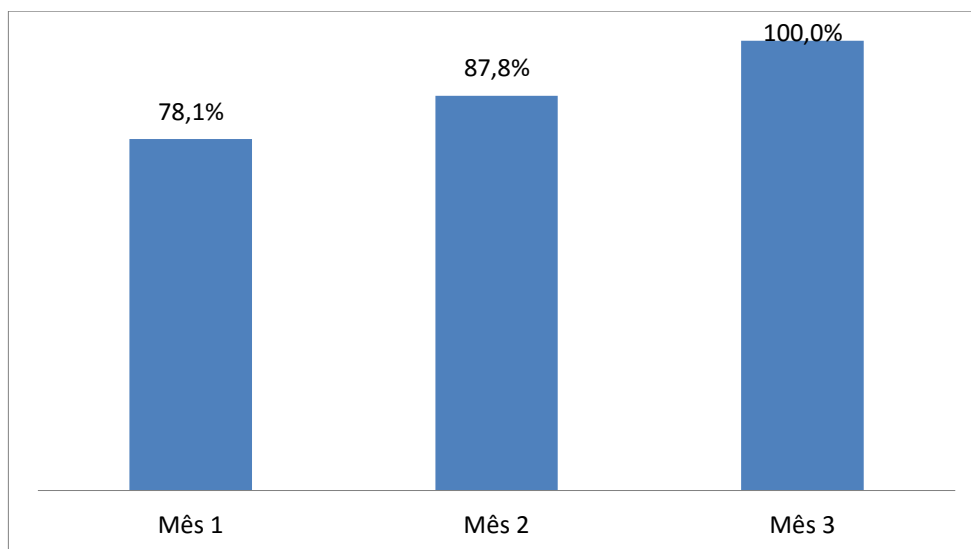


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

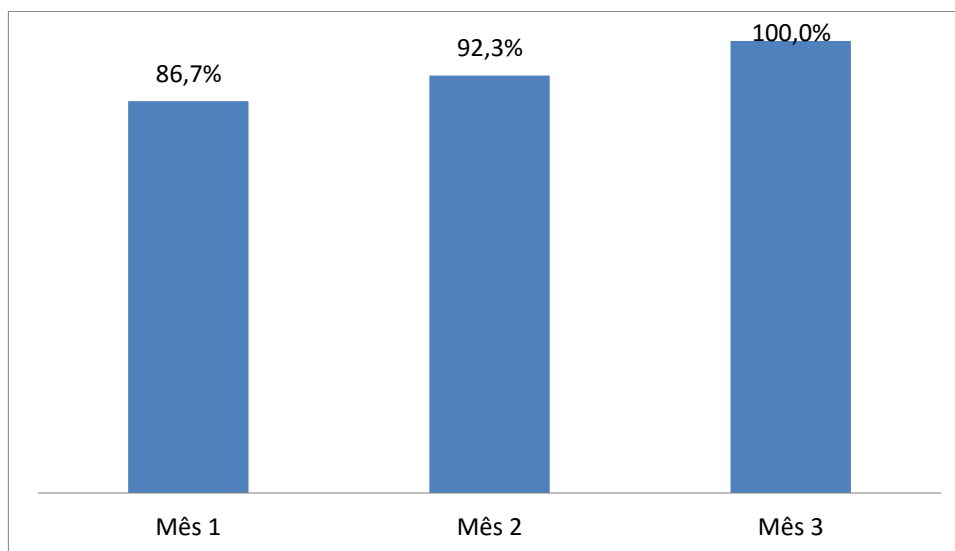


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Para este indicador no primeiro mês alcançamos 50 (78,1%) pessoas cadastradas com hipertensão, no segundo mês 86 (87,8%), e no último mês alcançamos a totalidade com 121 (100%) dos cadastrados que receberam orientação quanto a prática de atividade física. Já para os usuários com diabetes no primeiro mês tivemos 13 (86,7%) cadastrados recebendo a orientação para prática de atividade física, no segundo 24 (92,3%), e no terceiro mês 29 (100%) orientados.

Estas orientações quanto à necessidade da prática de atividade física regular foram dirigidas para todos os hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção, tanto jovens como idosos. E quanto a isso considero que foi o que tivemos maior dificuldade para eles cumpram estas orientações, pois muitos possuem longa jornada de trabalho, outros, além do trabalho precisam cuidar dos filhos, e alguns até mesmo por falta de vontade. Mesmo assim a orientação foi dada a todos eles, e pouco a pouco estamos conseguindo que mais pessoas tenham como hábito praticar alguma atividade física.

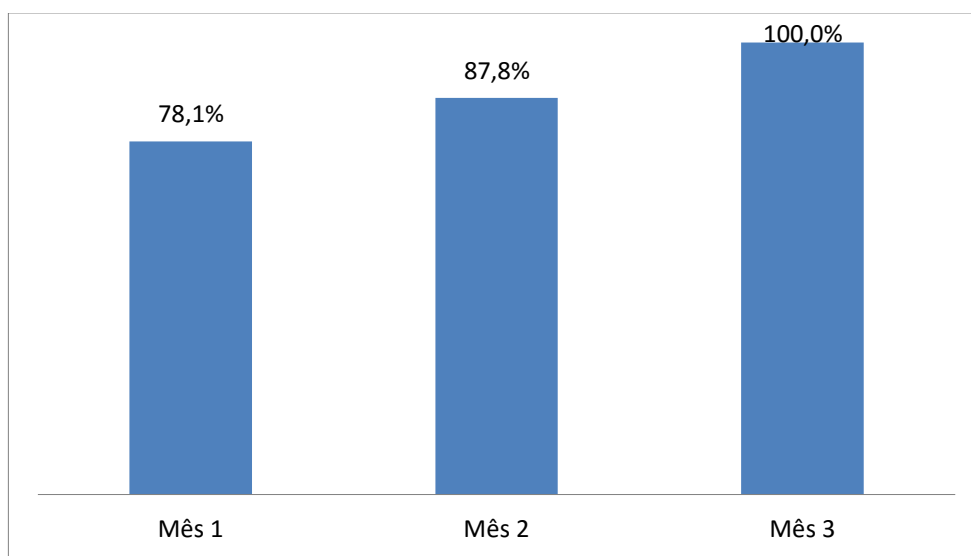


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

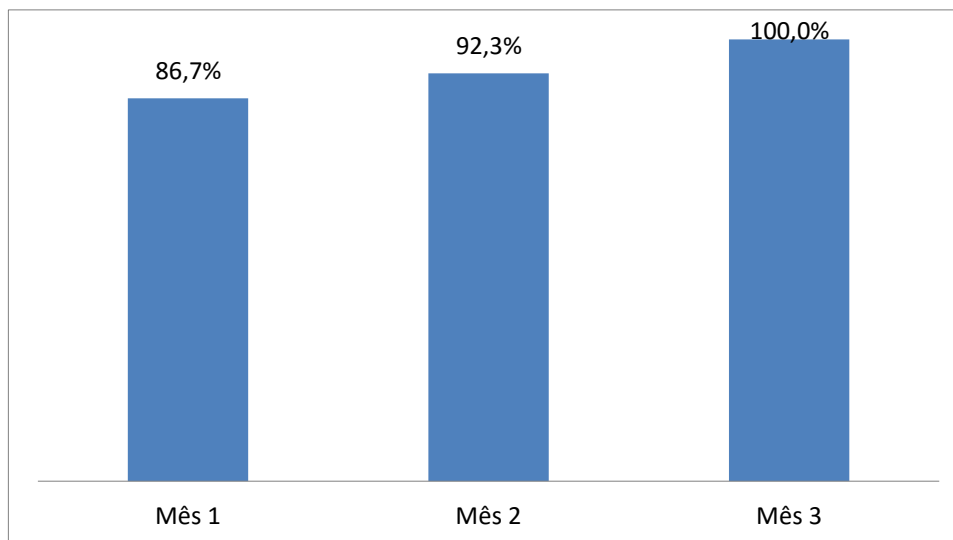


Figura 18: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Para este indicador no primeiro mês alcançamos 50 (78,1%) pessoas cadastradas com hipertensão, no segundo mês 86 (87,8%), e no último mês alcançamos a totalidade com 121 (100%) dos cadastrados que receberam orientação quanto ao risco do tabagismo. Já para os usuários com diabetes no primeiro mês tivemos 13 (86,7%) cadastrados recebendo a orientação quanto ao risco do tabagismo, no segundo 24 (92,3%), e no terceiro mês 29 (100%) foram orientados.

Toda a equipe era responsável por estas orientações que aconteciam em diferentes lugares dependendo de quem as realizava. Por exemplo, quando as orientações eram dadas pelas agentes comunitárias, aconteciam durante as visitas domiciliares. No caso da técnica de enfermagem, as orientações eram dadas na sala de enfermagem. Já no caso do médico, as orientações eram dadas no consultório, juntamente com as outras ações, virando um hábito em nossa rotina.

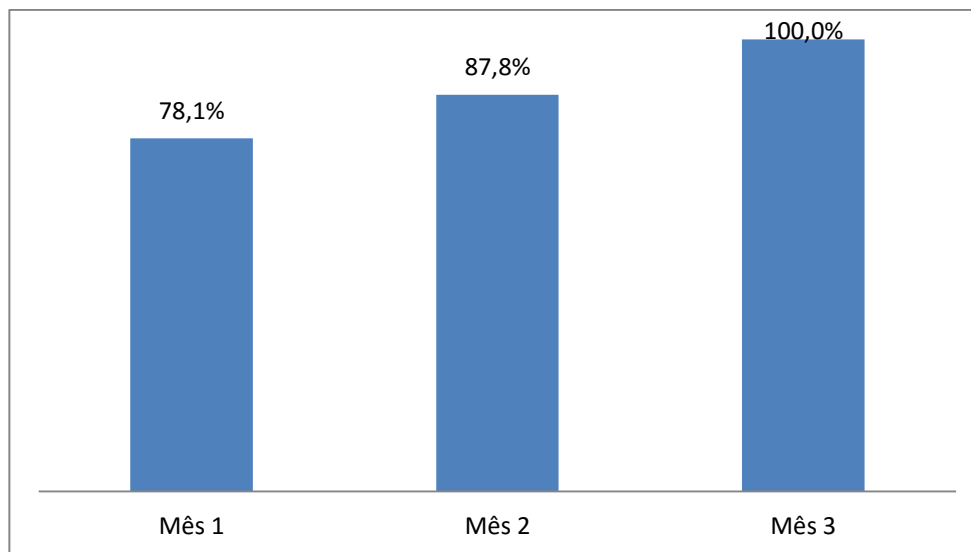


Figura 19: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

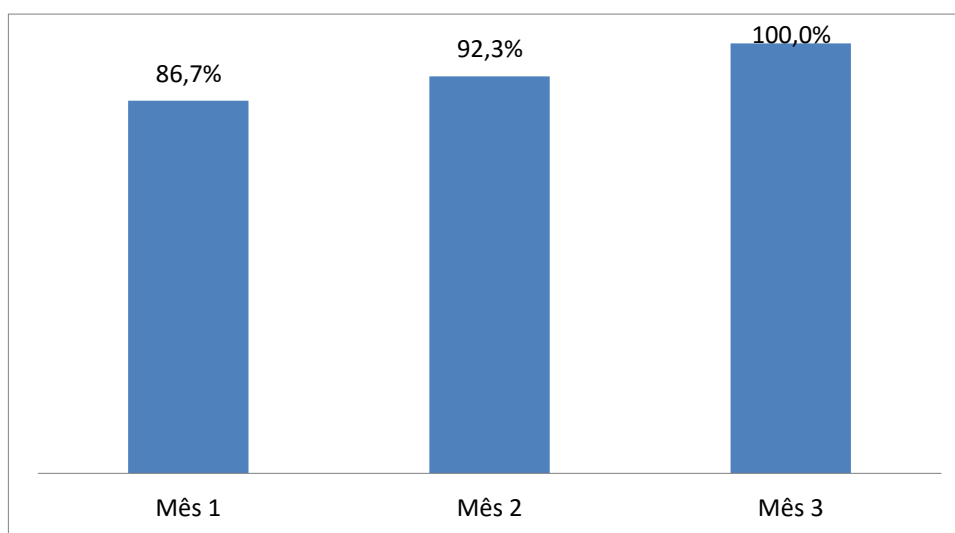


Figura 20: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS ESF 1. Chuí/RS, 2016.

META 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Para este indicador no primeiro mês alcançamos 50 (78,1%) pessoas cadastradas com hipertensão, no segundo mês 86 (87,8%), e no último mês alcançamos a totalidade com 121 (100%) dos cadastrados que receberam orientação quanto a higiene bucal. Já para os usuários com diabetes no primeiro mês tivemos 13 (86,7%) cadastrados recebendo a orientação quanto a higiene bucal, no segundo 24 (92,3%), e no terceiro mês 29 (100%) foram orientados em quanto a isso.

Ditas orientações sobre a importância da saúde bucal eram fornecidas por todos os membros da equipe, já que com a leitura do material disponibilizado consideramos que todos estamos capacitados para realizar tal ação. Sendo assim, tanto as agentes em suas visitas, a técnica de enfermagem durante a aferição de sinais vitais e o médico em todas as consultas realizavam ditas orientações.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS ESF 1, no município do Chuí/RS teve como objetivo principal melhorar a qualidade do atendimento, seguimento e ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus dentro da nossa área de abrangência. Todas as ações foram previamente planejadas com objetivos e metas específicas, sendo desenvolvida no período de 12 semanas.

Analisando os indicadores destes três primeiros meses de intervenção, percebemos que os objetivos relacionados à melhoria na qualidade dos atendimentos, exame clínico e ações de promoção de saúde foram as que tiveram maior impacto no cotidiano da UBS, ficando clara a importância da intervenção para o futuro da nossa UBS e certamente seguirá fazendo parte do nosso dia-a-dia, implementando, inclusive, processos semelhantes para outros grupos populacionais.

Quanto à importância que a intervenção teve para nossa equipe, podemos destacar vários aspectos dentre eles a realização das capacitações e reuniões quinzenais, estes encontros constituíram-se em espaços importantes para que todos esclarecessem suas dúvidas, dessem opiniões a respeito da intervenção e também contribuiu ainda mais para a união da equipe. Estes aspectos permitiram com que todos os membros da equipe realizassem o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes.

Dessa forma gostaria de destacar novamente a importância que teve o trabalho integrado da equipe para a realização da intervenção. As agentes tiveram papel fundamental fazendo suas visitas diárias: primeiramente informando a população sobre a intervenção, realizando o agendamento das consultas, realizando a busca ativa dos faltosos e também enfatizando as orientações de promoção de saúde. A técnica de enfermagem era a responsável pela aferição das medidas antropométricas e também realizava orientações para a promoção da saúde; o médico realizava os exames clínicos, solicitação de exames complementares,

orientações de promoção da saúde, prescrição de medicação, estratificação do risco CV.

Esperemos que isto possa ter um impacto positivo em outros grupos populacionais e tudo isto possa seguir sendo implementado em nossa rotina.

Quanto à importância da intervenção para o serviço destaca-se o fato da união da equipe e o trabalho conjunto. Volto a repetir que sem isso nada seria possível, já que nos fez trabalhar de uma forma integrada. Antes, o atendimento e orientações ficavam limitados ao médico e trabalhávamos com dificuldade em relação às consultas agendadas. Hoje em dia, quando falamos de hipertensos e diabéticos, podemos dizer que isso mudou, já que o fluxo destes usuários agora é de forma agendada e organizada, conseguindo assim organizar melhor os agendamentos e demandas espontâneas, simultaneamente. A classificação de risco das pessoas com hipertensão e diabetes tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Consideramos que o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade visto que a implementação da ESF é algo recente no nosso município e os usuários ainda não compreendem bem algumas ações que são realizadas na UBS. Porém, achamos que mesmo assim a população tem compreendido a importância da intervenção, principalmente quando falamos dos cuidados que eles devem ter com a sua saúde. Conversando com as ACS, elas comentavam que muitas vezes, até mesmo entre vizinhos, comenta-se as orientações dadas pela equipe como, por exemplo, a realização de práticas de exercício físico regular e alimentação saudável. Tudo isso os faz com que eles pesquisem e informem-se sobre o assunto, e para nós isso é excelente porque eles retornam as consultas com várias dúvidas, fazendo-nos estar sempre em dia e nos atualizando. Isso nos demonstra o interesse da população em relação a nossa intervenção.

Após finalizar a intervenção e analisando os indicadores, consideramos que se a intervenção começasse hoje, tentaríamos ampliar ainda mais a cobertura das pessoas com hipertensão e diabetes, já que não alcançamos as metas estipuladas, mas já estamos tentando resolver estes aspectos com a equipe, sendo que as alternativas que estão sendo realizadas são tentar alcançar as moradias mais distantes como as da área rural que são as de mais difícil acesso. Isto não foi feito devido a falta de duas agentes comunitárias de saúde, limitando assim a propagação de nossa intervenção para duas micro áreas que estão sem cobertura.

Porém, agora estamos nos organizado melhor para poder abranger também estas áreas.

É claro que também estamos pressionando os gestores para a contratação dessas ACS que estão faltando, bem como da enfermeira padrão, da qual estamos em sua ausência desde maio de 2015. Consideramos que a falta de recursos humanos foi a principal dificuldade encontrada até agora.

E, um outro aspecto que também precisa ser melhorado e que às vezes deixa a desejar é a marcação de exames complementares, mas isso é mais por questões burocráticas e acertos entre o binômio município – laboratório. Cabe a nós também continuarmos conversando com os gestores e responsáveis para melhorar este aspecto.

Como é de se esperar, a intervenção já está incorporada a rotina o serviço, como podemos observar na marcação de consultas, das VD das agentes comunitárias e a través de todos os registros que estão sendo realizados, como por exemplo, a PCD, prontuário clínico e fichas espelho. Como mencionado no parágrafo anterior, temos que melhorar a questão da cobertura não só deste grupo populacional, mas de todos os outros nas micro áreas descobertas de ACS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Venho aqui descrever brevemente as questões mais importantes da intervenção realizada por mim, Nicolás Salse Braga em conjunto com a equipe do ESF-1 do Chuí como parte das atividades do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em conjunto com a rede UNASUS.

Inicialmente realizamos uma análise situacional da nossa unidade básica de saúde verificando vários aspectos em relação a esta e dentre tantos fatores identificamos uma lacuna existente na atenção aos usuários que possuem hipertensão e diabetes da nossa área de abrangência, dessa forma tivemos como objetivo a “Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes da UBS ESF-1, Chuí/RS.

A intervenção teve uma duração de 12 semanas, sendo que as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Dessa forma realizamos capacitação da equipe quanto ao desenvolvimento da intervenção e protocolos do MS quanto à atenção a este grupo populacional, contato com os gestores a fim de conseguir os materiais necessários para a intervenção, tentamos o apoio da comunidade e organizamos nossos registros a fim de dar início a intervenção.

Durante as doze semanas que foi realizada a intervenção cadastramos 121 (30,6%) usuários com hipertensão e 29 usuários com diabetes que representa 29,6% da estimativa para nossa área de abrangência segundo os dados de Vigitel (2011).

Também podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de

exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Sendo que apenas não conseguimos alcançar 100% como meta de qualidade nos indicadores usuários com exames complementares em dia, onde 102 (84,3%) usuários hipertensos e 25 (86,2%) dos usuários com diabete conseguiram realizar seus exames complementares, sendo que o resto dos pacientes já tem o exame solicitado, porém ainda não retornaram com os mesmo. Desde já agradecemos a boa gestão em quanto a isso, já que quando começamos a intervenção o município estava devendo ao laboratório pelo qual este suspendeu o serviço. Porém isto foi resolvido rapidamente e pudemos aumentar bastante este indicador. O outro indicador foi quanto à prescrição de medicação da Farmácia Popular onde 117 (98,3%) usuários hipertensos tinham prescrição sendo que os dois usuários que estavam sem a prescrição foi devido ao alto risco cardiovascular que apresentam. Neste aspecto gostaríamos de solicitar ajuda ao município, já que muitas vezes há falta de medicação no posto central do município e, já em ausência da Farmácia popular no Chuí, fica difícil a obtenção da medicação crônica para determinados pacientes.

Consideramos que a intervenção poderia ter sido bem melhor se tivéssemos a equipe de saúde completa, pois estamos sem dois ACS e sem enfermeira, também se tivéssemos todas as medicações necessárias para atender estes usuários disponíveis na farmácia popular e sistema informatizado na unidade. Dessa forma, nos sentimos na obrigação de frisar estas questões e solicitar ajuda da gestão.

Por outro lado, não podemos deixar de lhes agradecer pelo apoio e receptividade da gestão, pela agilização da marcação nos exames complementares e disponibilização de material para a melhora da atenção a esta população. Desejamos continuar com estas ações, porém abrangendo outros grupos populacionais, como gestantes, idosos, crianças, entre outras.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade

Como já me conhecem sou o médico da UBS Nicolas Salse Braga, e juntamente com a equipe de saúde, estamos realizando uma intervenção na nossa unidade de saúde.

Após realizar uma análise da nossa unidade verificamos que a atenção aos hipertensos e diabéticos ainda precisa ser melhorada, pois tínhamos antes da intervenção poucos usuários hipertensos e usuários diabéticos cadastrados e sem receber atendimento integral.

Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS. Esta foi realizada de outubro de 2015 a janeiro de 2016.

Para tanto realizamos diversas ações conforme orientação do Ministério da Saúde, como capacitação da equipe, verificação da disponibilização de medicamentos, cadastramento dos usuários, solicitação de materiais necessários a secretaria de saúde, engajamento público, acolhimento dos usuários, visitas domiciliares entre outras atividades.

Durante as doze semanas que foi realizada a intervenção cadastramos 121 usuários com hipertensão e 29 usuários com diabetes. Todas estas pessoas cadastradas na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Ainda não conseguimos que todos os usuários tivessem com seus exames complementares em dia, pois ainda temos uma demora na realização dos exames complementares, mas ainda estamos solicitando estas adequações a nossa gestão.

Também gostaria de salientar que a intervenção visou melhorar a atenção deste grupo de pessoas sem deixar de lado os outros usuários, como as gestantes, crianças, saúde mental, atenção e a demanda espontânea.

Sabemos que ainda falta cadastrar muitos usuários com hipertensão e diabetes, mas nossa meta é melhorar cada vez mais os indicadores relacionados à cobertura dessa população. Queremos deixar claro a todos que tanto a diabetes como a hipertensão são doenças que precisam de seguimento contínuo, toma de medicação contínua e ter um seguimento médico constante e periódico.

Para finalizar, gostaríamos de agradecer a cada um de vocês, e pedir que, neste caso, especialmente aos hipertensos e diabéticos que continuem comprometidos com melhorar a sua própria qualidade de vida e sigam comparecendo as consultas e mantendo as orientações dadas pela equipe.

Atenciosamente

Equipe da UBS ESF-1.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Logo de terminar as doze semanas de intervenção e agora finalizando o curso de Especialização pude perceber que muitas coisas mudaram em relação ao que era antes do curso. Quando digo que muito mudou, não falo somente em relação aos meus conhecimentos em diferentes áreas (não só com hipertensos e diabéticos) senão que também falo a nível grupal, já que aprendemos a trabalhar em grupo e percebemos dita importância para o melhor funcionamento do serviço.

Considero também que mudou a qualidade tanto dos registros deste grupo populacional como também no atendimento, já que todos os pacientes receberam orientação nutricional, sobre higiene bucal, prática de exercício físico regular, riscos do tabagismo; todos tiveram sua correta estratificação de risco CV, exames complementares solicitados, exame clínico realizado, entre outros. Enfim, acho que ocorreu uma melhoria tanto para nós da equipe como para a população. Tudo isto tem mais sentido quando pensamos que perdurará no tempo sendo adotado como rotina do ESF e pensando ainda em implementar projetos similares em outros grupos populacionais.

Tal como foi mencionado no começo desta reflexão, o aprendizado obtido no curso foi excelente em quanto aos atendimentos de forma integral da equipe, cada um sabendo sua função, sempre procurando ajudar e cumprir com o proposto. Graças a Deus sempre tivemos um bom relacionamento entre as pessoas de equipe e, em geral, uma excelente relação com a população. Com isto percebemos que assim o trabalho fica mais rápido, ordenado e facilitam-se as tarefas de cada um.

Para finalizar, achei também muito interessante e tem me ajudado e muito no meu desenvolvimento o fato dos casos clínicos semanais e atividades para aprendizagem continuada a distancia. Isso ajuda-nos a nos manter atualizados em quanto à medicina comunitária e familiar dando a oportunidade de interagir com colegas para discussão de casos clínicos como para retirada de dúvidas.


6 Referências

1. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Brazilian Journal of Hypertension, v. 17, n. 1, p. 4-64, 2010.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century**. World Health Organization, 2007.

Anexo A - Ficha espelho

Anexos

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS



Departamento de
Medicina Social

Data de ingresso no programa: ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Endereço: _____ Telefone de contato: _____
 Data de nascimento: ___/___/___
 Nome completo: _____

Necessita de cuidador? { } Sim { } Não Tem DM? { } Sim { } Não Tem HAS e DM? { } Sim { } Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? { } Sim { } Não Data da primeira consulta odontológica: ___/___/___ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

| MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO | |
|----------------------------|--|
| DATA | |
| POSOLOGIA | |
| Hydroclorotiazida 25 mg | |
| Captopril 25 mg | |
| Enalapril 5mg | |
| Enalapril 10 mg | |
| Losartan 50 mg | |
| Propranolol 40 | |
| Atorvast 20 mg | |
| Atorvast 50 mg | |
| Amlodipina 5 mg | |
| Amlodipina 10 mg | |
| Metformina 500 mg | |
| Metformina 850 mg | |
| Cilmetidomida 5 mg | |
| Insulina NPH | |
| Insulina regular | |

| FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS | |
|-------------------------------------|--|
| DATA | |
| Glicemia de jejum | |
| HbA1c | |
| Hemoglobina glicosilada | |
| Coeficiente beta1 | |
| HDL | |
| LDL | |
| Triglicérides | |
| Creatinina Sérica | |
| Potássio sérico | |
| Triglicérides | |
| ECU | |
| Infecção urinária | |
| Próstata | |
| Corpo cetônicos | |
| Sedimento | |
| Microalbuminúria | |
| Proteínas de 24h | |
| TSH | |
| ECG | |
| Hemograma | |
| Hemodúrio | |
| Hemoglobina | |
| WCM | |
| CHCM | |
| Plaquetas | |

Anexo C – Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL