

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na atenção dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
Casabom, Município Capão do Leão/RS.**

Aline Peters Dutra

Pelotas, 2015

Aline Peters Dutra

**Melhoria na atenção dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
Casabom, Município Capão do Leão/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: DANIELA NUNES CRUZ

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

D978m Dutra, Aline Peters

Melhoria na Atenção dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Casabom, Município Capão do Leão/RS. / Aline Peters Dutra; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

“Aos amigos Lucicléia, Valmir, Carlos, Cleomar, Giovane e Alex pelos momentos únicos de aprendizado, alegria e companheirismo.”

Agradecimentos

Meus agradecimentos a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a execução deste trabalho, em especial:

À Universidade Federal de Pelotas, pelas condições que me proporcionou para a realização deste estudo;

Ao meu orientador, por seus valiosos comentários, críticas e sugestões.

À Equipe da UBS Casabom, pelos momentos de convivência, diálogo, crescimento, parceria e superação;

Ao meu companheiro Paulo Martins pelo apoio incondicional, obrigada por fazer parte da minha história.

Resumo

DUTRA, Aline Peters. **Intervenção para melhorar o processo de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Casabom, Município Capão do Leão/RS.** 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com graves repercussões para usuário, família e sociedade. O diagnóstico precoce oferece oportunidades de evitar complicações, investir na prevenção e é decisivo para garantir a qualidade de vida. A associação das duas doenças na população é comum, o que requer na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias no mesmo usuário. Este trabalho trata de uma intervenção, desenvolvida na UBS Casabom de Capão do Leão/RS, com o objetivo de melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O projeto de intervenção foi sistematizado com base na ação programática, sendo planejadas e executadas atividades em quatro eixos, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi realizado cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa de atenção, acompanhamento dos indicadores, formação de grupo de educação em saúde, realização de atividades educativas, capacitações da equipe, entre outras atividades. Após finalizar a intervenção foi alcançado um cadastramento de 350 (65,8 %) hipertensos e 131(100%) diabéticos. Assim como, 100% dos hipertensos e 100 % dos diabéticos tiveram seus registros atualizados; constatou-se que 94,6% dos hipertensos e 91,6% dos diabéticos utilizavam medicamentos disponíveis na farmácia popular; 100% destes sujeitos se submeteram a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham; receberam orientações nutricionais, benefícios da atividade física e riscos do tabagismo. Foram realizadas atividades educativas para a qualificação da equipe e educação em saúde da comunidade. A atenção passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe, proporcionou a capacidade de articular a atenção à demanda espontânea e programada, ampliou as possibilidades de resolubilidade das demandas locais. Espera-se que a gestão amplie este tipo de oportunidade e que seja estabelecida uma rotina de avaliação das atividades, que seja implantada a ESF e assegure a composição adequada da equipe. Para a comunidade deixamos o ensinamento de todas as ações que desenvolvemos para melhorar o acompanhamento dos usuários e que unidos é possível amenizar e/ou resolver os problemas que se apresentam.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial sistêmica.

Lista de Figuras

FIGURA 1. COBERTURA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO HIPERTENSO NA UNIDADE DE SAÚDE	46
FIGURA 2. COBERTURA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO NA UNIDADE DE SAÚDE	47
FIGURA 3. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM O EXAME CLÍNICO EM DIA DE ACORDO COM O PROTOCOLO	48
FIGURA 4. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM O EXAME CLÍNICO EM DIA DE ACORDO COM O PROTOCOLO	49
FIGURA 5. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM OS EXAMES COMPLEMENTARES EM DIA DE ACORDO COM O PROTOCOLO.....	49
FIGURA 6. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM OS EXAMES COMPLEMENTARES EM DIA DE ACORDO COM O PROTOCOLO.....	50
FIGURA 7. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA POPULAR/HIPERDIA PRIORIZADA	51
FIGURA 8. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA POPULAR/HIPERDIA PRIORIZADA	52
FIGURA 9. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	52
FIGURA 10. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	53
FIGURA 11. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM REGISTRO ADEQUADO NA FICHA DE ACOMPANHAMENTO.....	55
FIGURA 12. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM REGISTRO ADEQUADO NA FICHA DE ACOMPANHAMENTO.....	56
FIGURA 13. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR POR EXAME CLÍNICO EM DIA.....	56
FIGURA 14. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR POR EXAME CLÍNICO EM DIA.....	57
FIGURA 15. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	58
FIGURA 16. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	58

FIGURA 17. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM ORIENTAÇÃO SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	59
FIGURA 18. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	60
FIGURA 19. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO SOBRE OS RISCOS DO TABAGISMO	60
FIGURA 20. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO SOBRE OS RISCOS DO TABAGISMO	61
FIGURA 21. PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO SOBRE HIGIENE BUCAL.....	61
FIGURA 22. PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO SOBRE HIGIENE BUCAL.....	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à distância
ESF	Estratégia de Saúde Familiar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
PA	Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	36
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	44
4 Avaliação da intervenção.....	46
4.1 Resultados.....	46
4.2 Discussão	62
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Referências	72
Apêndices.....	74
Anexos	78

Apresentação

Este trabalho é o resultado de atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico de Especialização em Saúde da Família modalidade a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Casabom localizada no bairro Casabom, no município de Capão do Leão/RS, que visou melhorar o processo de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Está estruturado em cinco seções: A primeira é a análise situacional, que inclui o panorama geográfico, econômica e social, os aspectos da saúde mais relevantes. A segunda é a análise estratégica que abarca o planejamento da intervenção, com foco na organização e gestão do serviço, engajamento público, monitoramento e avaliação, a qualificação da prática clínica com objetivos, metas e indicadores claramente definidos. A terceira seção é o relatório da intervenção onde se descreve todas as atividades realizadas referentes ao foco da intervenção, as dificuldades encontradas e as mudanças que foram realizadas na prática em relação ao projeto desenvolvido. A quarta é a avaliação dos resultados da intervenção que inclui: resultados, discussão, relatório da intervenção para gestores e relatório da intervenção para a comunidade. A quinta é a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. No final, constam as referências bibliográficas, os anexos e apêndices utilizados para o presente trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Casabom, município Capão do Leão, Rio Grande do Sul-RS é uma unidade tradicional onde se faz atendimento a todos os usuários, independente de vinculação a algum programa estratégico. O atendimento era feito por fichas, e são distribuídas 14 fichas na fila e 02 vagas para casos de urgência.

Atualmente ainda não conseguimos implantar a ESF, mas conseguimos mudar algumas coisas. No principio o atendimento era feito como 'pronto atendimento', o paciente chegava para consultar e saia em 5 minutos, para aliviar alguma dor ou renovar uma receita. Hoje em dia procuro conversar com todos pacientes para ter informações de qual tratamento usa diariamente, com o que trabalha, onde mora, como são as condições da casa, quem mais mora no mesmo lugar, etc. É realizada uma consulta geral com adequado exame físico e agendada a próxima consulta com todos os pacientes, conforme necessidade. A presença de um médico em tempo integral na UBS surpreende aos pacientes que às vezes vem à consulta somente para conversar e contar como era o dia a dia antes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Conseguimos formar e manter o grupo de pacientes diabéticos e/ou hipertensos. Aos adolescentes estamos fazendo palestras na escola local, onde é grande o número de gravidez na adolescência. O aumento no número de atendimentos é visível e comentado na comunidade, muitos procedimentos que não eram feitos naquela UBS, hoje são realizados como, por exemplo, lavagem otológica, pequenas suturas, exérese de unha, etc. Visitas domiciliares nunca antes foram feitas pelo médico naquela comunidade, como agora estão sendo feitas. Ainda não da maneira regular e adequada, mas estamos tentando nos organizar. A ESF ainda não foi implantada e não contamos com uma equipe fixa e adequada,

portanto não realizamos longas reuniões de equipe, apenas acertamos as atividades da semana, rapidamente.

A UBS Casabom esta localizada na zona urbana do município de Capão do Leão, a maioria da população é de baixo recurso financeiro. A equipe está composta atualmente por: médico, enfermeira, duas técnicas de enfermagem, dentista e recepcionista para uma população de aproximadamente 3500 habitantes. A UBS não conta com a farmácia básica, também não temos NASF.

As condições de trabalho na UBS são boas, tem ventilação e iluminação suficiente e os móveis em bom estado. A estrutura física da unidade é composta por 1 recepção, 1 cozinha, 2 banheiros para usuários, 1 sala de vacinas, 1 sala de enfermagem para curativos e nebulização, 1 expurgo, 1 deposito pequeno, 1 local para esterilização, 1 banheiro para funcionários, 3 consultórios sendo 1 com banheiro incluído, 1 sala para enfermeira e 1 consultório odontológico. O horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira das 8 h às 17h, com intervalo ao meio dia. A ideia é capacitar a equipe para ajudar na formação de outros grupos como gestantes, adolescentes e idosos. Manter o que conseguimos mobilizar de diabéticos e hipertensos e tentar mudanças no estilo de vida da população. O objetivo é tentar identificar os usuários para poder inseri-los em alguma atividade educacional, é uma comunidade carente onde existe trafico de drogas, casos de violência sexual e gravidez na adolescência em evidencia. Sou defensora do SUS, e acredito que estamos no caminho certo. A APS certamente amenizaria e/ou solucionaria grande parte dos problemas de saúde hoje enfrentados.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Capão do Leão é um município da região sul do estado do Rio Grande do Sul, faz parte da região metropolitana de Pelotas (maior cidade da região), possui uma população de 24.294 habitantes, segundo Censo IBGE 2010. O sistema de saúde do município conta atualmente com 1 PA, 1 CAPS, 1 laboratório de análises clínicas conveniado com o SUS e 5 UBSs, entretanto nenhuma com ESF implantada. Não há disponibilidade de atenção especializada, NASF, CEO, ACS nem atenção hospitalar. É um município pobre e a maior parte da atenção médica é feita nas cidades vizinhas, como Pelotas e Rio Grande.

A UBS onde desenvolvo minhas tarefas está localizada no bairro Casabom, zona urbana. O modelo de atenção é tradicional com equipe constituída por 1 médico geral, 1 dentista, 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem, 1 recepcionista, 1 serviços gerais. Não contamos com ACS.

Na unidade são atendidos grupo de hipertensos e/ou diabéticos, aplicação de vacinas do calendário básico, curativos, sutura simples, lavagem otológica, aplicação de medicamento, nebulização, verificação de pressão arterial, realização de testes rápidos, o que não exclui a consulta do médico geral. A estrutura da UBS conta com recepção, sala de espera, dois banheiros (feminino e masculino) para usuários, um banheiro para funcionários, três consultórios médicos (um com banheiro incluído), sala de esterilização, expurgo, cozinha, sala de vacinas, almoxarifado, sala de procedimentos e consultório odontológico. Não contamos com farmácia básica. Estrutura física pequena, mas em boas condições arquitetônicas para o atendimento na atenção básica da comunidade.

A equipe embora pequena, sem o auxílio de ACS e sem apoio dos gestores municipais, faz o esforço de realizar o trabalho da melhor maneira possível com carinho e dedicação. A área de abrangência da UBS engloba um numero estimado de 3.500 pessoas que padecem, na sua maioria, de doenças crônicas associadas aos maus hábitos de vida: hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, o que geralmente leva a problemas coronários que, em geral, é a causa da morte. A dependência química (drogas ilícitas) também esta fortemente presente no bairro. Referente aos dados socioeconômicos da comunidade onde está localizada a UBS, podemos mencionar que na urbanização não temos vias públicas pavimentadas, não existe projeto de arborização, a coleta de lixo é pública e deficiente, se acumulam resíduos sólidos nas ruas que, em tempo de chuva, são arrastados pelas enxurradas. Não há zonas de preservação de flora e fauna. A maioria das casas de moradia são construídas em tijolo, telhas de barro, esquadrias de material metálico ou madeira. O fornecimento de água potável feito por tubulação, rede de esgoto, coleta de lixo e luz elétrica são serviços públicos. Evidencia-se a presença de animais domésticos livre nas ruas como cachorros, gatos, cavalos entre outros e também a existência de vetores como roedores e insetos (ratos, baratas, moscas, mosquitos). O bairro não é considerado zona de risco de alagamento ou deslizamento. A população conta com uma escola de ensino fundamental e médio, onde pretendo realizar palestras mensais sobre gravidez na adolescência e doenças

sexualmente transmissíveis. Existe apenas uma praça para as crianças brincarem e apenas uma rota de transporte público, o ônibus chega ao bairro, mas não próximo a UBS, isso se deve a que a unidade foi construída longe da avenida principal, num extremo do bairro, o que dificulta a chegada dos usuários que vivem mais afastados, geralmente esse trajeto é feito a pé. Existem alguns riscos permanentes na comunidade, como uma linha férrea para transporte de carga que cruza o bairro. As crianças e adolescentes cruzam os trilhos do trem diariamente para chegar à escola, não há alternativa. A presença de animais nas ruas também constitui um risco, acidentes com cavalos e mordedura de cachorro são relativamente frequentes.

Na UBS Casabom, enquanto a saúde da criança, seguimos o protocolo do Ministério da Saúde vigente. Contamos com uma cobertura estimada de 93% de crianças menores de um ano residentes na área de abrangência, médico e enfermeiros estão aptos a realizar o acolhimento e as atividades de educação em saúde. Existe um cadastro específico para a puericultura, sempre procuramos realizar a primeira consulta e o teste do pezinho até o sétimo dia do nascimento. O monitoramento do crescimento e peso, assim como desenvolvimento psicomotor e a vacinação são dados avaliados na UBS. Orientações sobre aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e prevenção de acidentes também são ações realizadas na atenção a saúde da criança envolvendo mãe-pai e bebê. Reforçamos sempre a importância de comparecer a consulta e se caso não apareça no dia agendado entramos em contato por via telefônica. É importante garantir os direitos da criança e sua família, oferecendo desde o nascimento e durante toda a infância prevenção e promoção de saúde a criança sã e cuidados a criança doente, quando for necessário. “A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.” (MS, Saúde da Criança. 2009).

O atendimento pré-natal também é realizado na UBS, atualmente temos uma cobertura de 57% do total de gestantes residentes na área de abrangência, seguimos o protocolo do MS. Existe um cadastro especial para gestantes – o Sis pré-natal – Sistema de acompanhamento do programa de humanização do pré-natal e nascimento. O atendimento as gestantes é feito diariamente, médico e enfermeiros estão aptos a fazer o acolhimento e avaliação da paciente. Na primeira consulta solicitamos os exames laboratoriais preconizados, avaliação antropométrica, tensão

arterial, verificamos a necessidade de atualizar as vacinas conforme protocolo, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, encaminhamento para interconsulta com odontologia, orientações sobre amamentação exclusiva, higiene e responder as dúvidas e anseios das futuras mães. Caso seja detectado algum fator de risco encaminhamos a gestante a receber a atenção adequada com o pré-natal de alto risco na cidade de Pelotas, diminuindo a mortalidade materna.

A prevenção do câncer de mama e colo de útero é tarefa constante na UBS. Aproximadamente 80% das mulheres entre 50 e 69 anos de idade da área de abrangência são atendidas na unidade, todas com avaliação de risco e orientações sobre o câncer de mama, destas, 72% estão com a mamografia e acompanhamento em dia. O autoexame de mamas é orientado, mas não substitui o exame clínico. O exame de prevenção do câncer do colo de útero abrange um total de 57% das mulheres de idade entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência da UBS, pode ser realizado pela enfermeira e/ou médico registrando todos os dados em um livro apropriado para o registro de todos os exames. Seguimos protocolo do MS. O correto interrogatório e exame físico são de extrema importância para o diagnóstico precoce. Quando agendamos a consulta e a paciente não comparece, entramos em contato por via telefônica.

Outro objetivo é o atendimento aos pacientes com doenças crônicas, especialmente hipertensos e diabéticos. O envelhecimento populacional, aliado a modificações nos padrões de alimentação e à redução da atividade física, levam ao crescimento das doenças crônicas não transmissíveis no perfil de morbimortalidade da população, não é diferente na nossa comunidade.

Os principais fatores de risco para essas doenças incluem, entre outros: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares não saudáveis, dislipidemias, obesidade, sedentarismo e estresse.

A HAS é a doença crônica não transmissível mais frequente na população e pode ser considerada como o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral, a doença renal crônica e as doenças cardíacas. Segundo o caderno de ações programáticas há uma estimativa que 782 pessoas que padecem HAS na comunidade, temos uma cobertura de 26% do total de pacientes, aproximadamente. Orientações coletivas são repassadas todos os meses nas reuniões com o grupo de hipertensos, correta alimentação, exercícios físicos adequados à idade, além disso a explicação do tratamento

farmacológico e exames complementários regulares são importantes para reduzir cifras de complicações. No atendimento aos pacientes hipertensos participam enfermeiros e médico, seguindo protocolo do MS. O DM pode ser definido como um estado hiperglicêmico crônico com complicações agudas e crônicas que podem levar a danos importantes em órgãos como rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. Segundo o caderno de ações programáticas se estima em 224 pacientes estão com DM na comunidade, destes, temos uma cobertura de 45%. Na atenção ao paciente diabético é importante realizar exames complementários periódicos, o exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, sensibilidade, orientação sobre atividade física regular, alimentação saudável e saúde bucal. Médico e enfermeiros participam da atenção ao paciente diabético seguindo o protocolo do MS. A maioria dos pacientes diabéticos e hipertensos apresentam poucos sintomas e mostram pouco conhecimento da patologia. Todos os atendimentos são registrados em prontuário individual.

A atenção à saúde do idoso também é realizada na unidade, geralmente o atendimento é feito juntamente com algum familiar, pois precisam de atenção especial devido à etapa da vida em que estão. Segundo o caderno de ações programáticas temos uma população estimada de 477 pacientes com 60 anos ou mais na comunidade, destes, temos uma cobertura de 63%. Orientações sobre alimentação adequada, atividade física regular, estímulo a memória, etc. são realizadas pelo médico ou enfermeiros. A consulta é registrada em prontuário individual. Atualmente estamos tentando implementar um grupo de idosos e também as visitas domiciliares, que não são realizadas adequadamente.

Os desafios encontrados nessa comunidade são complicados, entre eles cadastrar a população para ter um correto acompanhamento em dependência da faixa etária e doença que padece, uma tarefa mais difícil porque não contamos com ACS na unidade e desenvolver uma parceria com a secretaria de saúde do município para trazer até a UBS a farmácia básica popular. E também desenvolver de fato a ESF com todas suas vantagens, fazer prevenção e promoção de saúde com toda a população. A unidade esta inserida na comunidade, as pessoas não precisam sair daquele local para resolver a maioria dos casos. Quando temos crises ou emergências hipertensivas, por exemplo, são estabilizadas ali, evitando a superlotação do pronto atendimento local. O esforço, atenção, interesse e compreensão da pequena equipe são qualidades que não posso deixar de destacar.

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

A análise situacional possibilitou uma visão mais ampla do processo de trabalho e da estrutura física da unidade. Existe a necessidade de capacitar a equipe, adotar protocolos e preencher adequadamente os registros que possibilite a avaliação das ações desenvolvidas.

Após o preenchimento dos questionários e caderno de ações programáticas é possível identificar as dificuldades e limitações de forma mais organizada. Avaliar os aspectos a ser melhorados de forma a ampliar a cobertura e melhorar a atenção primária.

O maior desafio é implantar a Estratégia de Saúde Familiar para realizar o atendimento integral aos usuários, baseada nos protocolos do Ministério de Saúde e princípios do SUS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A rotina da UBS nos permite viver, dia a dia, oportunidades para melhorar e adequar o atendimento no SUS. Existem muitas dificuldades, que podem ser vencidas com o interesse e persistência dos profissionais e defensores do SUS, atendendo cada paciente com a compreensão necessária e descobrindo quais as suas necessidades. Com os pacientes hipertensos e diabéticos não é diferente, muitos desconhecem as consequências e gravidade destas doenças crônicas. 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 (32% em média), 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).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de atenção básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a população adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o MS preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos. (Ministério da Saúde – 2013)

Igualmente, 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).

É de grande importância o desenvolvimento de um projeto de intervenção na UBS Casabom, no município de Capão do Leão, para proporcionar hábitos saudáveis e prevenir a gravidade das doenças crônicas, especialmente nos pacientes hipertensos e diabéticos que, na sua maioria mantêm hábitos de vida não saudáveis. São constantes os atendimentos de pacientes descompensados, que evoluem com complicações e também sobrecarregando a demanda espontânea. Devido a grande prevalência de pacientes mal controlados, acredita-se que o projeto de intervenção proposto sirva para melhorar as condições de saúde da população, orientando-os para que tenham hábitos saudáveis.

A população da área adstrita é de 3.500 pessoas, estima-se que 1.006 são pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Embora seja uma unidade de saúde tradicional, a equipe formada por duas técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 1 dentista e 1 médico geral (sem ACS) esta preparada para agir de maneira atenciosa e engajada no projeto.

Atualmente, o indicador de cobertura de usuários hipertensos na área de abrangência é de 782. Estima-se que 200 pacientes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência são acompanhados na UBS, mas não seguem corretamente o tratamento e orientações. O mesmo acontece com os pacientes diabéticos que somam um total de 224. Aproximadamente 100 pacientes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS estão em acompanhamento pela equipe.

A atual situação de cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos na UBS é de 26% e 45%, respectivamente. A meta é ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% dos pacientes, em ambas as patologias, pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde. Para alcançar esta meta, trabalharemos com alguns objetivos de qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde durante 12 semanas.

Existe deficiência no atendimento integral aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, muitas vezes apresentam poucos sintomas e desconhecem a patologia. É necessário, além de melhorar os indicadores de cobertura e qualidade do

atendimento, fazer a prevenção e promoção de saúde especialmente com esses dois grupos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar o processo de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência da UBS Casabom, Município Capão do Leão/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Objetivo 3- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

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

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção será realizada em 12 semanas, programada para o início do mês de março 2015. Para a realização do projeto de intervenção vamos aderir aos Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37, - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília – DF, Ministério da Saúde – 2013.

As ações serão desenvolvidas na UBS Casabom, Capão do Leão/RS, através do acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área da UBS. A captação dos usuários será realizada na UBS e nas visitas domiciliares, quando o usuário procurar atendimento na unidade será agendada sua consulta com a recepcionista ou enfermeira, esta o cadastrará no programa. Os dados coletados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos serão repassados para a ficha-espelho, disponibilizada pelo curso, que contém todas as informações necessárias para o acompanhamento, após serão transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção. Serão realizadas atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos e capacitação da equipe, com acompanhamento e avaliação periódicas. Participarão da intervenção 1006 pessoas maiores de 20 anos, sendo 782 hipertensos e 224 diabéticos da área de abrangência da UBS. Ações serão desenvolvidas em quatro eixos programáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Cobertura

Objetivo: Cadastrar 60% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde por meio da equipe.

Detalhamento da Ação: A atividade de monitoramento e avaliação será feita por meio de um membro da equipe, os usuários cadastrados terão como controle próprio uma carteira com os medicamentos utilizados e controle semanal da pressão arterial e/ou glicemia disponibilizada pela UBS. As fichas-espelho serão arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento de consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Um membro da equipe ficará encarregado de revisar os prontuários mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS; Garantir material adequado para a aferição da pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Para garantir o registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa será criado um arquivo específico para os registros dos atendimentos de HAS e DM, que será revisado mensalmente por um membro da equipe com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado, se os dados estão preenchidos corretamente, exames clínicos e complementares em atraso, usuários de risco, etc. Para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM a equipe será capacitada sobre a estratégia de família e a importância de melhorar o acolhimento, o que é de grande importância na atenção básica, pode ser realizado por qualquer membro da equipe, onde deverá ser encaminhado para avaliação com a enfermeira ou técnico de enfermagem. Usuários com tensão e/ou glicemia descompensados, sinais de dor e/ou hipertermia deverão ser orientados e encaminhados imediatamente para avaliação médica. Para garantir material adequado para aferir a pressão arterial e realizar hemoglicoteste na UBS, será solicitado a secretaria de saúde local. A equipe deverá ser capacitada sobre os cuidados adequados com os materiais.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde; 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 das ações: A atividade será feita na UBS, todos os usuários serão convidados a participar do grupo de hipertensão e diabetes na unidade, duas vezes ao mês, onde receberão as informações com ajuda de palestras e 'perguntas e respostas' para estimular o aprendizado. Também nas visitas domiciliares os usuários receberão orientações.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para cadastramento dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhamento das ações: Para realizar práticas de educação permanente com a equipe será programada uma hora diária de estudo para atualização e qualificação da prática clínica. A revisão dos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Atenção Básica Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006), protocolos de manejo clínico e revisão do registro específico são de grande importância para a equipe desenvolver as atividades com qualidade, incluindo verificação da pressão arterial de forma criteriosa, uso adequado do manguito; realização do hemoglicoteste em usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg;

Qualidade

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento aos 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento das ações: As fichas-espelho serão arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar a revisão de exames clínicos apropriados e exames laboratoriais solicitados. Um membro da equipe ficará encarregado de revisar estes prontuários mensalmente.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos; Capacitar à equipe de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização da equipe; Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde; Garantir a solicitação de exames complementares; Garantir com a gestão municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro dos medicamentos utilizados por hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: O acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes que buscarem o serviço será realizado por qualquer membro da equipe, usuários com hipertensão e/ou hiperglicemia descompensados, sinais de dor e/ou hipertermia deverão ser orientados e encaminhados imediatamente para avaliação médica.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Orientar os

usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações: A atividade será feita em conjunto com a equipe, todos os usuários serão convidados a participar do grupo de hipertensão e diabetes na UBS duas vezes ao mês, onde receberão as informações com ajuda de palestras e 'perguntas e respostas' para estimular o aprendizado. Confeção de panfleto com orientações de educação em saúde que será distribuído na sala de espera.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares; 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 das ações: Será realizada capacitação para atualização e qualificação da prática clínica promovendo discussões e reflexões com a equipe abordando realização de exame clínico apropriado, seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Adesão

Objetivo: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a periodicidade das consultas previstas conforme protocolo.

Detalhamento das ações: As fichas-espelho serão arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento das consultas em atraso. Um membro da equipe ficará encarregado de revisar estes prontuários mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar os hipertensos e/ou diabéticos faltosos; Organizar agenda para realizar contato telefônico;

Detalhamento das ações: Mensalmente a recepcionista realizará a revisão das fichas espelhos e prontuários e encaminhará para a enfermeira que juntamente a ela irão fazer a busca ativa dos usuários faltosos nas consultas através de telefonemas, se necessário. Ao fazer a busca já agendará o usuário para a consulta.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a população sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada em protocolo para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: Toda a equipe deverá informar na comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a população sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. As orientações poderão ser feitas nas visitas domiciliares, no grupo de hipertensos e diabéticos, duas vezes ao mês ou ainda através de cartazes.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: O treinamento da equipe será feito diariamente ao final do horário de trabalho sob a responsabilidade dos profissionais de nível superior, conforme cronograma.

Registro

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos dos hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Para o registro das ações usaremos o modelo de ficha-espelho de atenção à saúde do usuário portador de hipertensão e/ou diabetes, onde mensalmente a recepcionista realizará a revisão das fichas-espelhos e

prontuário. No final de cada mês, as informações das fichas serão digitadas em planilhas.

Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros; Organizar 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.

Detalhamento das ações: No final de cada mês, as informações das fichas-espelho serão digitadas nas planilhas, estima-se que em 02 meses após o início das ações boa parte da população já esteja cadastrada, com exame físico/avaliação e exames laboratoriais atualizados, participando das atividades em grupos na UBS. O responsável pelo monitoramento do registro será a recepcionista que realizará a revisão das fichas-espelhos e prontuários e encaminhará para a enfermeira fazer a busca ativa, se necessário, dos usuários faltosos nas consultas 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

Ações: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.

Detalhamento das ações: A atividade de orientação sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário será feita com ajuda da enfermeira mediante uma palestra no grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético; Capacitar a equipe da

unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações: A atividade de treinamento do preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético e a capacitação da equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas será feita seguindo o cronograma de atividades na reunião de equipe, ou quando necessário diariamente ao final do horário de expediente.

Avaliação de risco

Objetivo: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações: A atividade de monitoramento e avaliação será feita por meio de um membro da equipe. As fichas-espelho serão arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Um membro da equipe ficará encarregado de revisar estes prontuários mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações: A ação será feita mediante a organização da agenda, nestas serão priorizadas consultas extras semanais para o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo e tabagismo).

Detalhamento das ações: A atividade será realizada por toda a equipe, que dará orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Também convidaremos outros profissionais para palestrar, como nutricionista, psicóloga e educador físico. Utilizaremos vídeos sobre alimentação saudável e 'perguntas e respostas' como método de aprendizagem quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; 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 das ações: Será programada uma reunião de equipe para atualização e qualificação da prática clínica e serão feitas as seguintes atividades: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; importância do registro desta avaliação; estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis mediante leitura do caderno de atenção básica, como meio de aprendizagem.

Promoção de saúde

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento das ações: Um membro da equipe ficará encarregado de revisar as fichas-espelho mensalmente e monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular e sobre riscos do tabagismo e alcoolismo aos hipertensos e/ou diabéticos. Todas as orientações serão repassadas aos usuários nas reuniões do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético; Estabelecer prioridades de atendimento, considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

Detalhamento da ação: agendar uma reunião entre equipe e gestor para demandar ofertas de consultas com dentista para estes usuários e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais nutricionista, educador físico e psicólogo nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. A equipe organizara praticas coletivas sobre alimentação saudável no grupo de hipertensos e/ou diabéticos, para a mesma convidará um profissional de nutrição para uma palestra. Também utilizaremos o objeto da palavra em 'perguntas e respostas' como metodologia de aprendizagem. Outra ação é organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, nesta atividade convidaremos um educador físico para que sejam orientadas informações de treinamento aos usuários, nesse dia caminharemos uns minutos para estimular a atividade física.

Engajamento público

Ação: Buscar parcerias na comunidade reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações: Faremos contato com os representantes da comunidade, nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do programa de hipertensos e/ou diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos

e/ou diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização de atendimento deste grupo populacional. Mobilizaremos a comunidade para demandar junto ao conselho de saúde e gestor municipal a garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Serão feitas atividades coletivas no grupo para orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientações aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, utilizando apresentações visuais como vídeos e imagens. Utilizar o objeto da palavra para estimular a aprendizagem com o método 'perguntas e respostas'.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Partindo da necessidade de realizar práticas de educação permanente com a equipe será programada uma hora de estudo no final do expediente para atualização e qualificação da prática clínica. Para a atividade vamos promover discussões e reflexões com a equipe abordando: práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

2.3.2 Indicadores

1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde

Indicador 1: Proporção de hipertensos cadastradas no programa de hipertensão e diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de diabéticos cadastradas no programa de hipertensão e diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

2- Qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

3 - Adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Indicador 1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

4 - Registro das informações

Indicador 1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5 - Estratificação de risco cardiovascular

Indicador 1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6 - Promoção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização do projeto de intervenção para melhorar o processo de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Casabom, Capão do Leão/RS vamos aderir aos Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37, - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília – DF, Ministério da Saúde – 2013.

Empregaremos a ficha-espelho, o prontuário e a carteirinha do usuário hipertenso e/ou diabético para informações sobre acompanhamento de saúde bucal e todos os parâmetros estabelecidos pelo protocolo citado. O cadastramento dos usuários e coleta de dados poderão ser realizados pela enfermeira, médica e técnicas de enfermagem por um período de 12 semanas.

Desejamos alcançar com a intervenção 60% dos usuários hipertensos e igual porcentagem de usuários diabéticos. Será feito contato com o gestor do município para dispor de 663 fichas-espelho. Para seguimento mensal da intervenção utilizaremos uma planilha manual e uma eletrônica para coleta de dados.

Os dados serão controlados e registrados em um documento específico, que será uma ficha preenchida no atendimento aos usuários que farão o

acompanhamento na unidade. Para organizar o registro específico do programa serão revisados os prontuários dos hipertensos e diabéticos identificando os que fizeram suas consultas de acordo com o protocolo nos últimos seis meses juntamente com o preenchimento da carteirinha do hipertenso e diabético e ficha espelho. Faremos as anotações sobre as consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais em atraso no documento específico e na caderneta.

A análise situacional, e a definição do foco de intervenção foram debatidas com a equipe da unidade de saúde. Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o Protocolo do Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com a intenção de que toda a equipe possa identificar as necessidades dos usuários, consultas programadas, busca ativa dos pacientes faltosos entre outros parâmetros que o protocolo estabelece.

Será explicada a toda equipe a importância de preencher todos os registros de informações para mantermos os dados dos pacientes sempre atualizados. Através desse treinamento a equipe vai estar capacitada para executar ações que qualifiquem o atendimento ao público-alvo da intervenção. O local da capacitação será na unidade de saúde, priorizando 1 hora ao final do expediente. É importante o entrosamento da equipe através de uma dinâmica, que será realizada no início da conversa. Posteriormente partiremos para explicação que começará com a medicação e incentivaremos a participação dos outros membros pedindo para cada um ler um trecho do material fornecido para a atividade.

Priorizaremos o atendimento aos pacientes hipertenso e/ou diabético através de horário específico com objetivo de melhorar e organizar o atendimento na unidade. atendimentos como triagem, aferição da pressão arterial, realização do hemoglicoteste, peso e altura (IMC) e preenchimento da carteirinha do hipertenso e/ou diabético serão realizados juntamente com a coleta de dados. Faremos uma planilha para organização dos atendimentos para que todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos sejam atendidos, conforme protocolo.

O atendimento de usuários de risco pertencentes à área de abrangência será priorizado. Com esta ação estabelecida, a assistência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos terá êxito na promoção à saúde na área. Ao final, todos perceberão que esta é uma forma de facilitar o trabalho, e aperfeiçoar os cuidados. Para as

ações de educação em saúde da equipe e usuários trabalharemos com informações baseadas no protocolo do MS referente às Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, enfatizando a dimensão de sabermos compreender o estilo de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O primeiro passo é conduzir os usuários para comparecerem a unidade de saúde. A partir do momento que for feita a busca ativa dos pacientes faltosos na área começaremos a introduzir a educação em saúde. A visita será realizada por qualquer membro da equipe e ainda haverá busca ativa por contato telefônico. Na abordagem explicaremos porque não se deve faltar a consulta e marcaremos novamente o retorno, se necessário. A pretensão é fazer o acolhimento dessa família desde a visita.

No dia da consulta, na sala de espera, faremos uma palestra com todos os usuários incluindo hipertensos e/ou diabéticos por 15 minutos antecedentes a consulta. Elaboraremos uma escala de palestra, envolvendo os profissionais da unidade. Cada dia uma dupla fará a palestra. Serão abordados temas como alimentação saudável, prevenção de acidentes, pratica regular de atividade física, saúde bucal, riscos do tabagismo e como é fundamental comparecer a unidade de saúde sem perder as consultas agendadas. A cada semana será tratado um tema diferente, na palestra serão distribuídos panfletos relacionados ao assunto da semana. Também repassaremos as informações nas reuniões do grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Com essas ações de educação em saúde, o vínculo entre equipe e usuários será fortalecido proporcionando mais qualidade e humanização no atendimento aos usuários.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No princípio da intervenção começamos com o acolhimento dos usuários que foi realizado pela equipe, entregamos panfleto educativo sobre hipertensão e diabetes. Na sala de espera foi feita a primeira palestra para todos os usuários que foram convidados a participar do grupo de hipertensão e diabetes na UBS, duas vezes ao mês. A palestra contou com cartazes e conversas entre equipe e usuários em forma de 'perguntas e respostas' para estimular o aprendizado. Foram repassadas orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente na consulta. Ressaltamos sobre a importância de não faltar às consultas, manter alimentação saudável e boa nutrição, praticar atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos conforme foi programado. Avaliamos a atividade como uma das melhores realizadas durante a intervenção, surgiram muitas perguntas e interesse dos usuários. Aproveitamos então para frisar a importância de comparecer as reuniões do grupo de hipertensão e diabetes.

Realizamos atendimento clínico e atendimentos de emergência como crise hipertensiva, hiperglicemia, etc. Solicitamos exames complementares segundo o protocolo do MS, indicação do tratamento farmacológico contínuo e agendamento de consulta.

A atividade foi uma novidade na UBS, alguns se surpreenderam pois nunca houve atividade educacional. Havia um distanciamento entre médico e usuário. A equipe demonstrou interesse e compreensão com as perguntas dos usuários. Foi colocado em prática a avaliação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

O contato com o gestor municipal para apresentar o projeto de intervenção, dispor das fichas espelho e das carteirinhas foi feito previamente com resposta positiva. Então realizamos a primeira reunião de equipe, todos animados e comprometidos com as ações previstas no projeto conforme a capacitação realizada sobre protocolo de hipertensão e diabetes com ênfase em:

- Verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;
- Realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg;
- Atualização do profissional no tratamento da hipertensão/diabetes, estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância do registro da avaliação.
- Estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de usuários tabagistas.
- Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.

Foi realizado também o contato com os líderes comunitários e conselho municipal de saúde onde explicamos a importância do projeto de intervenção a ser desenvolvido para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, solicitando apoio para a captação porque não contamos com ACS para fazer as visitas domiciliares e cadastramento, indicamos que orientassem os usuário hipertensos e/ou diabéticos para que compareça a UBS para fazer o cadastro e a importância da realização das consultas preconizadas pelo MS. Reforçamos o período do projeto que era de 12 semanas e a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Encontramos bastante dificuldade para fazer as visitas domiciliares pois como referi anteriormente, não contamos com ACS e não temos a ESF implantada no município, além disso a demanda espontânea é grande o que implica na permanência com maior número de atendimentos internos na UBS. As visitas domiciliares que foram realizadas foram feitas a pé porque a secretaria não disponibilizou de veículo para a Unidade, mesmo fazendo inúmeros pedidos e reuniões com as lideranças da comunidade não conseguimos resolver a situação.

As atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos foram bem desenvolvidas. Começamos com o acolhimento dos usuários feito pelos membros

da equipe com a entrega de folheto educativo sobre hipertensão e diabetes, e posteriormente receberam as informações através de cartazes e conversas do tipo 'perguntas e respostas'. Confraternizamos chá com biscoitos integrais, que foram muito elogiados e então combinamos em realizar uma atividade para confeccionar biscoitos integrais.

Os usuários foram orientados sobre alimentação saudável para todos, em especial para usuários idosos; a importância da realização das consultas, importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos 1 vez ao ano; sobre a importância do rastreamento para diabetes em usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente na consulta por um profissional da equipe de saúde. Foi convidada para participar das atividades, a psicóloga que orientou a comunidade sobre os direitos de acesso aos registros, sendo uma atividade fundamental, nessa ação a comunidade teve conhecimento de seus direitos e deveres no processo de saúde local. Estimulamos as atividades físicas, de risco do tabagismo e da higiene bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com a colaboração da dentista da unidade.

Orientações quanto à necessidade de realização de exames complementares, periodicidade com que devem ser realizados, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso foram realizadas pelos membros da equipe. Realizamos exercícios de memória e relaxamento, bastante agradável para todos.

A atividade de organização e gestão do serviço para garantir o registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa foi obtida com a criação do arquivo específico para os registros dos atendimentos desses usuários, com revisão periódica para verificar os faltosos as consultas, se todas as informações estavam completas no registro, identificar procedimentos em atraso, identificar também os usuários de risco e avaliar a qualidade do programa. A revisão se deu por um membro da equipe.

Para melhorar o acolhimento aos usuários, a equipe foi orientada sobre a sua importância. Qualquer membro da equipe estava capacitado para fazer o acolhimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, para dar a atenção que o

usuário necessitava e posteriormente fazer a avaliação indicada com a enfermeira. Aqueles com hipertensão e/ou hiperglicemia descompensados, sinais de dor e/ou hipertermia foram orientados e encaminhados imediatamente para avaliação médica conforme protocolo da unidade e orientados a realizar o mapa de controle.

Toda a equipe fez a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas quando necessário, as vezes em visitas domiciliares outras por via telefônica. Foram feitas visitas domiciliares aos usuários acamados. A cada caso novo registrado podemos perceber o desconhecimento sobre a patologia, em relação ao cuidado dos pés, da aplicação da insulina, alimentação saudável, etc. A equipe foi essencial para esclarecer essas e outras dúvidas de cada usuário e conseqüentemente para uma boa evolução.

A atividade de monitoramento e avaliação foi realizada por meio de um membro da equipe, os usuários cadastrados tiveram como controle próprio uma carteira com os medicamentos utilizados e controle semanal da pressão arterial e/ou glicemia. As fichas espelho foram arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento de consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Ao final do expediente foi reservada 1 hora para atualização e qualificação da prática clínica promovendo reflexões com a equipe, abordando realização de exame clínico apropriado, capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, por exemplo. Atualização dos membros da equipe no tratamento da hipertensão e diabetes, como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular foram assuntos discutidos.

Uma das principais dificuldades encontradas foi o tempo da consulta médica que é insuficiente para a realização de todas as atividades que devem ser desenvolvidas com o usuário hipertenso e/ou diabético. A falta de ACS também foi um obstáculo para a realização da intervenção.

Os dados coletados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram repassados para a ficha-espelho e prontuário, que contém todas as informações necessárias para o acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção, semanalmente. As fichas-espelho foram arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento de consultas em atraso. Um membro da equipe ficou encarregado de revisar essas fichas mensalmente. A implantação e permanência do grupo de

hipertensos e/ou diabéticos cada vez mais fortalecido foi uma vitória da equipe, orientando atividades físicas, alimentação saudável, abandono do tabagismo, etc.

Em relação à participação da comunidade não houve grandes dificuldades, a maioria participou dos atendimentos em grupo, deram sugestões em relação à organização do serviço e compartilharam suas dúvidas.

As ações de educação permanente se tornaram algo do dia a dia da unidade. Sempre que possível discutimos casos e condutas, as dúvidas são estudadas e esclarecidas posteriormente. Sempre temos algo novo para aprender.

Após os três meses de intervenção e bastante trabalho, constatamos que conseguimos cumprir com o cronograma proposto e aumentamos o número e principalmente a qualidade dos atendimentos. A realização do projeto somente foi possível graças à participação e engajamento de todos os personagens: equipe e comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas que não foram realizadas estão diretamente ligadas à não implantação da ESF pelo qual não contamos com equipe completa como é o caso dos ACS que poderiam ter facilitado o cadastramento de mais pacientes e com as visitas domiciliares localizar um maior número de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

As visitas domiciliares foram realizadas em menor número devido ao fato de ter que abarcar uma grande demanda espontânea na unidade de saúde, o que dificultava deixar um turno livre para tal atividade, foram priorizados os usuários acamados ou com dificuldade de deslocamento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não tivemos dificuldade no preenchimento dos dados, a equipe estava preparada e capacitada com práticas do preenchimento das planilhas e da coleta de dados.

Em relação às ações de organização e gestão do serviço não houve dificuldade, as ações já eram realizadas, porém não eram registradas da maneira ideal.

A atividade de monitoramento e avaliação foi feita por meio de um membro da equipe. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados tiveram como controle individual uma carteira com os medicamentos utilizados e controle semanal da pressão arterial e/ou glicemia. As fichas-espelho foram arquivadas separadas dos prontuários a fim de facilitar o monitoramento de consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A nossa principal dificuldade foi não contar com ACS, o que nos exigiu mais tempo dedicado ao preenchimento de questionários, planilhas e maior permanência em atividades internas na UBS, não podendo realizar o número adequado de visitas domiciliares e conseqüentemente um maior número de cadastramento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Apesar das dificuldades da gestão municipal, da falta de profissionais diante da excessiva demanda, podemos dizer que atualmente as ações fazem parte da realidade e dia a dia das atividades da UBS.

O grupo de hipertensão e diabetes está agendado uma vez ao mês com atividades programadas pela equipe e também pelos próprios usuários que dão sugestões das atividades que desejam desenvolver.

Esperamos continuar o vínculo com os líderes comunitários e conselho local de saúde incentivando a participação e assim melhorar o engajamento público. A implantação da ESF e chegada dos ACS são ações que melhorariam amplamente a atenção primária na comunidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A análise dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma avaliação dos resultados, que estão descritos a seguir.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

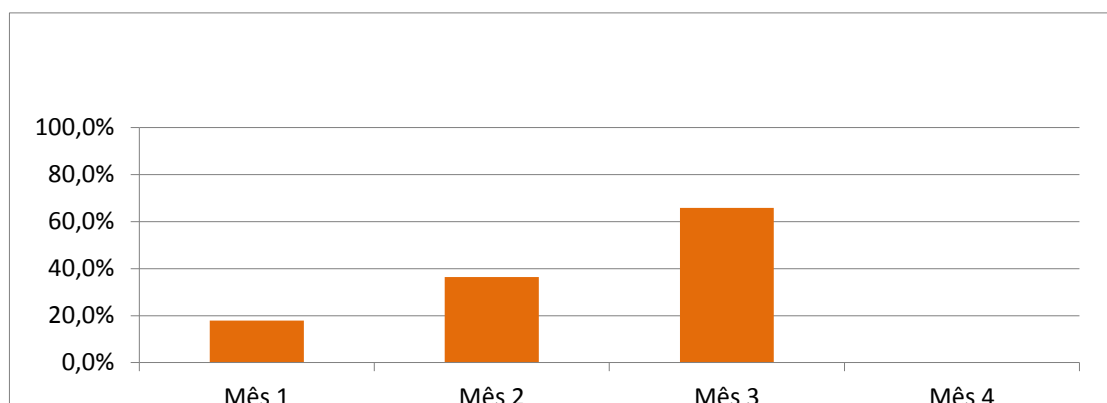


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

O projeto de intervenção foi direcionado a melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS Casabom. Devido à falta de dados se usou a estimativa de pessoas hipertensas com 20 anos ou mais (22,7% da população total desta faixa etária) de Vigitel (2011) como numerador desta meta, o que equivale a 532 pessoas. Antes da intervenção possuíamos uma cobertura de 26% (200) sem que existisse um acompanhamento regular destes sujeitos. Ao final da intervenção foi alcançado um cadastramento no programa de 350 indivíduos (65,8%), atingindo a meta quantitativamente. Sob o olhar qualitativo pode-se concluir que os atendimentos realizados foram minuciosamente programados, garantindo a qualidade da atenção a estes usuários cadastrados e

acompanhados durante este período.

No primeiro mês 100 (17,9%) usuários foram incluídos na intervenção, a maioria destes já pertenciam ao programa, que havia começado a funcionar antes de forma desorganizada e agora foram cadastrados com uso dos instrumentos fornecidos pela UFPEL. No segundo mês mantivemos a incorporação de mais 100 usuários, somando 200 (36,5%) cadastrados. No terceiro mês tivemos um aumento da cobertura para 350 (65,8%), o que cumpriu com a meta proposta, de 60%.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

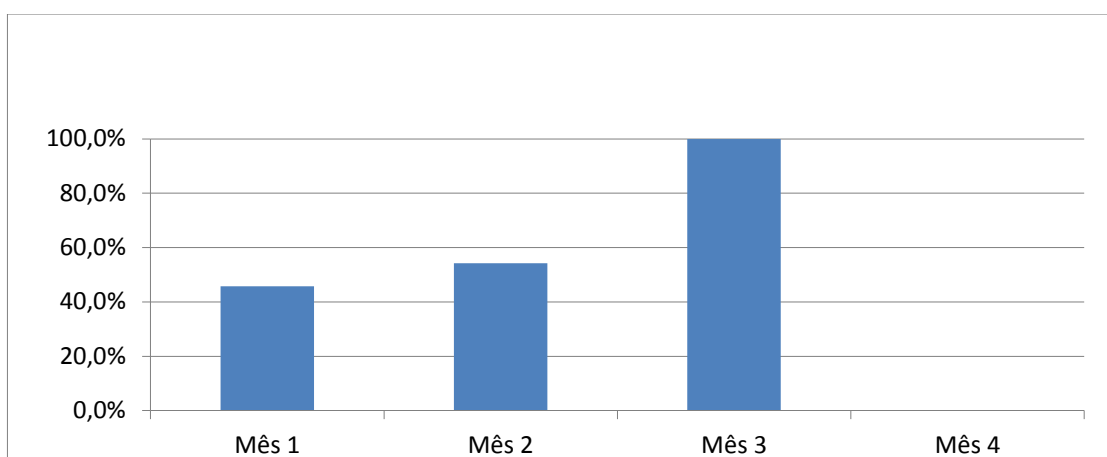


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde de diabéticos da área de abrangência da UBS Casabom. Devido à falta de dados se usou a estimativa de pessoas diabéticas com 20 anos ou mais (5,6% da população total desta faixa etária) de Vigitel (2011) como numerador desta meta, o que equivale a 131 pessoas.

Antes de iniciar a intervenção a cobertura era 100 (45%) diabéticos sem acompanhamento regular, após finalizar a intervenção foi alcançado um cadastramento no programa de 131 indivíduos (100%).

Em relação à captação e atendimento dos usuários diabéticos adstritos à UBS Casabom, obtivemos no final do primeiro mês 60 (45,8 %) a maioria destes já faziam acompanhamento regular na UBS. No final do segundo mês foi atingida a incorporação de 71 casos (54,2%). No terceiro mês atingimos a meta com 131 (100%) usuários cadastrados no programa de atenção ao portador de diabetes mellitus. O alcance dos 100% foi resultado de um bom trabalho em equipe, com

dedicação e organização durante os meses de intervenção.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos da unidade de saúde.

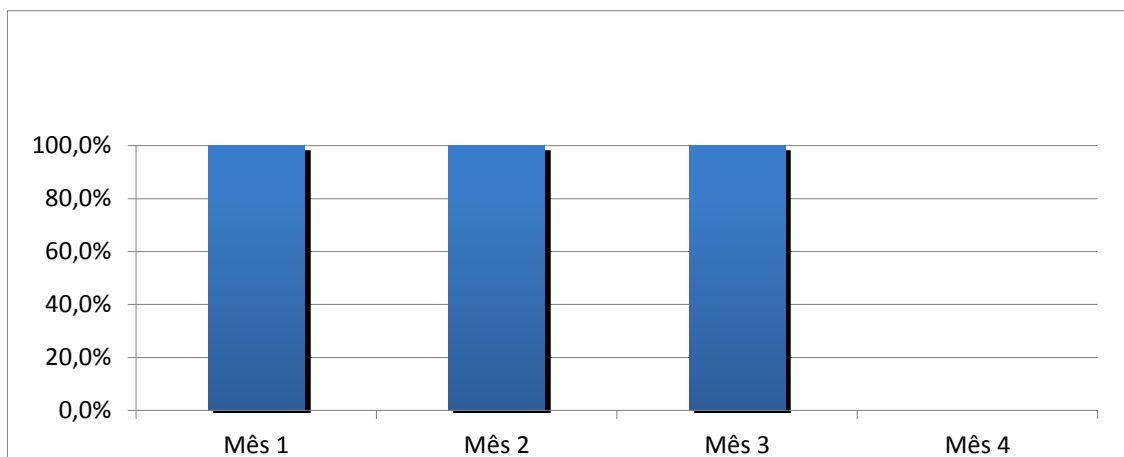


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Considerando a proporção de hipertensos com exame clínico em dia, dos 350 hipertensos acompanhados, 350 possui exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o que corresponde a 100% dos hipertensos cadastrados.

No primeiro mês 95 (100%) usuários tiveram seu exame clínico atualizado, 194 (100%) no segundo mês e no terceiro 350 (100%). É fundamental a realização de um exame físico para obtenção do diagnóstico correto do usuário. O peso, a altura, o Índice de Massa Corporal (IMC) e o índice de cintura/quadril não podem ser esquecidos, devem ser anotados criteriosamente no prontuário, pois são dados importantíssimos para que o profissional possa realizar uma boa conduta.

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos foi atingida graças ao esforço da equipe de ofertar um melhor serviço para o usuário e graças ao registro na ficha-espelho, o que com o desenvolver das ações foi incorporando-se à rotina do serviço. Hoje, contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas espelho, em que realizamos revisão e acompanhamento.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos da unidade de saúde.

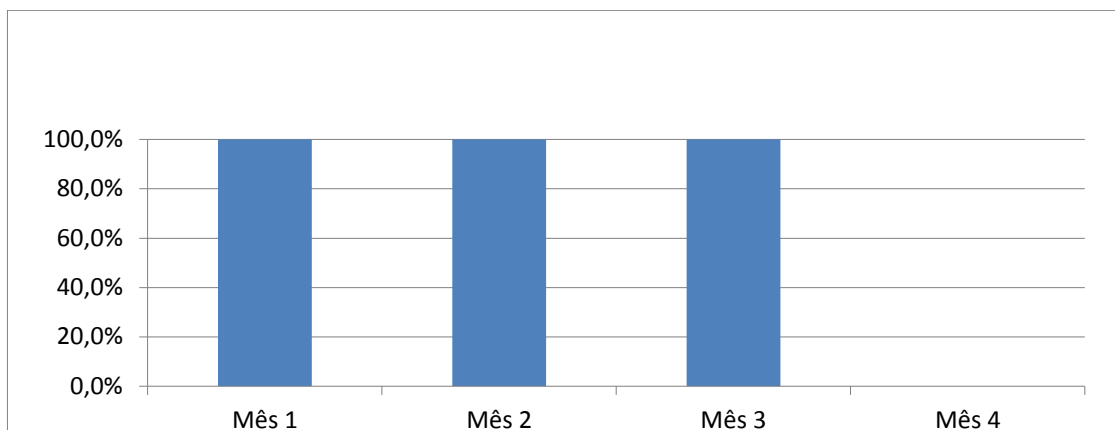


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Quanto aos usuários diabéticos, dos 131 usuários acompanhados 100% apresentaram exame clínico adequado incluindo avaliação da sensibilidade dos pés. No primeiro mês 60 (100%) tiveram seu exame clínico, no segundo mês 71 (100%) e no terceiro mês 131 (100%) atingindo a meta satisfatoriamente.

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% diabéticos foi atingida graças ao esforço da equipe de ofertar um melhor serviço para o usuário e graças ao registro na ficha-espelho, o que com o desenvolver das ações foi incorporando se à rotina do serviço. Hoje, contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas-espelho, em que realizamos a revisão e acompanhamento.

Meta. 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

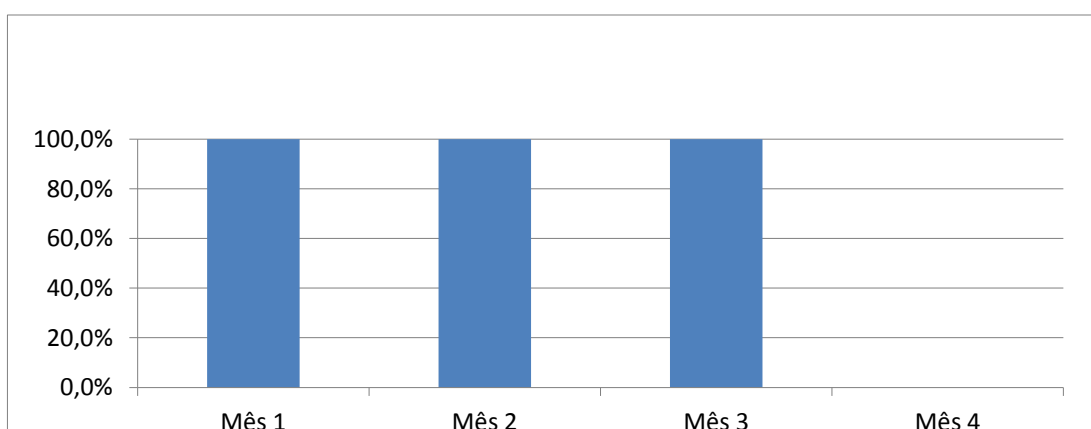


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Em relação à proporção de usuários hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a evolução foi gradual ao longo dos meses de intervenção atingindo uma proporção de 350 (100%) dos usuários hipertensos.

No primeiro mês atingimos 47 (100%) hipertensos com exames complementares, no segundo mês 194 (100%) e no terceiro 350 (100%). Os usuários ao frequentar a consulta médica saíam com o pedido de exames que era agendado e realizado no laboratório conveniado. O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer dedicação. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada usuário, considerando sempre o risco cardiovascular e as complicações existentes.

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

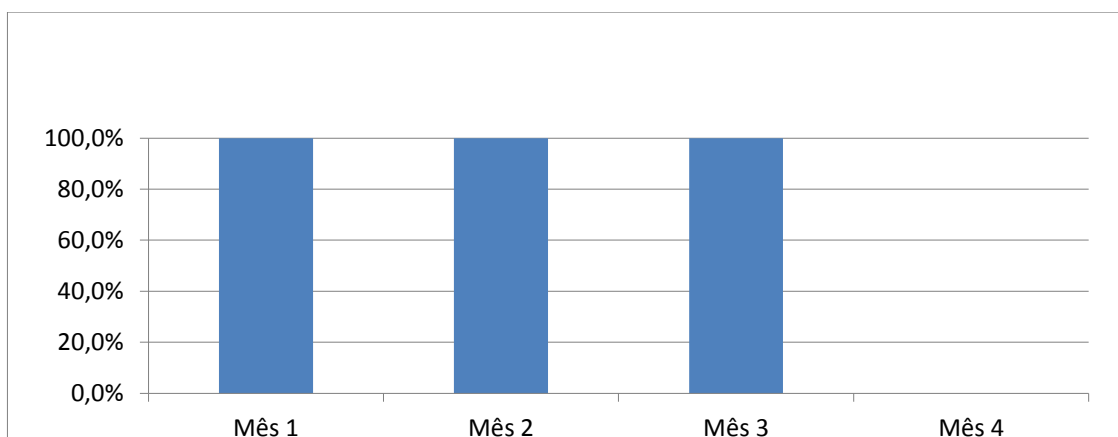


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês alcançaram-se 60 (100%), no segundo mês 71 (100%) e no terceiro 131 (100%) com exames complementares em dia, atingindo a meta proposta.

Sabemos que o elenco de exames preconizados no protocolo de atenção é necessário para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada usuário, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

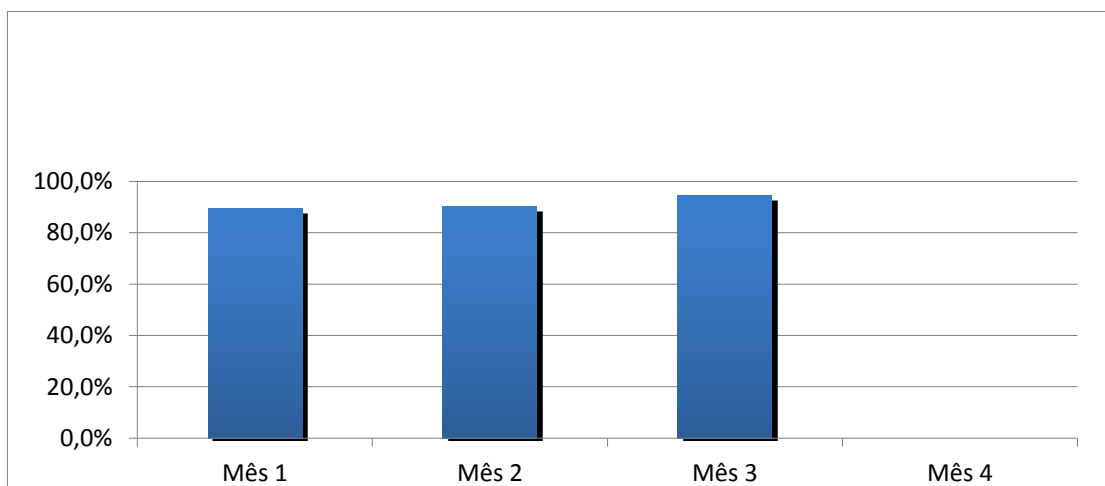


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

No que se refere à análise das prescrições conforme os medicamentos disponibilizados pela farmácia popular, a meta centrava-se em priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Sendo assim, 331 (94,6%) hipertensos acompanhados na UBS Casabom encontram suas medicações disponíveis na farmácia básica municipal/ e ou farmácia popular.

No primeiro mês foram 85 (89,5%) dos hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular. No segundo mês foram 175 (90,2%) e no terceiro 331 (94,6%). Ao analisarmos os gráficos da intervenção, relacionados à prescrição de medicamentos, observamos que não atingimos a meta prevista de 100% devido a que alguns usuários cadastrados já tinham acompanhamento pelo plano de saúde ou consultas particulares com cardiologista e continuaram com a prescrição de medicamentos que não tem na farmácia básica municipal e/ou farmácia popular.

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

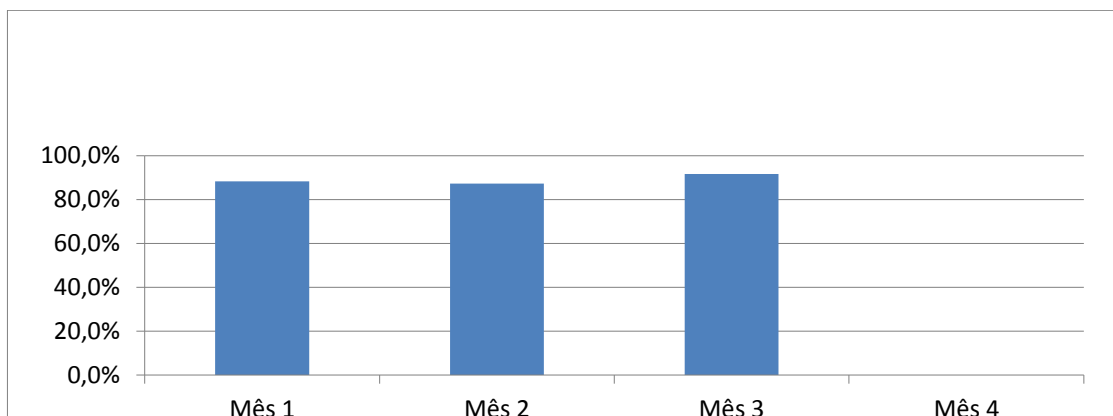


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês foram 53 (88,3%), no segundo 62 (87,3%) e no terceiro 120 (91,6%). Sendo assim, 120 usuários diabéticos acompanhados na UBS Casabom encontram suas medicações disponíveis na farmácia básica municipal e/ou farmácia popular.

Ao analisarmos os gráficos da intervenção, relacionados à prescrição de medicamentos, observamos que não atingiu a meta 100% devido a que alguns usuários cadastrados já tinham acompanhamento pelo plano de saúde ou consulta particular com endocrinologistas, estes continuaram com a prescrição de medicamentos que não tem na farmácia básica municipal e/ou farmácia popular.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

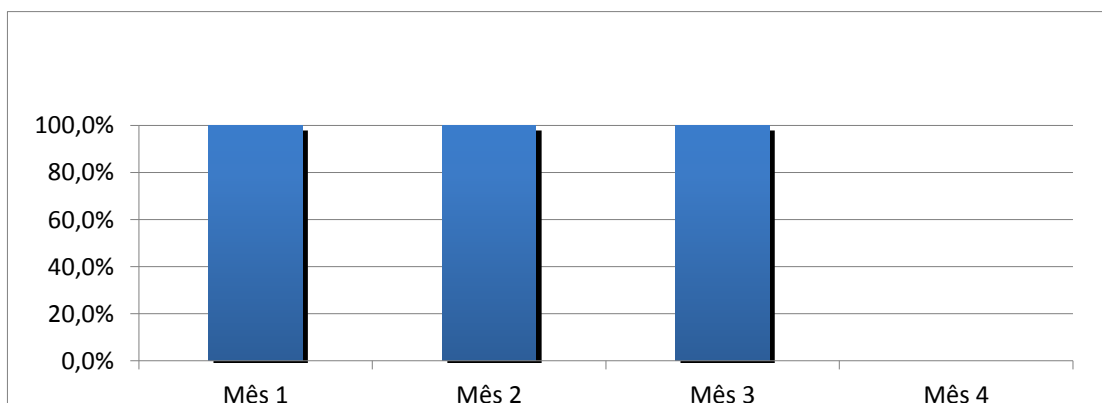


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Inserida em um amplo conceito, a saúde bucal transcende a dimensão técnica da prática odontológica, sendo integrada às demais práticas de saúde coletiva. A saúde bucal está relacionada diretamente as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer, ligando-se aos determinantes sociais políticos e econômicos. Usuários com HAS que procuram a UBS para atendimento odontológico precisam ter sua história clínica coletada previamente ao atendimento, obtendo-se informações sobre as condições de saúde. Nessa avaliação inicial, devem-se verificar quais são as necessidades destes usuários em relação a sua saúde bucal. Na consulta de revisão, o dentista deverá realizar o exame completo da boca, instrução de higiene bucal e quando necessário marcar retorno conforme rotina da UBS. Em relação avaliação da necessidade de atendimento odontológico 350 hipertensos (100%) receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingindo a meta. No primeiro mês foram 95 (100%) usuários hipertensos, no segundo mês 194 (100%) e no terceiro 350 (100%). Resultado do trabalho intensivo da equipe de saúde em busca da integralidade da atenção e orientando o maior numero de usuários com foco na prevenção de doenças e complicações. Portanto, não ocorreram dificuldades na efetivação destas ações. Médico, enfermeira e técnicas estavam aptos para avaliar a necessidade de atendimento odontológico mediante exame bucal programado para cada paciente, sendo em seguida agendada a consulta com o odontólogo, quando necessário.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

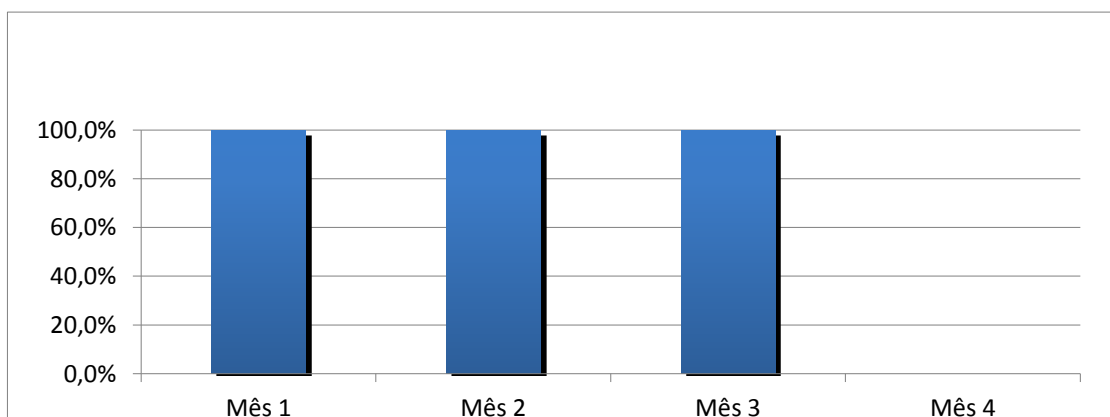


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A saúde bucal é de fundamental importância no cuidado dos usuários portadores de DM, sendo um papel de toda a equipe. É primordial que haja um trabalho integrado entre a equipe de saúde bucal com toda equipe da atenção básica para possibilitar uma atenção adequada aos usuários, contribuindo para a manutenção de sua saúde e bem estar. O MS preconiza que o acesso facilitado para o cuidado odontológico das pessoas com DM deve ser considerado, pois a presença de infecções como a doença periodontal, provoca o estímulo da resposta inflamatória, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, o que provoca a piora do controle glicêmico, sendo que o manejo adequado de infecções periodontais em usuários com DM sem controle glicêmico pode restabelecer valores normais da glicemia. Em relação avaliação da necessidade de atendimento odontológico 131 diabéticos (100%) receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingindo a meta. No primeiro mês 60 (100%) no segundo 71 (100%) e 131 (100%) no terceiro. Resultado do trabalho intensivo da equipe de saúde em busca da integralidade da atenção, buscando dar o maior número de orientações aos usuários com foco na prevenção de doenças e complicações. Médico, enfermeira e técnicas estavam aptos para avaliar a necessidade de atendimento odontológico mediante exame bucal programado para cada paciente, sendo em seguida agendada a consulta com o odontólogo, quando necessário. Não apresentamos dificuldades na efetivação destas ações.

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

A busca ativa faz referência à procura intencional, com o objetivo de identificar as situações de vulnerabilidades e risco social e ainda deslocar a intervenção terapêutica para o contexto social da comunidade. As intervenções não se restringem aos indivíduos e seus sistemas biológicos, mas se direcionam a um sujeito e seu contexto de existência. Uma prática integral também significa uma construção de campos para leitura das reais necessidades de saúde de um território para além da demanda espontânea construída historicamente (MERRY, 2005). Não foi realizada busca ativa dos usuários devido a que não obtivemos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde. Com esse dado podemos avaliar o grau de abandono que havia naquela comunidade. Quando foram avisados que teriam consultas agendadas muitos procuraram a UBS para tal procedimento, entre os

próprios usuários foram repassando as informações. Na UBS não contamos com ACS para busca ativa. Ficou organizado que a recepcionista ou qualquer membro da equipe faria a busca ativa, caso fosse necessário, por telefone.

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

Não foi realizada busca ativa dos usuários diabéticos devido a que não obtivemos faltosos as consultas na unidade de saúde. Com esse dado podemos avaliar o grau de abandono que havia naquela comunidade. Quando foram avisados que teriam consultas agendadas muitos procuraram a UBS para tal procedimento, entre os próprios usuários foram repassando as informações. Na UBS não contamos com ACS para busca ativa. Ficou organizado que a recepcionista ou qualquer outro membro da equipe faria a busca ativa, caso fosse necessário, por telefone.

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

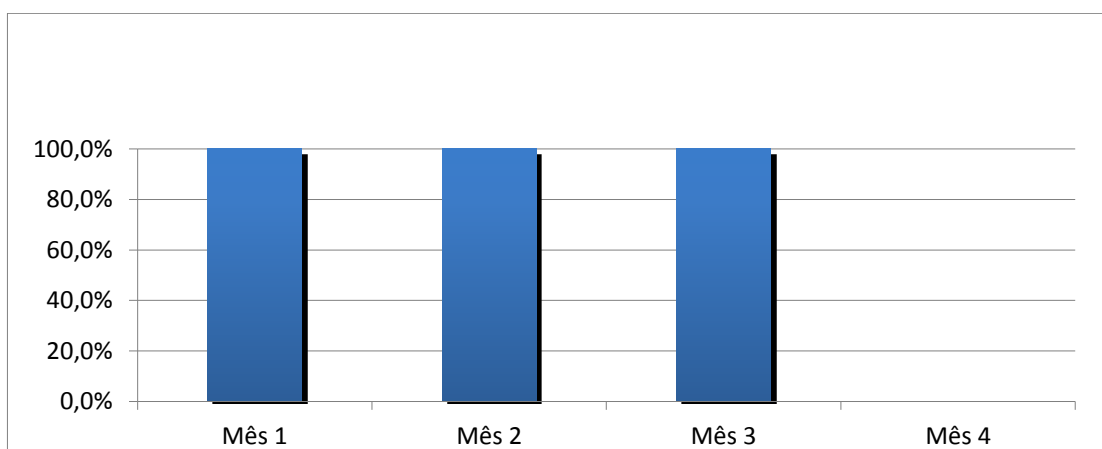


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Considerando os indicadores em relação à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, a estimativa de atingir 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade foi atingida de forma satisfatória. No primeiro mês 95 (100%) hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 194 (100 %) e no terceiro mês 350 (100%). Esta rotina será mantida para o acompanhamento adequado e subsequente dos usuários hipertensos.

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

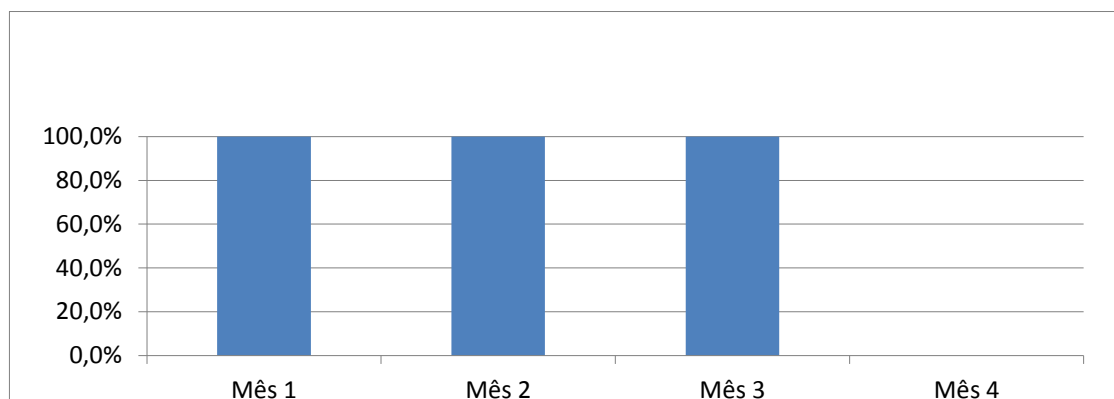


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Com relação ao registro adequado na ficha de acompanhamento, a estimativa de atingir 100% dos usuários diabéticos cadastrados na Unidade foi atingida de forma satisfatória. No primeiro mês 60 (100%) diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 71 (100 %) e no terceiro mês 131 (100%) atingindo a meta. O acompanhamento através das fichas-espelho permitiu avaliar o perfil do usuário acompanhado, bem como sua condição clínica, grau de dependência e situação familiar. Contribuíram para definir quais são os usuários de risco que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde permitindo-nos repensar os cuidados a partir dos indicadores coletados.

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

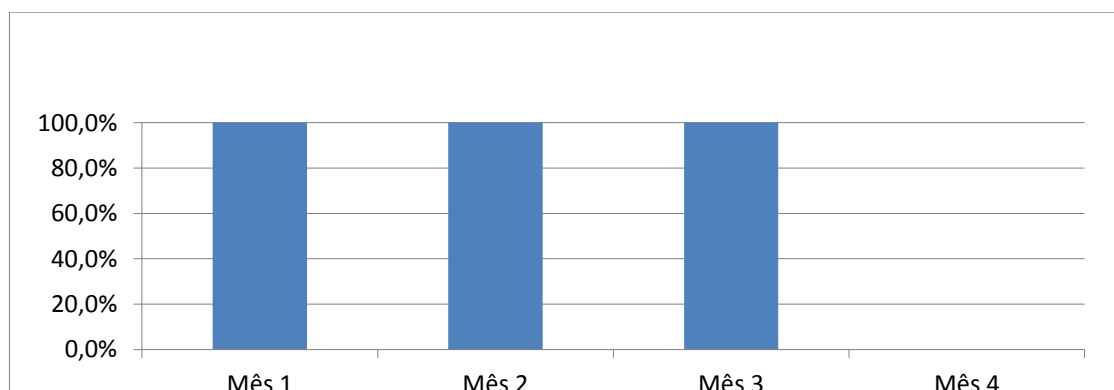


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em

dia

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes por ano segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A projeção para 2020 mantém esse agravo como principal causa de óbito (RAMIRES, CHAGAS, 2005). Para a realização da avaliação do risco cardiovascular nesta intervenção, utilizou-se o Escore de Framingham, que identifica os principais fatores de risco para doença coronariana, com essa escala é possível identificar, por sexo e faixa etária, sabendo o valor da pressão arterial sistólica, do colesterol total, da fração HDL do colesterol, do diagnóstico de diabetes e do conhecimento sobre hábito do tabagismo, o risco de desenvolvimento de doença coronariana na próxima década de vida (SOBEC, 2007, BRASIL, 2006a). O gráfico demonstra os percentuais de aplicação da escala de Framingham aplicados na comunidade no período de intervenção. Em relação à estratificação do risco cardiovascular, no primeiro mês 95 (100%) hipertensos tiveram estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês foram 194 (100%) e no terceiro 350 (100%) atingindo a meta satisfatoriamente.

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

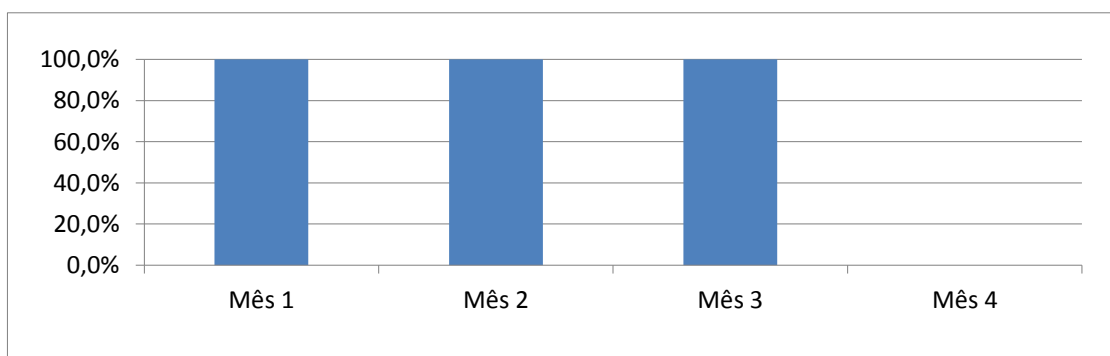


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Em relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês foram 60 (100%), 71 (100%) no segundo e no terceiro 131 (100%) atingindo a meta. A utilização da avaliação do risco cardiovascular além de nos possibilitar a estimativa de risco cardiovascular em dez anos na comunidade, auxilia na identificação de usuários com alto risco e nos leva a refletir a necessidade de intensificar ações preventivas. O objetivo de estratificar o risco cardiovascular de um usuário não se limita a

simplesmente identificar se ele possui ou não alto risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares relevantes, dessa forma é fundamental que a classificação do usuário como sendo de alto risco implique necessariamente em mudança de conduta terapêutica.

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

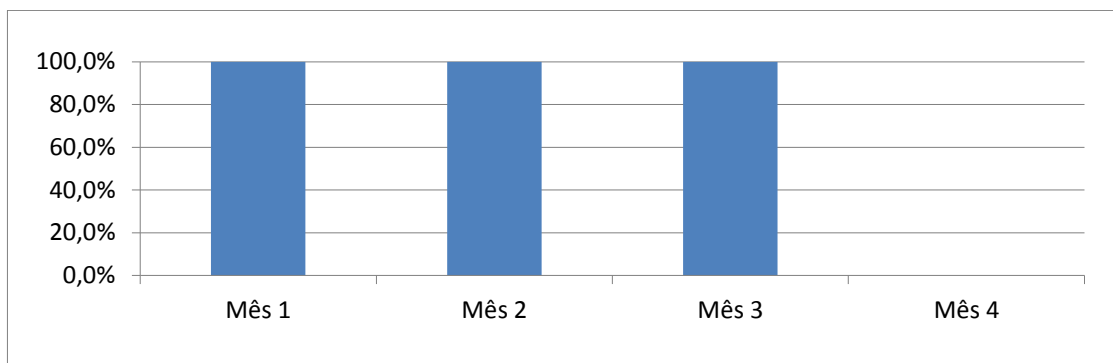


Figura 15. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica. Entre os aspectos associados estão principalmente os hábitos e atitudes que colaboram para o aumento do peso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral; Conforme esta demonstrado no gráfico, 100% (350) dos usuários hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional, tanto na consulta médica quanto as orientações nas reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos.

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

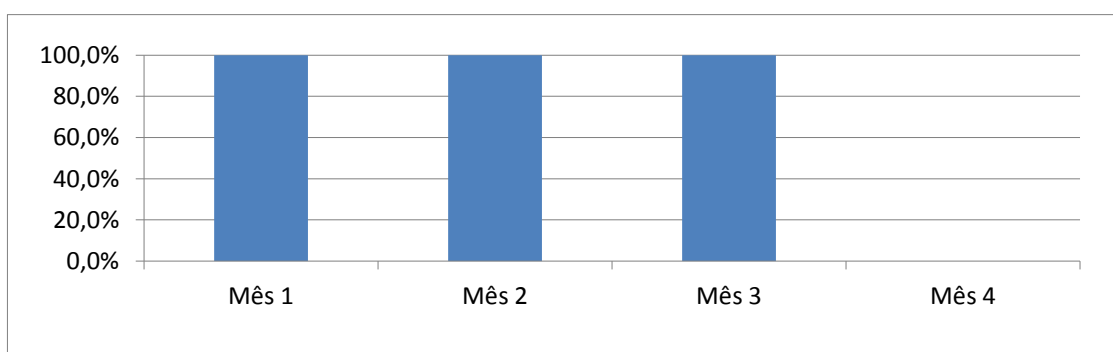


Figura 16. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Médicos e enfermeiros das equipes de atenção básica realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com DM em consulta individual. É fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação e que saibam realizar orientações sobre alimentação saudável para um adequado controle glicêmico e para prevenção de complicações. Conforme demonstrado no gráfico, 100% (131) dos usuários que foram cadastrados no programa receberam orientação nutricional, tanto na consulta médica quanto na reunião do grupo de hipertensos e diabéticos.

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

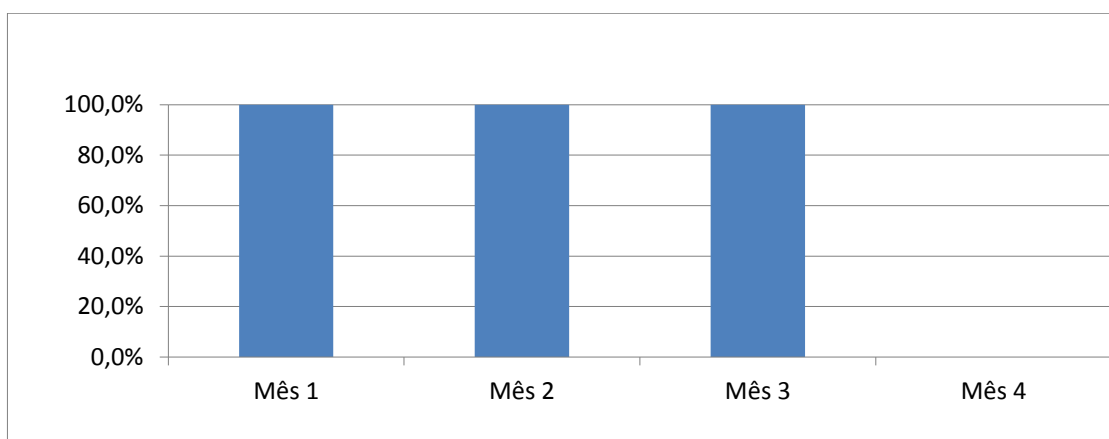


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

A adesão a um estilo de vida saudável, com atividade física regular e manejo do estresse podem prevenir a hipertensão como excluir ou controlar a intensidade dos fatores de risco (BRASIL, 2003). Dos usuários hipertensos cadastrados, 350 receberam orientações atingindo a proporção de 100%, atingindo a meta satisfatoriamente. Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares.

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

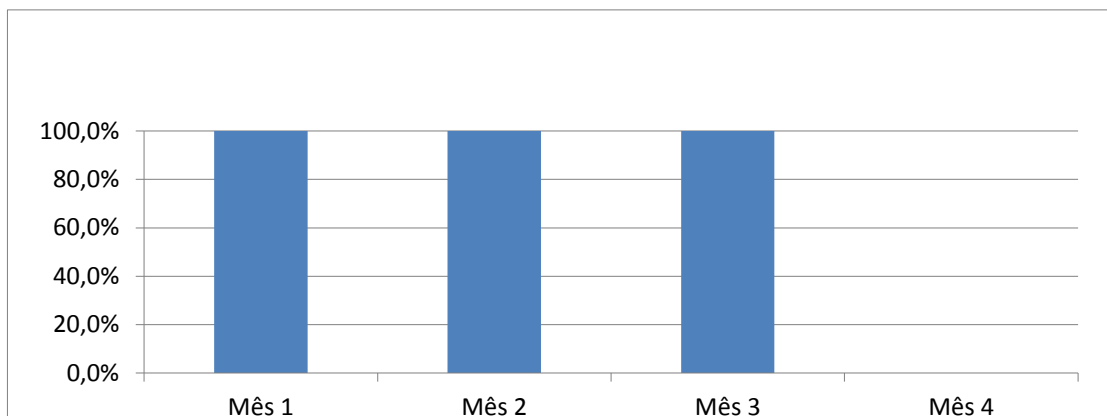


Figura 18. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Conforme gráfico, 100 % (131) dos usuários diabéticos cadastrados no programa receberam orientação sobre a importância de atividades física para o controle das doenças crônicas. Na consulta médica e nas atividades do grupo de hipertensos e diabéticos.

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

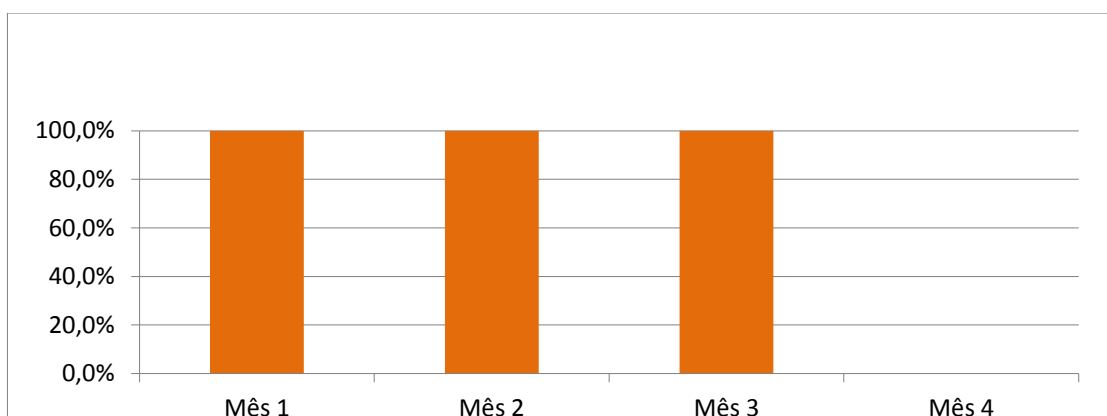


Figura 19. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

No Brasil estima-se que cerca de 200.000 mortes/anos sejam decorrentes do tabagismo (Opas, 2002), esta realidade afeta diretamente o município de Capão do Leão onde há um alto índice de tabagismo, um importante fator de risco para hipertensão, é por isto que a cada consulta a equipe repassava orientações a fim de reduzir ou eliminar o habito de fumar. Alcançamos satisfatoriamente a meta de 100% (350) dos usuários.

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

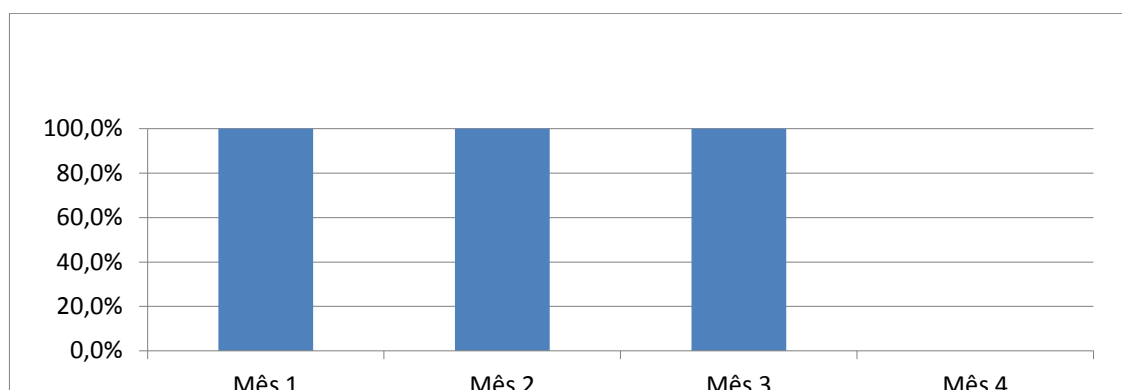


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Em relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês foram 60 (100%) com orientação sobre os riscos de tabagismo na UBS Casabom, 71 (100%) no segundo e no terceiro 131 (100%) atingindo a meta proposta. Tal proporção foi possível graças ao trabalho multiprofissional, em que todos os profissionais da unidade realizavam orientações de forma contínua em todas as atividades da UBS.

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

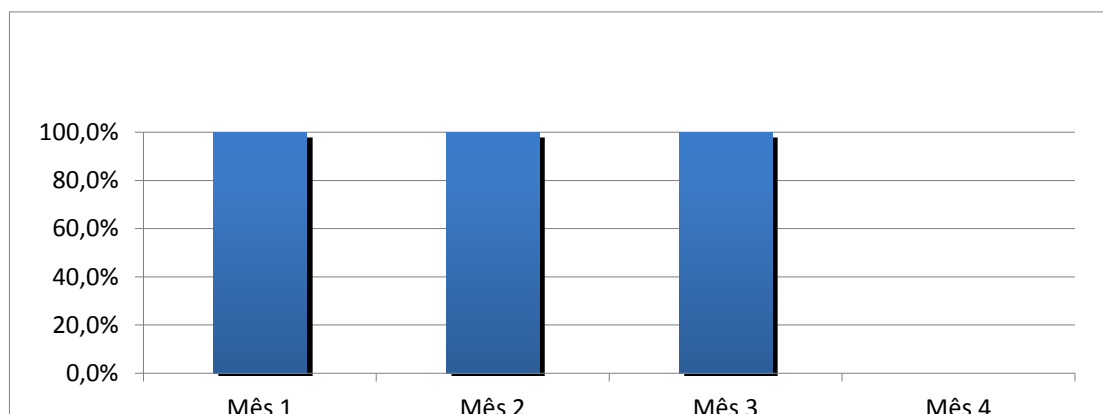


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

A saúde bucal está relacionada diretamente as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer, ligando-se aos determinantes sociais, políticos e econômicos. Em relação à orientação sobre higiene bucal 350 hipertensos (100%) receberam orientação sobre higiene bucal atingindo a meta dos 100%. No primeiro mês foram 95 (100%) hipertensos, no segundo mês 194 (100%) e no terceiro 350 (100%). Não houveram

grandes dificuldades no desenvolvimento desta ação, visto que houve uma boa parceria da equipe com a dentista. Toda equipe disponibilizou estas informações aos usuários hipertensos.

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

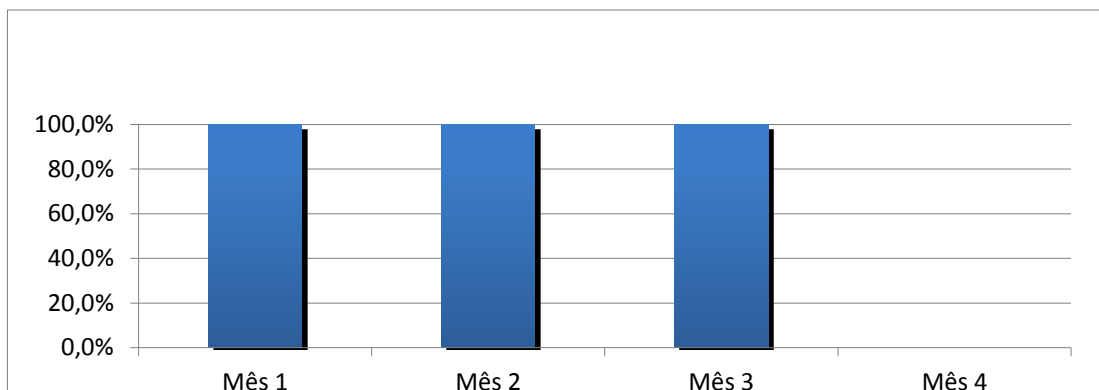


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

A saúde bucal é de fundamental importância no cuidado dos usuários portadores de DM. É primordial que haja um trabalho integrado entre a equipe de saúde bucal com toda equipe de atenção básica para possibilitar uma atenção adequada às pessoas, contribuindo para a manutenção de sua saúde e bem estar. Em relação à orientação sobre higiene bucal 131 diabéticos (100%) receberam orientação sobre higiene bucal atingindo a meta dos 100%, satisfatoriamente. No primeiro mês 60 (100 %) no segundo 71 (100%) e 131 (100%) no terceiro mês. Não houveram grandes dificuldades no desenvolvimento desta ação, visto que houve uma boa parceria da equipe com a dentista. Toda a equipe disponibilizou as informações aos usuários diabéticos.

4.2 Discussão

A intervenção, na UBS Casabom, propiciou a melhoria do acompanhamento da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, um novo e mais organizado método de registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco em ambos os grupos.

O projeto exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Com o desenvolvimento da intervenção

para a melhoria do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade, iniciamos as discussões de protocolos na equipe, diretrizes de atendimento ao hipertenso e diabético, estudos de casos clínicos, definindo normas e rotinas para melhorar a qualidade da atenção a estes grupos. Portanto, a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos passou a ser de responsabilidade de toda a equipe.

A falta de ACS prejudicou, em parte, o desenvolvimento do projeto. Eles poderiam levar informações aos pontos mais distantes da área adstrita, realizar a captação precoce, ampliar ações de educação em saúde e cadastrar mais usuários. Infelizmente não contamos com esses profissionais na equipe, assim como não temos NASF. As técnicas de enfermagem e recepcionista foram capacitados para detectar sinais de alerta, acolher e orientar a comunidade, direcionando ao atendimento médico, se necessário conforme necessidade. O médico, além da renovação das receitas, realizou anamnese, exame clínico completo, solicitação de exames complementares, utilização do escore de Framingham, os atendimentos foram registrados no prontuário e ficha-espelho e posteriormente transferidas para planilhas digitais. Toda equipe foi responsável pelas atividades de educação em saúde, participando ativamente de todas as atividades da UBS. A consulta de enfermagem complementa o atendimento médico, avaliando o usuário e orientando quanto aos hábitos de vida saudável e uso das medicações e melhorando a qualidade dos registros das ações desenvolvidas.

Antes de começar o projeto de intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram concentradas na consulta médica. A intervenção distribuiu as atribuições da equipe viabilizando atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos organizou a agenda de maneira há dispor mais tempo para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos tem sido importante para apoiar a priorização dos atendimentos.

Ao finalizar a intervenção foi alcançado um cadastramento no programa de 350 hipertensos (65,8%) e 131 diabéticos (100%). A concretização da intervenção foi possível graças ao trabalho em equipe, em que todos os profissionais se dedicaram para realizar as ações seguindo as diretrizes e protocolos de atendimento e a educação permanente, que passaram a ser uma realidade da rotina do serviço da UBS. A comunidade desde o início entendeu bem o objetivo do projeto e aderiu às atividades orientadas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos a ESF implantada na UBS e no município, com a equipe completa – ACS e NASF – por exemplo.

Ao finalizar o projeto avalio que a equipe embora pequena, esta envolvida e integrada às ações e atividades desenvolvidas na unidade. A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

O grupo de hipertensão e diabetes está agendado uma vez por mês com atividades programadas pela equipe e sugestões dos usuários. Continuaremos o vínculo com os líderes comunitários e conselho de saúde, incentivando a participação da comunidade e o engajamento público. Estamos estruturando uma forma de melhorar a captação de usuários hipertensos. Seguindo o exemplo deste projeto, pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório tem por objetivo apresentar como se desenvolveu a implementação do projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Casabom, Capão do Leão/RS.

Nesta unidade existe um alto índice de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, portanto partindo da análise situacional da atenção ao usuário hipertenso e diabético atendido na UBS Casabom observou - se a necessidade de qualificar a prática clínica e intensificar atividades e ações de prevenção e promoção da saúde destinada a esse público garantindo a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, impactando assim na melhor qualidade de vida da população acompanhada na Unidade. O objetivo geral do projeto foi melhorar o processo de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Casabom, Capão do Leão/RS. As ações ocorreram nos meses de março a maio de 2015, sendo planejadas e desenvolvidas conforme os eixos do projeto pedagógico do curso de especialização da UNASUS que são respectivamente, organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica.

Antes do projeto contávamos com cobertura aproximada de 200 (26%) pacientes hipertensos e 100 (45%) diabéticos. Após três meses de intervenção obtivemos 350 (65,8%) hipertensos e 131 (100%) diabéticos.

A concretização desta intervenção foi possível graças ao trabalho em equipe, em que todos os profissionais foram capacitados para seguirem as diretrizes e protocolos de atendimento e educação permanente. A população colaborou sempre que foi necessário, comparecendo a Unidade. A estimativa de atingir 60% de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade foi atingida de

forma satisfatória. O acompanhamento através das fichas espelhos permitiu avaliar o perfil dos usuários acompanhados, bem como suas condições clínicas, grau de dependência e situação familiar. A utilização do escore de Framingham contribuiu para definir quais são os usuários hipertensos que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde permitindo melhorar os cuidados a partir dos indicadores coletados. A falta de profissionais como os ACS foi uma das dificuldades encontradas para fazer as visitas domiciliares e maior número de cadastramento dos usuários.

Considerando a proporção destes usuários com exame clínico em dia, todos os 350 hipertensos e os 131 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS possuem exame clínico em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Em relação à proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a evolução foi gradual ao longo dos meses de intervenção atingindo a meta de 100% satisfatoriamente. A utilização da avaliação do risco cardiovascular além de nos possibilitar a estimativa de risco cardiovascular na comunidade, auxilia na identificação de usuários com alto risco e nos leva a refletir a necessidade de intensificar ações de promoção e prevenção.

A necessidade de atendimento odontológico também foi avaliada e todos os usuários receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientação sobre higiene bucal atingindo a meta dos 100%. A saúde bucal está relacionada diretamente as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer, ligando-se aos determinantes sociais, políticos e econômicos. Informações sobre a alimentação saudável, importância da atividade física e riscos do tabagismo foram passadas de maneira contínua nas atividades da unidade, graças ao trabalho multiprofissional, onde todos os profissionais da unidade realizavam orientações. O projeto de intervenção trouxe contribuições significativas para a equipe de saúde e para a comunidade, visivelmente houve melhorias na atenção em saúde da população.

Com isso pretendemos ampliar as ações para os demais programas ofertados na UBS Casabom do Capão do Leão, o apoio dos nossos gestores é fundamental no sentido de suprir a demanda reprimida, garantir a composição adequada da equipe, evitar a falta de medicamentos básicos na farmácia básica municipal, garantir a realização de exames laboratoriais de controle com resultados entregues em tempo hábil e apoiar as equipes de saúde no sentido de que possam

promover espaços de reuniões de equipe, reflexões das práticas clínicas e adequada capacitação para melhorar ainda mais o atendimento e a qualidade de vida dos nossos usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório está destinado a apresentar para a comunidade como ocorreu o desenvolvimento do projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Casabom, Capão do Leão/RS. O curso de especialização em saúde da família trabalha a educação em serviço, ou seja, faz com que o profissional identifique e reflita sobre a realidade local, promovendo ações para melhorar a qualidade na atenção à saúde da comunidade trazendo benefícios tanto para os usuários quanto para trabalhadores e gestão local.

Sabemos que na nossa comunidade existe um número alto de pessoas com pressão alta e diabetes, por isso foi feito este projeto para melhorar o atendimento destas pessoas. As atividades para os usuários hipertensos e/ou diabéticos ocorreram nos meses de março a maio de 2015, os resultados foram bons e conseguimos aumentar a quantidade de pessoas atendidas e também a qualidade do atendimento. Foi feito o registro de todos para poder acompanhar e saber quem precisa de medicação, quem está faltando às consultas, quem está com os exames em dia, etc.

Ao final do projeto conseguimos a cobertura de 350 (65,8%) hipertensos e 131 (100%) usuários diabéticos. A concretização deste projeto somente foi possível graças ao trabalho em equipe e com ajuda da comunidade que sempre compareceu nas atividades agendadas. Aumentamos e melhoramos as atividades e orientações no grupo de hipertensos e diabéticos, como alimentação saudável e atividade física, promovendo saúde e tentando melhorar hábitos não saudáveis dos usuários. É necessário entender que os grupos de educação e saúde são importantes para podermos refletir sobre a prevenção de doenças e pensar sobre formas de melhorar a qualidade de vida, pois assim estamos tendo a oportunidade de decidir sobre o que é melhor para o bem estar dos usuários, todos nós. Esperamos que continuem participando do nosso grupo para que possamos repassar informações sobre o que

é preciso saber para ter uma boa saúde, o que vocês aprendem aqui pode ser ensinado em casa para o restante da família. Com a presença e participação de todos também podemos tentar melhorar as outras coisas que estão difíceis na comunidade. Estamos na UBS para melhorar a atenção à saúde de todos, mas para isso precisamos de apoio e da participação popular. Tudo funciona melhor quando as pessoas participam. Esperamos contar com todos para melhorar também a Saúde dos Idosos, das Crianças, das Mulheres, de todos.

E assim vamos ajudando uns aos outros.

Agradecemos o apoio e interesse de todos, esperamos continuar trabalhando e melhorando juntos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar este curso pensava que seria difícil realizar e por em prática devido a enorme demanda espontânea que tínhamos e temos na UBS Casabom. Muitas vezes pensei que não concluiria a intervenção, atrasei muitas tarefas por problemas pessoais e familiares e sempre pude contar com a compreensão da equipe da especialização em saúde da família da UFPEL, em especial dos orientadores, aos quais quero agradecer profundamente. O projeto de intervenção proposto pela UNASUS me fez ver a possibilidade de aperfeiçoamento na área da atenção básica, área que escolhi para a minha atuação, não somente agora, mas pelos próximos anos em que eu possa exercer minha profissão. Aprendi muito revisando os protocolos do MS, dados da OMS, cadernos de atenção básica entre outros.

Contei com o apoio da equipe, que embora não sendo ESF se esforçou para por todas as atividades em prática. Gostaria de poder agradecer a cada um deles, são profissionais capacitados e acima de tudo, fazem o trabalho de forma humanizada. A gestão municipal fez seu papel de forma prática, sempre esteve disponível para conversar, mas não teve ação direta no trabalho da intervenção. Por muitas vezes pedimos auxílio material e pessoal como foi o caso do transporte e dos ACS e não obtivemos resposta positiva. Entendo que estão se adaptando e que talvez estejam fazendo o melhor para poder implantar a ESF.

O tempo foi passando e a cada passo podíamos ver como fazia falta um projeto assim naquela comunidade, a UBS estava totalmente desorganizada e conseqüentemente à demanda parecia ser muito maior do que realmente era. Fomos organizando e cada membro da equipe foi ocupando o lugar, devidamente capacitado para atender os anseios e dúvidas da população. A análise situacional foi um dos principais e mais importantes pontos deste projeto, dela podemos ver

claramente o que deveria ser desenvolvido para melhorar o trabalho realizado, sempre orientados pelos quatro eixos de organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação para atingir as metas.

É interessante ver a satisfação dos usuários e da equipe após o final do projeto. Criou-se um vínculo que será mantido após as atividades realizadas. Já recebemos muitas sugestões de atividades que eles querem realizar e isso nos faz ver que a transformação é possível. A educação em saúde é um dos pilares fundamentais para influenciar e melhorar a realidade dos usuários. Concluo a intervenção de maneira satisfatória atingindo os objetivos propostos, de forma que com esta base podemos seguir oferecendo mudanças e melhoras para a população e também demonstrar a gestão municipal que sim é possível compreender, avançar e promover melhoras na atenção básica. Sou eterna defensora do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde Brasília. Hipertensão – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e/ou diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

PREFEITURA MUNICÍPIO DE CAPÃO DO LEÃO. Secretarias de cultura. História do município de Capão do Leão, 2015.

RAMIRES, J. A.; CHAGAS, A. C. Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil.

In: Nobre, F.; Serrano, C. V. (editores). Tratado de cardiologia. SOCESP. São Paulo: Manole; 2005. p. 7-46.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 88 (1), 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Brazilian Journal of Hypertension, 17 (1), p. 4-64, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes, 33 (1), p.11-61, 2010.

Apêndices

Apêndice A – Fotos da intervenção



Figura 23. Oficina de pão integral com o grupo de usuários hipertensos e diabéticos



Figura 24. Confraternização de final de ano e caminhada na Praia do Laranjal – Trapiche



Figura 25. Passeio no Shopping Pelotas

Anexos

Anexo A - 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
Prof^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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante