

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Água Santa, Água Santa/RS.**

Abel Martín Márquez

Pelotas, 2015

Abel Martín Márquez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Água Santa, Água Santa/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.

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

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

M357m Marquez, Abel Martin

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Água Santa, Água Santa/Rs. / Abel Martin Marquez; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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

Dedico este trabalho a todos os que
contribuíram para a realização do mesmo;
colegas de trabalho e amigos os quais
sempre me deram seu apoio incondicional.

Agradecimentos

Cheguem os mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para a realização desta intervenção.

Aos colegas da equipe de trabalho pelo seu apoio incondicional.

Aos pacientes por sua participação e apoio na busca da melhoria da saúde integral de toda a comunidade.

À minha orientadora Daniela Nunes Cruz, pelo seu apoio e dedicação ao longo desta trajetória.

Resumo

MÁRQUEZ, Abel Martin. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Água Santa, Água Santa/RS.** 2015. 89f. 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.

As doenças crônicas não transmissíveis aumentam cada dia sua incidência na população mundial, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são umas das mais frequentes. Sua aparição nas pessoas pode estar relacionada com mudanças no estilo de vida, o sedentarismo, a obesidade, a alimentação inadequada, o estresse, entre outras, podem ser a causas de algumas destas doenças. Em função desta realidade, a equipe de trabalho da UBS do município de Água Santa escolheu como tema para a realização da intervenção na comunidade com o objetivo de melhorar a atenção em saúde de usuários com HAS e/ou DM, no município. A intervenção promoveu ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção aconteceu no período abril a julho de 2015 com um total de 12 semanas de trabalho. Durante todo o processos da intervenção foram acompanhados 155 usuários com HAS e 71 usuários com DM, totalizando uma cobertura de 25,3% e 60,7%. Respectivamente. Realizou-se o cadastramento deste usuários, exame físico adequado a 110 (71%) hipertensos e 71 (100%) diabéticos, cada um dos usuários acompanhados com a revisão dos exames complementares, segundo o estabelecido pelos protocolos do Ministério da saúde, avaliou-se o risco cardiovascular de 128 (82,6%) hipertensos e 61 (85,9%) diabéticos, assim como, a necessidade de atendimentos odontológicos a 106 (68,4%) hipertensos e 56 (78,9%) diabéticos). Além disso, realizou-se busca ativa de usuários faltosos a consultas e um conjunto de atividades de promoção de orientação a saúde sobre alimentação, realização de atividades físicas e saúde bucal. Foram feitas a revisão e as adequações na terapêutica medicamentosa para que todos pudessem utilizar os medicamentos protocolizados pelo Ministério de Saúde e levadas as comunidades atividades como palestras, com o grupo de usuários com HAS e/ou DM. Melhoramos os indicadores de atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, contudo, as metas não foram atingidas em 100% como foram planejadas.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS município Água Santa/RS,2015.	57
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS município Água Santa/RS,2015.	57
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	60
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	61
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular hiperdia	62
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	62
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	64
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	64
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	65
Figura 12	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	66
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	67
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	67
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame Clínico em dia.	68
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame Clínico em dia.	69

Figura 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.	70
Figura 18	Proporção de diabéticos com receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.	70
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	72
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	72
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	73
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	74
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	75
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de saúde da família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão.....	76
5 Relatório da intervenção para gestores	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências	84
Anexos	85

Apresentação

O presente volume contém o trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). O mesmo está constituído por um projeto de intervenção desenvolvido na Unidade Básica de Saúde correspondente ao município de Água Santa/RS, o objetivo geral de melhorar a atenção em saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, no município.

A intervenção foi organizada em quatro eixos: engajamento público, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação. O volume está organizado em sete capítulos as quais tem uma sequência de acordo com o estudo das diferentes unidades estudadas no curso de especialização.

Na primeira parte observamos a análise situacional a qual contém as informações referentes ao município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada pela construção de um projeto de intervenção onde se relata como foi elaborado o projeto assim como objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma.

A terceira parte contém o relatório da intervenção ao longo das 12 semanas onde se descrevem todas as ações que foram realizadas com suas facilidades e dificuldades.

Na quarta parte do volume do trabalho descrevem-se os resultados da intervenção com cada um dos gráficos correspondentes.

As últimas três partes do volume do trabalho contêm os relatórios correspondentes ao gestor municipal, á comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, respectivamente.

Ao final estão os anexos utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) no município Água Santa/RS está formado por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e dois médicos, além disso, contamos em nossa equipe com psicóloga, dentistas e fisioterapeuta para levar o atendimento a 3.837 habitantes. A Unidade de saúde neste momento se encontra em reforma, mas ainda assim conta com serviço de farmácia, consultas, sala de vacinas.

Até agora nossa equipe está realizando o trabalho de Atenção Primária a Saúde (APS) com a comunidade, planejamos palestras para serem feitas no mês, contamos na área com grupos de gestantes, de idosos e estamos trabalhando na formação de outros grupos específicos na comunidade. Desenvolvemos estratégias para o trabalho com os pacientes com doenças crônicas não transmissível, fazendo visitas domiciliares a estes e outros grupos específicos com o objetivo de aumentar ainda mais a medicina preventiva e a aparição de complicações nos pacientes.

Até agora os principais problemas da minha comunidade onde trabalho e o elevado número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), alta incidência de pacientes com depressão e consumo de psicofármacos, e muitos pacientes idosos que moram sozinhos com complicações como úlceras. Nestes principais problemas estão focalizadas as ações da ESF da Unidade de saúde para melhorar a qualidade de vida da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Água Santa situa-se na região norte do estado do Rio Grande do Sul, conta com uma população de 3.837 habitantes. Encontra-se localizado a 54 quilômetros (km) da cidade de Passo Fundo e 320 km da cidade capital do estado Rio Grande do Sul. Possui um acesso com rodovia asfaltada a Passo Fundo. Limita-se com os municípios vizinhos de Mato Castelhano, Tapejara, Ciríaco, Santa Cecília do Sul, Gentil e Vila Lângaro.

Tem uma organização social estruturada da seguinte forma: uma sede municipal, três distritos e 13 comunidades no interior do município. Água Santa conta atualmente com a secretaria da saúde, três UBS distribuídas uma no centro da cidade (urbana) e outras duas no interior do município (rurais). Somente uma UBS conta com a Estratégia de Saúde da Família, com uma equipe de saúde. Dispõe também de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, programas específicos de educação, bem como três escolas municipais e uma estadual, distribuídas também em todo o território de abrangência, serviço de saúde mental com duas psicólogas na saúde pública e uma na educação, além de saúde bucal, serviço de fisioterapia e nutrição.

Não existe disponibilidade de atenção especializada, nem de serviço hospitalar, nem disponibilidade de exame complementar na UBS, mas na cidade existe laboratório clínico que disponibiliza particularmente por convênios com a prefeitura municipal a realização de exames complementares pelo Sistema Único de saúde (SUS). A UBS tem vínculo com o SUS, tem bons vínculos com as instituições de ensino que tem no município onde são realizadas um grupo de atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas pela equipe da ESF com grupos de adolescentes.

Existe no município uma equipe de ESF que oferece atendimento para todo o território de abrangência, está composta por dois médicos, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, além disso, contamos com farmacêutico. Em relação a estrutura física trata-se de uma UBS em reforma que ainda não terminou, conta com recepção, três salas de atendimentos médicos, duas delas de clínico geral e uma multiprofissional para os atendimentos de pediatria e gineco-obstetrícia, sala de

vacina, farmácia, cozinha, sala de triagem de enfermagem, sala de enfermagem, sala de fisioterapia.

É importante sinalar os aspectos estruturais que a UBS não tem, que atrapalham e afetam negativamente nosso trabalho, por exemplo, os pisos de toda a Unidade de saúde uma vez terminada a reforma vai ser de superfície lisa constituindo risco de acidentes para pessoas idosas, gestantes e até para o profissional. Não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação através de textos, figuras ou comunicação de sistema braile para usuários com deficiência visual, permitindo que os usuários em ocasiões fiquem perdidos quando procuram um atendimento em específico. Mas acredito que uma vez terminada a reforma já teremos discutido na reunião de equipe problemas como estes para serem resolvidos.

Em relação às atribuições dos profissionais da equipe na Unidade de saúde onde trabalho é de conhecimento de todos os profissionais quais são as atribuições de cada um, só que criticamente, em ocasiões terminam não sendo levadas na prática 100% e, muitas vezes, por falta de planejamento da estrutura superior. Em relação às áreas de abrangência onde os profissionais realizam o cuidado em saúde acho que poderia não ser só em escolas e domicílio como é feito, mas também poderiam ser feitas em indústrias e outro espaços comunitários que precisam também de orientações necessárias para melhorar a saúde como, por exemplo, pessoas que trabalham como a elaboração de alimentos que nem sempre levam em conta todas as medidas necessárias para a realização destas atividades que podem terminar afetando à saúde não de um usuário, mas também de toda a comunidade em questão.

Um aspecto muito importante a sinalar está relacionado com as visitas domiciliares já que só são realizadas por médicos, equipe de enfermagem, nutricionistas, agentes comunitárias de saúde e psicólogos, sendo que podem incluir nestas ações dentistas ou técnico dentário, já que existem orientações não só para um indivíduo senão também para a família toda em conjunto sobre patologias dentárias. Desta forma, conseguiremos ofertar uma avaliação do usuário integral com o profissional de saúde mais perto da sua casa, como eles tanto gostam e se sentem valorizados quando recebem uma visita nossa.

Na UBS tentamos seguir os protocolos e fluxos para a realização de referências de usuários como atribuições dos profissionais, entretanto, nunca

recebemos a contra-referência do hospital como deve ser feito para o melhor seguimento dos usuários na área e, muitas vezes, o usuário fica perdido sem lembrar nem o diagnóstico pelo qual foi tratado, atrapalhando assim o trabalho da atenção básica na comunidade já que não se dá seguimento de qualidade como deve ser feito.

Outro aspecto que não é realizado na prática é a busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória já que podem passar casos despercebidos de doenças transmissíveis na comunidade que afetam o estado de saúde da população em geral. Teoricamente, as atribuições dos profissionais da equipe são de conhecimento de todos, mas falta ainda planejamento, organização, e pôr em prática estes aspectos.

Na UBS os usuários têm atendimento a livre demanda. São agendadas as consultas com as pessoas idosas, maiores de 60 anos, puericultura até um ano de idade e o acolhimento das gestantes com o ginecologista. Existem também atendimento para demanda espontânea, só que em ocasiões atrapalha o trabalho do médico e de toda a equipe interferindo na qualidade dos atendimentos, já que em nosso município não contamos com Pronto Atendimento nem hospital e, além dos atendimentos das ações programáticas da atenção básica, recebemos consultas de urgência e emergência que são priorizadas em ocasiões com bastantes pessoas na fila de espera.

Acredito que a equipe de trabalho é ótima e o acolhimento dos usuários é feito pela recepcionista com a equipe de enfermagem que realizam uma triagem para a classificação dos pacientes para estabelecer prioridades de atendimentos. Toda a equipe trabalha em função de que nenhum paciente fique sem atendimento e assim melhore a qualidade de atenção dos usuários que são nossa razão de ser no dia a dia.

Na parte de odontologia posso dizer que em nosso município não contamos com o serviço de prótese dentária e tem muitos usuários que precisam para o seu melhoramento do estado de saúde, mas ainda assim os serviços que se oferecem no município são de qualidade e no acolhimento dos usuários tentamos ofertar uma atenção cada vez melhor. Existe também uma programação de consultas domiciliares a pacientes acamados, idosos e com doenças crônicas não transmissíveis que às vezes não comparecem a Unidade de saúde para receber o atendimento, sendo que visitamos esses usuários como ação para auxiliar, superar

ou minimizar o excesso de demanda espontânea. A população da área adscrita da UBS é a mesma do município, 3837 habitantes, pelo fato de só termos uma UBS em Água Santa.

Em relação à saúde da criança, as consultas de puericultura são feitas pela especialista em pediatria que atende na Unidade de saúde 8h por semana. Estes atendimentos são agendados, priorizando o grupo de crianças menores de um ano. Os clínicos gerais atendem as crianças com doenças agudas naqueles dias que não tem atendimentos com pediatra na UBS, estes são a livre demanda e não precisa ser agendados, atuamos desta forma segundo os protocolos feitos pela secretaria municipal de saúde.

Mesmo atendendo demanda espontânea, o clínico geral faz atividades de promoção de saúde sobre orientações de aleitamento materno, prevenção de doenças e acidentes no domicílio, desenvolvimento e crescimento, entre muitas outras. Essas atividades são realizadas através de palestras e trabalho nos grupos com as gestantes e as mães, mas a participação por parte das mães ainda é incipiente. Também é ocasional a participação dos profissionais como nutricionista e psicólogo que poderiam oferecer mais orientações sobre saúde, alimentação saudável visando prevenir desde criança as doenças mais comuns na população como, a HAS, dislipidemia e transtornos psicológicos que são bastante comum na comunidade.

Encaminhamos as crianças com distúrbios psicológicos para o psicólogo, contudo há uma demora significativa, pois a lista de espera para atendimento deste profissional está muito extensa e não existe prioridade para essa população alvo. Diferentemente acontece com o atendimento de saúde bucal, no qual dispomos de um programa de prevenção para as crianças, muito bem planejado e organizado. Infelizmente não existe na UBS programa nem registro algum sobre controle das crianças em atendimentos na área de abrangência.

Conforme consta no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pela UFPEL, foi estimado 46 crianças menores de 1 ano residentes na área de abrangência, mas a falta de dados organizados na UBS impossibilita realizar uma supervisão e controle das informações de saúde. Desta forma, não foi possível coletar os indicadores de cobertura e qualidade para subsidiar as informações desta ação programática. Apesar disso, vejo que a atenção à saúde da criança é um dos

serviços que oferecemos com maior qualidade, mas ainda faltam integração e participação de profissionais da equipe.

As gestantes e puérperas recebem atendimento do ginecologista da área de saúde. Não temos um registro específico para este grupo alvo, somente os prontuários clínicos e as carteirinhas de gestantes. De maneira geral, posso dizer que o acolhimento não é feito de forma integral, já que as gestantes não têm uma avaliação completa da equipe, por exemplo, nutricionista, psicólogo e dentistas.

Em relação ao atendimento destas por parte da psicologia é bem demorado por causa da lista de espera para o atendimento nesta especialidade. A equipe de médico e enfermeira tenta fazer tudo que está estabelecido nos protocolos de atendimentos às gestantes, mas existe resistência por parte dos outros profissionais, interferindo na qualidade de atenção deste grupo. São desenvolvidas poucas atividades com os grupos de gestantes que são realizadas uma vez por mês e com pouca participação das mesmas. No caso das puérperas não é realizada nenhuma atividade.

As gestantes recebem atendimento do médico clínico geral só se apresentarem alguma doença aguda, senão, são avaliadas pelo ginecologista que realizam atendimento uma vez por semana na UBS. Apesar das dificuldades com as gestantes, estas recebem o melhor atendimento por parte da equipe médica e de enfermagem. Acredito que a qualidade de atenção não é das piores, mas poderia ser muito melhor, mais organizada, com supervisão e controle do que é feito seguindo os protocolos e fluxos como estabelece a Rede Cegonha.

Conforme consta no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pela UFPEL, foi estimada 57 gestantes residentes na área de abrangência da UBS, contudo foi identificado no cadastro 19 gestantes (33%). A falta de dados organizados na UBS impossibilita realizar uma supervisão e controle das informações de saúde. Desta forma, não foi possível coletar os indicadores de qualidade para subsidiar as informações desta ação programática. Apenas sabemos que todas as gestantes acompanhadas na UBS (100%) recebem prescrição de suplementação de sulfato ferroso, são vacinadas e recebem orientação sobre aleitamento materno.

O câncer de colo de útero e mama é umas das primeiras causas de morte não só do Brasil, mas do mundo todo. Quando diagnosticamos precocemente em seus estágios iniciais esses dois tipos de câncer podemos ter um ótimo prognóstico.

Mas, infelizmente, quase a metade dos novos casos é diagnosticada em estágios avançados. Na UBS são seguidos os protocolos para a prevenção e tratamento destas doenças, segundo o Ministério da Saúde (MS), mas ainda existem muitas dificuldades, por exemplo, o rastreamento oportunístico que é feito e deveria ser organizado para se ter um controle em toda a área de abrangência das mulheres que estão na data da realização do preventivo, não estão sendo realizados de forma correta e preventiva.

Em relação à realização dos citopatológicos acredito que deveria ter uma avaliação médica no momento em que o profissional está realizando o procedimento e assim evitaria a demora de alguns tratamentos, não tendo que esperar até a chegada do resultado, utilizando um pouco mais o método clínico. Chama atenção a falta destes programas estatísticos, já que não se tem controle algum das usuárias diagnosticadas com citopatológico positivo, nem constância do que foi feito após o diagnóstico, perdendo assim a continuidade do atendimento na atenção básica.

Mais importante do que a cura e tratamento é a prevenção com os grupos de risco, na área de abrangência da UBS, no qual são realizados grupos de orientação, mas com pouca participação da população. Como estratégia foi organizado um grupo de adolescentes para trabalhar com estes temas de forma precoce. Como estratégia por parte do médico e da enfermeira da UBS, foi iniciado o cadastramento das usuárias que realizam os preventivos na Unidade, assim como, os resultados destes.

Em relação ao câncer de mama acontece o mesmo, não se tem controle algum do programa especificamente para o monitoramento e planejamento das ações para esta doença, além de não ter um profissional dedicado ao controle destes programas. Diretamente são realizadas muitas ações, tanto de promoção como de prevenção, são solicitadas as mamografias para toda mulher a partir dos 40 anos de idade e é feito autoexame de mama nas consultas, além das atividades de promoção realizadas no âmbito comunitário.

Existe um fluxograma para as mamografias em coordenação com o hospital do município de referência (Tapejara) onde são encaminhadas as usuárias e realizados os exames complementares, se houver necessidade, contudo, não funciona a contra referência dos casos que encaminhamos para a rede secundária e terciária. Uma vez que são encaminhadas, perdemos o seguimento na atenção básica já que no município ainda não utilizamos os prontuários eletrônicos.

Temos uma boa participação da equipe nas atividades planejadas em relação ao câncer de colo de útero e mama só que considero uma população muito resistente as mudanças e ainda cheia de preconceitos, onde em muitas ocasiões não aceitam orientações dificultando o trabalho da equipe. Considero de pouca qualidade os registros, planejamento, e monitoramento das ações em relação a um tema de tanta importância como é a prevenção do câncer de colo de útero e mama.

Conforme consta no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pela UFPEL, foi estimada 1055 mulheres entre 25 e 64 anos e 395 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, mas a falta de dados organizados na UBS impossibilita realizar uma supervisão e controle das informações de saúde. Desta forma, não foi possível coletar os indicadores de cobertura e qualidade para subsidiar as informações desta ação programática.

A HAS e a DM são doenças crônicas não transmissíveis mais comuns na comunidade e no mundo todo. Cada dia o número de usuários hipertensos e diabéticos aumentam consideravelmente. O trabalho da medicina familiar na atenção básica deve caminhar para a prevenção destas doenças, trabalhando com os grupos mais vulneráveis e de risco na comunidade para evitar o surgimento de novos casos, bem como, as suas complicações.

Das dificuldades que encontramos no dia a dia, a mais significativa é que nem todas as atividades realizadas têm a participação de todos os profissionais. A única fonte de dados é o prontuário clínico. Realizam-se como atividades programáticas as visitas domiciliares onde estes usuários recebem o atendimento alternado, uma vez em consulta e uma vez em casa, com o objetivo de evitar possíveis complicações e dar orientações específicas em relação ao tratamento, dieta, entre outras ações, mas ainda assim faltam muitos dados para coletar.

O número de usuários hipertensos e diabéticos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) não está adequado com a estimativa da nossa realidade, pois segundo o CAP existem 858 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, contudo, a partir dos registros da Unidade identificamos 612 hipertensos (71%). Para os diabéticos a estimativa foi de 245 diabéticos com 20 ou mais residentes na área, contudo foram identificados no cadastro da UBS 117 diabéticos (48%). A diferença dos dados não está relacionada a inexistência de usuários, mas sim, a falta de busca ativa para cadastrar esses usuários.

Infelizmente, não foi possível coletar os dados referentes aos indicadores de qualidade desta ação programática. Outra limitação que considero importante é a não avaliação integral do usuário por parte de todos os profissionais da equipe de saúde, falta interação entre esses profissionais que também atuam na UBS, nutricionista, psicólogo e dentista.

Dentro da área de abrangência da UBS temos uma comunidade indígena com um número elevado de usuários com HAS e DM que foram diagnosticados, mas referem que não fazem tratamento já que tem uma crença religiosa de que serão curados por Deus. Contudo, frequentemente recorrem a UBS apresentando complicações, atrapalhando assim o trabalho da medicina preventiva e os indicadores de saúde da população, constituindo um problema de saúde para todo o município. Na Unidade de saúde são atendidos usuários com problemas agudos de HAS e DM que não são da área de cobertura da equipe, pois na verdade, não residem no município, pois estão lá somente a trabalho.

Como em outros grupos do município existe pouca participação por parte da população nas atividades de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe de saúde na comunidade, mais ainda assim os profissionais tentam superar envolvendo-se todos neste processo. Na UBS não existe um fluxograma específico sobre como atuar com estas doenças, mas, ainda assim, os usuários recebem o melhor atendimento pela equipe de saúde. Não existe profissional responsável especificamente para o planejamento, coordenação e controle desta ação programática, mais ainda assim a equipe se envolve em tudo, com o objetivo de resolver os problemas e dar solução a todas as atividades tentando sempre melhorar a qualidade de atenção dos usuários.

Como é de conhecimento de todos, o processo de envelhecimento a nível mundial atinge todos os países. As populações estão cada vez mais velhas, nesse sentido faz-se necessária a implantação de políticas de saúde no cuidado deste grupo populacional. No município temos um grande número de pessoas idosas, nesse sentido, a secretaria de saúde criou a estratégia para o atendimento desta público alvo, visando melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

As consultas são agendadas para todas as pessoas maiores de 60 anos, sem que estas fiquem aguardando nas fila de espera dos atendimentos. Ofertamos atendimento todos os dias nos dois turnos de trabalho, sendo que as visitas domiciliares são priorizadas. Realizamos atendimento médico no domicílio quando

necessário e realizamos atividades com o grupo chamado "Grupo da terceira idade". Os idosos são os mais participativos na comunidade quando realizamos atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos.

O médico, a enfermeira e as técnicas de enfermagem realizam atividades em conjunto com os idosos, mas falta a integração de profissionais como psicólogo, nutricionista e dentista para que assim seja ofertado um atendimento integral a essa população. Coincidentemente com as estatísticas mundiais, na população existe um número elevado de idosos com depressão os quais não tem atendimento com psicólogo, pois há uma lista de espera para este profissional. O mesmo acontece com o odontólogo, pois muitos idosos precisam de próteses dentárias, mas no município não ofertamos esse tipo de serviço. Não existe profissional destinado ao planejamento, coordenação e controle desta ação programática.

Ainda com todas as dificuldades a equipe tenta fazer o melhor pela saúde dos idosos e para melhorar os indicadores de saúde deste grupo populacional. Realizamos atividades no grupo uma vez ao mês, contudo, o CRAS através da secretaria de assistência social realiza atividades duas vezes por semana. Infelizmente não dispomos de registro específico para o controle destes usuários, só o prontuário clínico, mas a equipe tem uma boa participação com o trabalho com o Grupo da terceira idade.

Conforme consta no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pela UFPEL, foi estimada 524 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, mas a falta de dados organizados na UBS impossibilita realizar uma supervisão e controle das informações de saúde. Desta forma, não foi possível coletar os indicadores de cobertura e qualidade para subsidiar as informações desta ação programática.

Em relação a saúde bucal, conseguimos coletar as informações do CAP devido aos registros diferenciado que a equipe de saúde bucal realizada. Desfa forma, identificamos que o número de atendidos em primeira consulta programática foram: 35 pré-escolares de 0 a 4 anos (38%), 267 escolares de 5 a 14 anos (47%), 50 idosos (10%), 7 gestantes (12%) e 520 outros (21%). Em relação ao número de atendidos com tratamento inicial completado foram: 20 pré-escolares de 0 a 4a nos (57%), 180 escolares de 5 a 14 anos (67%), 38 idosos (76%), 5 gestantes (71%) e 300 outros (58%). A média de procedimentos clínicos por habitante / mês foi de 750 procedimentos clínicos no último mês, correspondendo a uma média de 2,3 procedimentos clínicos por habitante / mês na UBS.

Finalizando esta análise, percebo que existe uma série de problemas na UBS que podem ser resolvidas em curto prazo e que constituem os maiores desafios no momento atual para os profissionais da equipe. A necessidade mais imediata é iniciar o processo de cadastramento identificaremos todos os usuários e suas demandas de saúde para organizar os dados estatísticos da população, visando uma melhor organização e planejamento das ações desenvolvidas pela equipe.

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

Ao iniciar de curso de especialização e trabalho na Unidade de saúde, organizamos um relatório inicial apresentando os dados demográficos do município, composição da equipe de trabalho, alguns dos principais problemas de saúde percebidos por mim (médico). Acredito que foi apenas uma análise superficial do início deste caminho. Também foi descrita a estrutura da UBS, que naquele momento se encontrava em reforma e estávamos trabalhando em condições anormais, questões estas que hoje já foram solucionadas com o término da reforma.

Semanas após começamos a realizar a análise de situação de saúde, percebemos que alguns pontos estavam de acordo com o que fora identificado inicialmente. Ao final da construção deste relatório conseguimos ver quais as ações que necessitamos melhorar, principalmente, nos indicadores de saúde. Esta mudança de olhar sobre o processo de trabalho está relacionada ao conhecimento adquirido sobre os princípios e diretrizes dos SUS e os protocolos do MS, o que permitirá uma melhor atenção e orientação aos usuários, bem como uma qualificação do trabalho na atenção básica do município.

Com o transcurso do trabalho de intervenção é possível enxergar algumas mudanças e melhorias em algumas situações que foram encontradas no início do curso, a realização de atividades de promoção com os grupos contribuiu para a melhoria do serviço, melhoramos o sistema de cadastro das atividades feitas e o cadastramento dos pacientes está sendo parte da rotina na UBS. Ainda temos um longo caminho a trilhar, sobretudo referente aos dados estatísticos e o trabalho com os indicadores de saúde que acredito que com a união da equipe de profissionais

conseguiremos oferecer uma melhor qualidade de atendimento aos usuários que são sempre nossa razão do cumprimento do dever.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013).

Com o critério atual de diagnóstico de HAS (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade. No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são realizados, sobretudo, pelas equipes de atenção básica, cujo processo de trabalho está pautado no vínculo com a comunidade, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2013).

O DM constitui atualmente reconhecido problema de saúde pública em vários países do mundo. Ele atinge 246 milhões de pessoas no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem status de epidemia agravada, devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência do paciente com DM (BRASIL, 2013). Quantificar a prevalência de DM e o número de pessoas diabéticas, no presente e no futuro, é importante para permitir uma forma racional de planejamento e alocação de recursos.

Dados brasileiros mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,58 para a faixa etária de 0-29 anos até 181,1 para a faixa etária de 60 anos ou

mais, ou seja, um gradiente superior a 300 vezes. Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM figura entre a quarta e a oitava posição. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando existe menção ao DM na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes (BRASIL, 2013).

A HAS e DM são doenças crônicas que por dia aumentam os números de incidência no mundo. Na UBS os maiores indicadores de atendimentos diários obedecem a estas doenças ou complicações de uma delas, por tanto foi decidido como foco para a realização deste projeto de intervenção na comunidade. Com o objetivo de aumentar o cadastro e dar atenção ao maior número de pacientes destes grupos da comunidade, serão desenvolvidas na prática ações de promoção e prevenção para este grupo populacional.

Como foi descrito em várias ocasiões, a UBS onde trabalho, desde minha chegada ao município, encontra-se em processo de finalização de reforma. Contamos com uma sala de recepção, uma sala de acolhimento de enfermagem e triagem, uma sala para realizar os curativos, duas salas de atendimentos para os clínicos gerais e uma sala multifuncional para os atendimentos de ginecologia e pediatria. Existem, além disso, uma sala de observação com dois leitos, uma farmácia, sala de vacinas, sala de fisioterapia e uma sala de psicologia, além de dois consultórios odontológicos. Na mesma unidade encontra-se a secretaria de saúde onde fica toda a equipe administrativa.

A equipe de UBS esta constituída por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista e um dentista. A equipe atende á população de toda área adstrita, um total de 3.837 pessoas. De acordo com a estimativa do CAP durante a análise situacional, existem 858 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, contudo, a partir dos registros da Unidade identificamos 612 hipertensos (71%). Para os diabéticos a estimativa foi de 245 diabéticos com 20 ou mais residentes na área, contudo foram identificados no cadastro da UBS 117 diabéticos (48%). Desejamos atingir a meta de cobertura de 85% para usuários com HAS e de 80% para os usuários com DM, visando garantir o maior atendimento a este grupo populacional.

O número de usuários hipertensos e diabéticos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) não está adequado com a estimativa da nossa

realidade, pois segundo o CAP A qualidade de atenção a saúde desta população é boa, faltando ainda um pouco de integração com outros profissionais da equipe como, por exemplo, nutricionista e psicólogo. Desde já são realizadas palestras de orientações para este grupo, realizamos atividades de promoção nas comunidades e as visitas domiciliares individualizadas para estes usuários, formando parte das ações de promoção feitas pela equipe.

O projeto de intervenção terá muita importância na Unidade de saúde porque estes usuários constituem a maior parte dos atendimentos. Planejamentos um conjunto de atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos, pois está é uma das limitações e dificuldades no momento. Outra dificuldade é a pouca participação dos usuários nas atividades planejadas pela equipe para ser desenvolvida no grupo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, no município de Água Santa/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 85% 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 80% 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 á hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos diabéticos cadastrados.

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

Meta 2.4 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos diabéticos cadastrados.

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.

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 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 estratificado do risco do cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e 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 sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de saúde no município de Água Santa/RS. Participarão da intervenção usuários com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência com diagnóstico de HAS e/ou DM ou com suspeita dessas patologias.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Para a realização destas metas ficará responsável a enfermeira da UBS que realizará o monitoramento das ações com uma frequência de duas vezes ao mês e será feita na medida em que identificaremos os dados pelas ACS.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

A responsável da primeira ação serão as ACS supervisionadas e monitoradas pela enfermeira da ESF com a entrega das informações correspondentes com uma frequência de duas vezes ao mês.

O responsável da segunda ação será o médico, com uma frequência diária nos atendimentos e ocorrerá em ação conjunta com toda a equipe começando pela triagem de enfermagem.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde a responsável será a secretaria de saúde do município.

Engajamento público

- 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:

Para as primeiras ações de informações na comunidade as responsáveis serão as ACS através das visitas domiciliares. Para a realização das outras ações, tais como, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, os responsáveis serão o médico e enfermeira da ESF, ocorrendo duas vezes ao mês, através de palestras na comunidades e durante a realização das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Detalhamento das ações:

O responsável por essas ações será o médico que realizará capacitação uma vez no primeiro mês através de uma palestra durante a reunião da equipe.

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.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

Esta ação ocorrerá durante as consultas médicas e triagem em todos os turnos de atendimentos, realizados tanto pelo médico quanto pela enfermeira, esta última quando estiver realizando a triagem. Tal ação ocorrerá todos os dias da semana.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Tais ações serão realizadas pelo médico, uma vez por semana. Serão realizados contatos com a secretaria municipal de saúde visando a disponibilização para os profissionais dos protocolos impressos para disponibilizarmos na UBS.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação:

Esta ação ocorrerá através de palestras nas comunidades e durante a realização de visitas domiciliares. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira ocorrendo duas vezes ao mês.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações:

Esta ocorrerá durante as reuniões da equipe de forma expositiva e rodas de conversa sobre o tema citado. O responsável pela capacitação será o médico e ocorrerá uma vez por mês.

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.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações:

O monitoramento ocorrerá através da revisão dos prontuários clínicos durante as consultas realizadas pelo médico. Ocorrerá sempre que houver atendimento.

Organização e gestão do serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações:

Os responsáveis por estas ações serão o médico e a secretaria de saúde, durante todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimentos da UBS.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações:

Tais ações ocorrerão durante os atendimentos clínicos e nas vistas domiciliares. Serão realizados pelo médico, enfermeira e ACS durante todos os dias de atendimentos e quando ocorrer as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação:

A capacitação ocorrerá através de rodas de conversas durante as reuniões da equipe uma vez por semana. Será realizada pelo médico.

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.

Monitoramento e Avaliação

• Monitorar o acesso dos hipertensos e diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações:

Para a realização desta ação o responsável será o médico que durante os atendimentos priorizará a prescrição dos medicamentos da farmácia popular para todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

O controle do estoque incluindo a validade dos medicamentos é uma ação que vai ser feita pela especialista em farmácia da UBS assim como vai ser a responsável de manter o registro das necessidades de medicamentos de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações

Esta ação ACS serão as encarregadas de levar na prática, além disso, o médico e as enfermeiras em seus atendimentos e durante o atendimento em consultas poderão orientar também aos usuários.

Qualificação da prática clínica

- 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:

Esta ação vai ser desenvolvida pelo médico em coordenação com a especialista em farmácia da unidade.

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

O monitoramento dos hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico será responsabilidade do médico que fará o diagnóstico, para posteriormente serem avaliados pelo especialista em odontologia.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

Esta ação vai ser desenvolvida pela equipe de odontologia uma vez que o médico passe para eles o diagnóstico de hipertensão ou diabetes do usuário para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e posteriormente agendamento das consultas quando precisarem.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

As ACS juntamente como os médicos e enfermeiras durante a realização de seus atendimentos e visitas domiciliares serão os responsáveis desta ação.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

O odontólogo da equipe da ESF será o responsável desta ação.

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.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermeira da ESF serão os responsáveis desta ação. Esta ação ocorrerá semanalmente.

Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações:

Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da ESF durante a realização das visitas domiciliares.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações:

Estas ações serão realizadas pelas ACS durante suas visitas nas casas.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

Este treinamento será realizado pelo médico durante o encontro com ACS como palestra orientada.

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.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Para o cumprimento destas ações a responsável será a enfermeira da UBS. Realizará semanalmente.

Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos 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:

A enfermeira será a responsável por esta ação que vai manter todo o sistema de informações atualizadas e vai alertar ao médico em caso de atrasos de consultas para buscar estes usuários faltosos.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações:

Tais ações serão realizadas através de atividades na comunidade e durante os atendimentos em consultas médicas e triagem de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações:

Tais ações serão desenvolvidas pelo médico durante as reuniões da equipe em conversas e atividades demonstrativas.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e 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.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações:

Esta ação é responsabilidade do médico em cada consulta de acompanhamento.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. - Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações:

Os pacientes avaliados como de alto risco serão atendidos com prioridade e será organizada a agenda para o atendimento desta demanda, ação esta que será feita pela enfermeira durante o acolhimento e triagem de enfermagem.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações:

Estas ações ocorrerão através de atividades nas comunidades, palestras e durante os atendimentos médicos.

Qualificação da prática clínica

- 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:

A capacitação será responsabilidade do médico da unidade.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e 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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

O monitoramento das orientações nutricionais, sobre a atividade física e tabagismo será realizado pela enfermeira semanalmente. As orientações sobre saúde bucal serão realizadas pelo odontólogo da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

Todas estas ações serão organizadas pelo médico da unidade em conjunto com a secretaria de saúde do município.

Engajamento público

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

Todas estas orientações serão dadas pelas ACS durante suas vistas domiciliares bem como pelo médico, dentista, enfermeiras, nutricionista, seja nos atendimentos ou nas vistas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde 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 o tratamento de usuários tabagistas.

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

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Tais ações serão desenvolvidas por cada um dos profissionais correspondentes ao perfil com palestras, conversas e exposições durante as reuniões de equipe realizadas uma vez por semana.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso 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.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético 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.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção á hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100 % dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares apropriado 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.

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

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares apropriado 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.

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

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7 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.

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

Indicador 2.8 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.

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.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com 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.

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

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com 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.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade com estratificação do 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.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos cadastrados na unidade com estratificação do 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.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação de prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação de prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica, do MS, nº 36 e 37, referente as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (DM e/ou HAS) (BRASIL, 2013). Serão utilizados os prontuários clínicos dos usuários, assim como, utilizaremos a ficha espelho disponibilizadas pela UFPEL, que contem todos os dados a serem coletados durante as consultas. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de recursos materiais, neste caso, impressora e folhas ofício para a impressão das fichas.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira que se encontra realizando a triagem revisará as fichas de atendimento identificando os usuários com 20 anos ou mais que vieram procurando atendimento por causa do diagnóstico de HAS e/ou DM, nos últimos três meses, já que na UBS nos livros de registro de atendimentos não se registra o motivo de consulta, mas sim, nas fichas de atendimentos individuais.

A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá as informações disponíveis no prontuário para a ficha. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso assim como as interconsultas com os profissionais em nutrição e dentista, principalmente.

A enfermeira será a responsável de revisar todas as segundas-feiras a ficha complementar para o monitoramento, e levar nas reuniões da equipe os dados da semana anterior, além de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas e visitas domiciliares, segundo o estabelecido no protocolo, que em conjunto com o médico definirão as visitas e as consultas da próxima semana nos turnos programados para o atendimentos destes usuários

Para o cadastro dos usuários com estas doenças crônicas em questão, processo que será feito pelas ACS, as quais receberão a capacitação correspondente ao tema para a realização desta ação de forma qualificada. Posteriormente, as ACS disporão de um turno de quatro horas uma vez ao mês quando realizaremos o encontro destas para a entrega de informações correspondentes ao mês. A capacitação do restante dos profissionais que trabalharão no projeto, tais como, enfermeiras e técnica em enfermagem será feita

durante as reuniões da equipe, todas as segundas-feiras onde serão discutidos os protocolos referidos acima, onde cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Uma vez iniciado o processo de cadastro dos usuários e a atualização dos que já são cadastrados para realizar a consulta, os usuários chegarão a Unidade de saúde onde serão acolhimentos pela equipe de enfermagem, que pode ser pela enfermeira ou técnica em enfermagem. Será realizada a verificação da pressão arterial a todo usuário maior de 20 anos de idade e realização do teste do Hemoglicoteste (HGT) para aqueles que tenham fatores de risco. Os usuários com problemas agudos ou sintomas de alguma complicação serão atendidos com preferência, assim como os maiores de 60 anos de idade que podem agendar as consultas. Os atendimentos aos usuários com HAS e DM serão em todos os turnos de atendimentos de segunda a sexta, das 8h até 17h, realizados pelo clínico geral da UBS e cada profissional da equipe desenvolverá seu papel.

Como estratégia tomada pela secretaria de saúde municipal, os usuários agendados e os que comparecem a consulta de acolhimento programada sairão com a data da próxima consulta agendada. Uma vez em consulta, o médico facilitará a prescrição de medicamentos para o controle destas doenças crônicas os quais são adquiridos na farmácia através do governo de maneira gratuita. Solicitaremos os exames para aqueles usuários quem tem mais de um ano sem a realização dos exames de controle. Realizaremos o encaminhamento ao nutricionista todos aqueles que nunca receberam a orientação nutricional e ao dentista aqueles que precisam de uma avaliação odontológica. Como estratégia foi solicitada ao pessoal do programa de saúde bucal criar um espaço para o atendimento deste grupo em específico.

Para desenvolver as atividades programadas nas comunidades, um dos meios de comunicação será as ACS, que disponibilizarão as informações as comunidade e os convites para os usuários participarem do programa. Além disso, por meio da secretaria de saúde, será levada ao conhecimento da equipe administrativa do município uma convocação aos representantes das comunidades onde serão feitas as ações de saúde.

Semanalmente a enfermeira realizará o monitoramento das ações planejadas para controlar o cumprimento destas que serão analisadas em cada uma das reuniões da equipe e se discutirão as que não foram feitas. As ACS continuarão a

busca ativa dos usuários os quais terão como meta buscar cinco usuários de risco por semana na comunidade e ao terminar o mês devem completar 20 usuários de risco para avaliação médica.

periodicidade recomendada.																
Atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa de pacientes faltosos a consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação odontológica dos diabéticos e hipertensos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atualização do cadastro dos pacientes	x				x				x				x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, após reorganização do calendário do curso devido ao período de férias do coordenador da ação, a intervenção foi reduzida para 12 semanas. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

No início da intervenção a principal dificuldade encontrada foi a organização dos profissionais da equipe por motivo de férias, que posteriormente foi um problema resolvido, além da pouca participação das pessoas nas atividades planejadas nas comunidades. Contudo, posteriormente foi ganhando participação das pessoas graças á divulgação feita no município. A facilidade para levar na prática as ações do projeto foi a integração de toda a equipe no projeto de intervenção.

Das ações previstas no projeto, todas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma, algumas com atraso já que não foram feitas nas datas previstas mas, posteriormente, foram recuperadas e desenvolvidas integralmente, tendo facilidades e dificuldades para sua realização.

As ações desenvolvidas foram planejadas e seguiram um cronograma baseado em ações propostas nos seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da pratica clínica. Com o objetivo de ampliar a cobertura aos usuários com HAS e DM a primeira ação que aconteceu durante o projeto foi a capacitação das ACS sobre o preenchimento dos cadastros de usuários hipertensos e diabéticos a qual aconteceu uma vez durante todo o projeto de intervenção. O médico durante uma reunião

palestrou sobre como seria a forma de preenchimento dos cadastros, sobre verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O cadastramento dos hipertensos e diabéticos aconteceu de maneira ininterrupta durante toda a intervenção para poder monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Como parte da organização e gestão dos serviços foram garantidos os registros para os cadastros. Realizamos exame clínico apropriado para os usuários hipertensos e diabéticos, tanto nos atendimentos individuais como na triagem de enfermagem.

No atendimento individual, nas salas de esperas que foram realizadas pelos membros da equipe orientamos aos usuários cadastrados sobre a necessidade de fazer os exames complementares. Muitos deles tinham os exames em dia conforme o protocolo do MS, outros foram indicados e reagendada a consulta para reavaliação desses usuários. Além disso, foi disponibilizado o acesso aos medicamentos da farmácia e possíveis alternativas.

Para o monitoramento do número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada ocorreu através da revisão dos prontuários clínicos durante as consultas realizadas pelo médico. Foi necessário também estabelecer acordo com o gestor municipal para garantir a realização dos mesmos, segundo o protocolo, para aqueles usuários que ainda não haviam realizado tais exames.

Como parte do engajamento público informamos a toda população através das redes sociais, da rádio comunitária do município e mediante as vistas domiciliares realizadas pelas ACS sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Realizamos palestras com o grupo criado de pessoas com HAS e/ou DM sobre a periodicidade de realização dos exames, orientamos também durante as visitas domiciliares realizadas pelo médico, enfermeira e ACS.

No início da intervenção a equipe apresentou problema com a avaliação e atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM, problema este que foi

resolvido em poucos dias. O médico diagnosticava em consultas e posteriormente o paciente era encaminhado ao odontólogo, que agendava o atendimento. Durante as palestras e vistas domiciliares informamos aos usuários sobre a importância do atendimento odontológico.

De forma contínua durante toda a intervenção realizamos a busca ativa de pacientes faltosos a consultas como umas das ações para melhorar a adesão de ao programa. Para a realização desta ação, o médico passava para as ACS quais eram os casos faltosos a consultas durante a semana, sendo que durante as visitas domiciliares as ACS se encarregaram da busca destes informando a comunidade sobre a importância da realização das consultas e esclarecendo aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada.

Para melhorar o registro das informações foi desenvolvida uma vez por mês a atualização do cadastro dos pacientes. Para isso, implantada a ficha de acompanhamento individual e se mantivemos as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, as quais são enviadas ao MS uma vez por mês como parte da organização e gestão dos serviços. Para conseguir um maior engajamento público através de atividades na comunidade, nas consultas médicas e triagem de enfermagem os usuários e a comunidade foram orientados sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, também para esta atividade ser desenvolvida foi feita a capacitação para toda a equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante as 12 semanas da intervenção na comunidade foram desenvolvidas todas as ações planejadas, seja de forma integral ou parcial, conforme relato acima.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a realização do projeto não houve dificuldades na hora da coleta e sistematização de dados relativos a intervenção, nem com o fechamento das planilhas nem com os cálculos dos indicadores, sendo estes de muita importância

para a equipe avaliar os resultados da intervenção e a evolução do trabalho feito desde o começo até a presente data.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com o começo deste trabalho na comunidade as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção foram incorporadas a rotina do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM criado no município a partir realização deste trabalho que continuará sendo desenvolvido mesmo com a finalização do curso, graças ao apoio e disposição da equipe que gostou da realização desta intervenção na comunidade.

Como desenvolvimento do projeto no município foi criado o grupo chamado "HIPERDIA" o qual é composto por usuários com HAS e/ou DM de todo o município, com o qual a partir de agora serão feitas todas as atividades de promoção que desde já ficaram marcadas no cronograma de atividades da UBS, a partir da coordenação de uma das enfermeiras da equipe. Utilizaremos o projeto como instrumento organizado para o maior controle de usuários com HAS e/ou DM e um melhor acolhimento destes com a integração das consultas odontológicas que até antes de desenvolvido o projeto não tinha a melhor atenção a grupos específicos como este.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Após 12 semanas de desenvolvimento da intervenção na comunidade do município de Água Santa para a qualificação da atenção dos usuários com HAS e/ou DM, realizamos diversas ações visando atingir as metas de cobertura e qualidade estabelecidas no projeto de intervenção. Abaixo estão descritos os resultados quantitativos e qualitativos da intervenção.

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção a Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80 % dos Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Durante todo o desenvolvimento de nosso projeto de intervenção ao longo de três meses houve um aumento no número de atendimentos de pacientes hipertensos e diabéticos. No caso dos pacientes hipertensos no primeiro mês foram cadastrados 43 usuários (7%), no segundo mês foram 95 (15,5%) e fechamos o terceiro mês com 155 pacientes hipertensos cadastrados (25,3%), conforme figura 1.

Em relação aos diabéticos foram cadastrados no primeiro mês 20 (17,1%), no segundo mês 40 (34,2%) com um aumento significativo no terceiro mês com 71 pacientes cadastrados (60,7%), conforme figura 2.

Em nenhum dos casos as metas do cadastro de 85% e 80% foram atingidas já que no começo da intervenção tivemos pouca participação das pessoas. Após uma maior ação de divulgação da intervenção foram sendo cadastramos um maior número de usuários. Mas vale sinalar que a intervenção estava prevista para acontecer em um período de 16 semanas e foi reduzida para 12 semanas o que interferiu no alcance das metas. Contudo, na UBS a equipe está disposta para continuar com o projeto como parte da rotina do serviço, bem como, com o cadastramento de usuários com estas doenças na unidade.

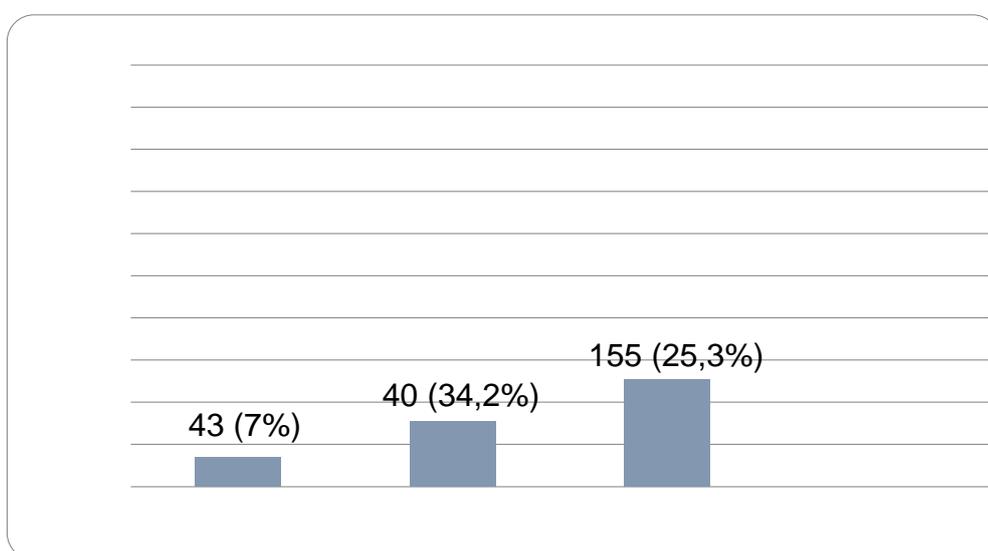


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS

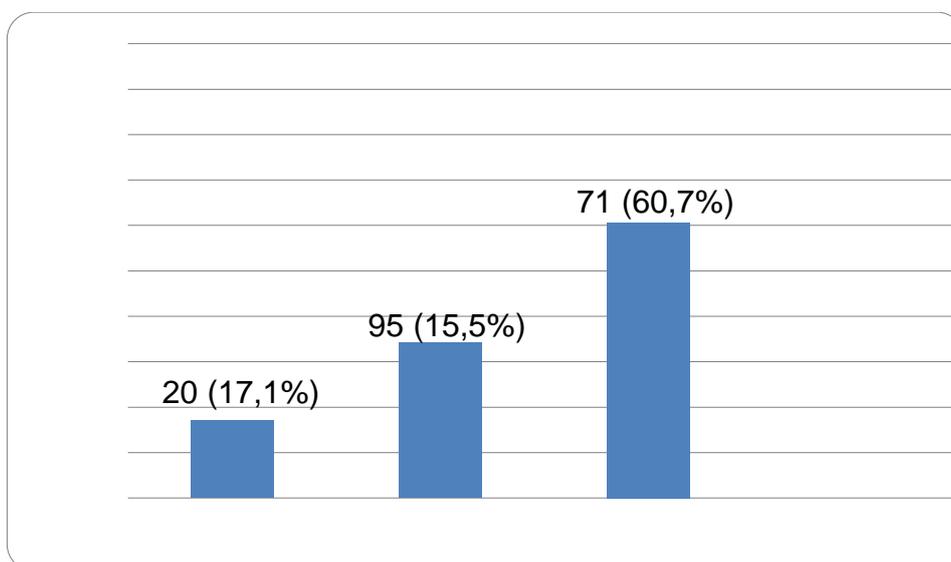


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

Indicador: 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.2 2.1. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Em relação a realização do exame clínico ao usuários com HAS e/ou DM, no primeiro mês dos hipertensos cadastrados foi realizado o exame clínico a 23 paciente (53,5%), no segundo mês 59 (62,1%) e fechamos o terceiro mês com 110 (71%) conforme figura 3. No caso dos pacientes diabéticos os resultados encontrados foram: no primeiro mês 13 pacientes (65%), no segundo mês 30 (75%) e no terceiro mês 60 (84,5%), conforme figura 4.

Em muitos dos casos estes pacientes procuravam atendimento médico na UBS pelo simples fato de renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo de farmácia popular e em ocasiões nem compareciam a consulta médica, sem dar muita importância ao exame clínico médico que tem o objetivo de diagnosticar precocemente possíveis complicações. Ao longo da intervenção foi feito o exame clínico ao maior número de pacientes que procuravam atendimento além de que muitos eram atendidos no setor particular, isto um tanto que atrapalho alcançar as metas que foram traçadas de 100% em ambos os casos. A equipe não conseguiu atingir as metas, mas tivemos um aumento ao longo dos meses da intervenção.

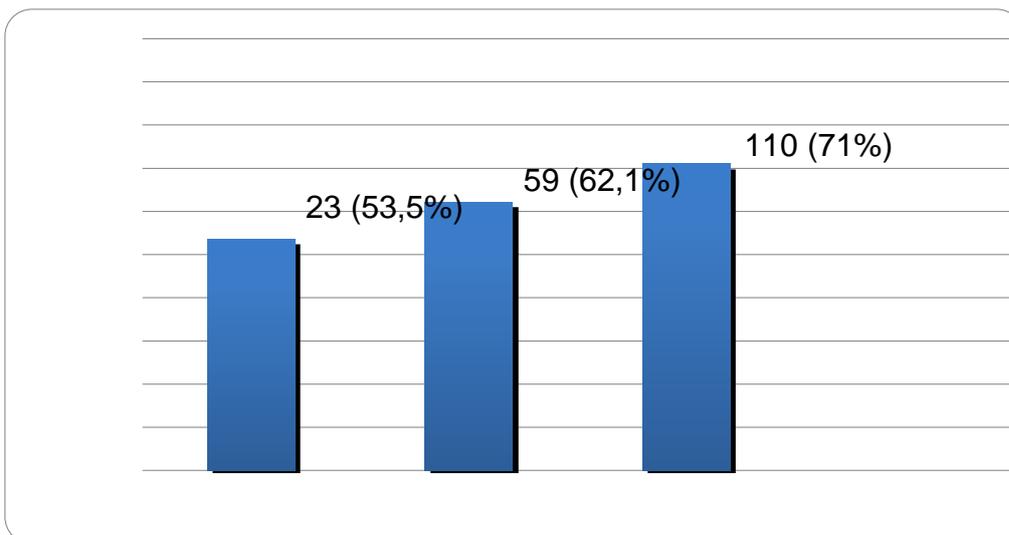


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

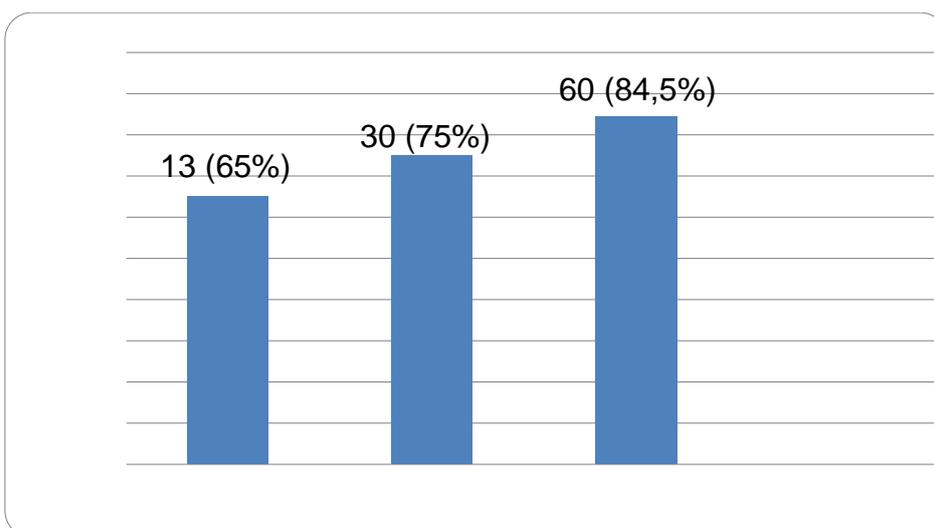


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os 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.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês os resultados foram os seguintes: para os pacientes hipertensos foram realizados os exames complementares para 20 usuários (46,5%), no segundo mês para 54 (56,8%) e no terceiro mês para 102 (65,8%), conforme figura 5. Já em relação os usuários com DM o número de pacientes com exames complementares em dia no primeiro mês foram 10 (50%), no segundo mês 27(67,5%) e fechamos o terceiro mês da intervenção com 56(78,9%), conforme figura 6.

Com a realização dos exames complementares em dia segundo os protocolos para os usuários com HAS e/ou DM conseguimos realizar de forma associada a classificação de muitos pacientes que foram diagnosticados e não sabiam. Ao longo de toda a intervenção tivemos problemas com a realização dos exames complementares em alguns pacientes os quais tinham consultado no setor particular e não constavam os resultados nos prontuários da unidade e não tinha como realizar novamente os exames por causas das verbas do município para a realização de exames pelo SUS. Observamos um aumento da realização destes exames no transcorrer dos três meses. Em ambos os casos as metas propostas não foram atingidas, mas esperamos que com a continuidade de nosso projeto na unidade consigamos atingir essas metas.

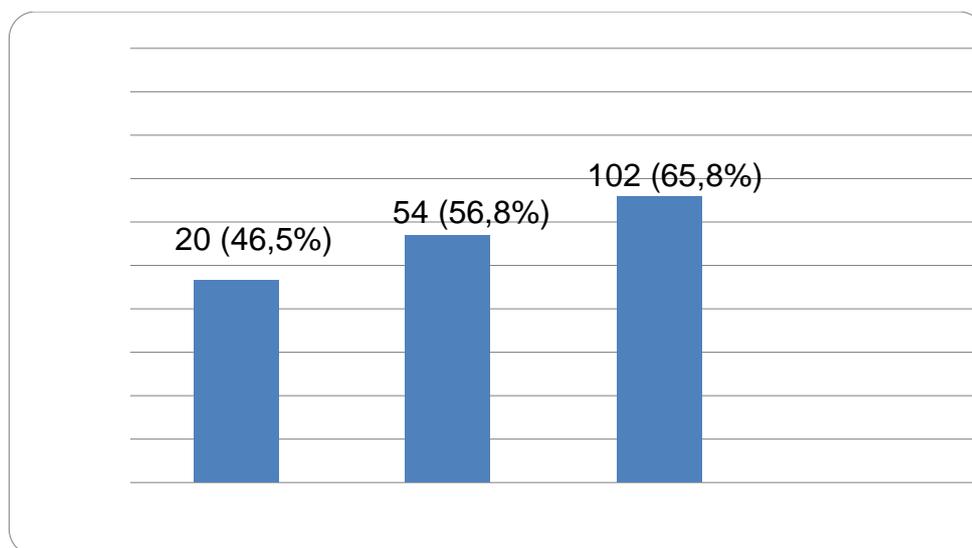


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

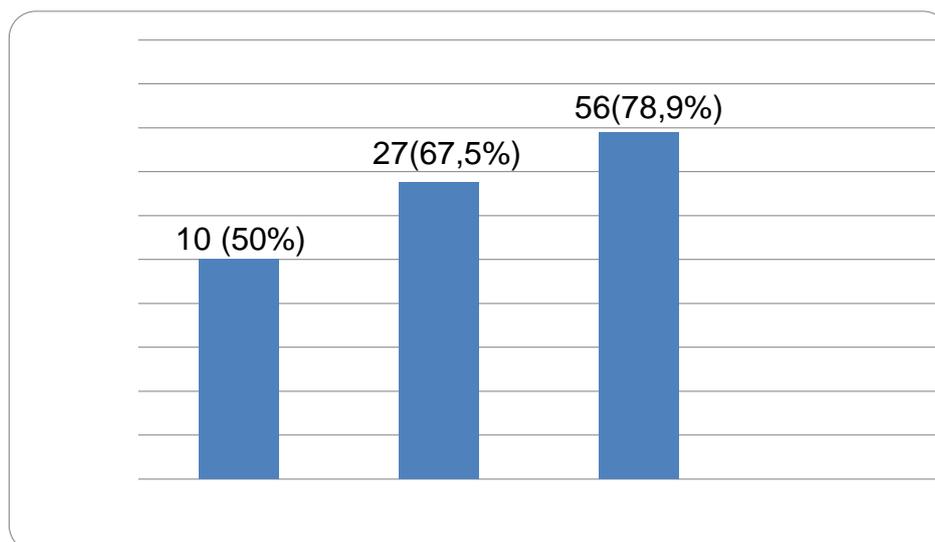


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Os resultados dos usuários com HAS foram os seguintes: no primeiro mês 41 (95,3%), no segundo mês 93 (97,9%) e no terceiro mês 153 (98,7%) conforme figura 7. No caso dos usuários com DM no primeiro mês foram 19 (95,0%), no segundo mês 39(97,5%) e fechamos o terceiro mês com 70 pacientes (98,6%) conforme figura 8. As metas a serem atingidas era 100% em ambos casos sendo que não foram atingidas.

O controle de doenças crônicas como a HAS e a DM depende muito de mudanças de estilos de vida nas pessoas mas também do consumo de fármacos que tem como objetivo estabelecer o controle destas doenças para evitar complicações e sequelas nos pacientes. A prioridade no tratamento farmacológico é um dos pilares fundamentais no acompanhamento aos usuários que tem estas doenças. Durante toda a intervenção observou-se que houve um aumento do

número de pacientes que foram prescritas medicações de uso contínuo para estas doenças na farmácia popular que são disponibilizados pelo governo. Contudo, ainda tem pacientes que compram a medicação e os mesmos queixam-se que alguns médicos de algumas.

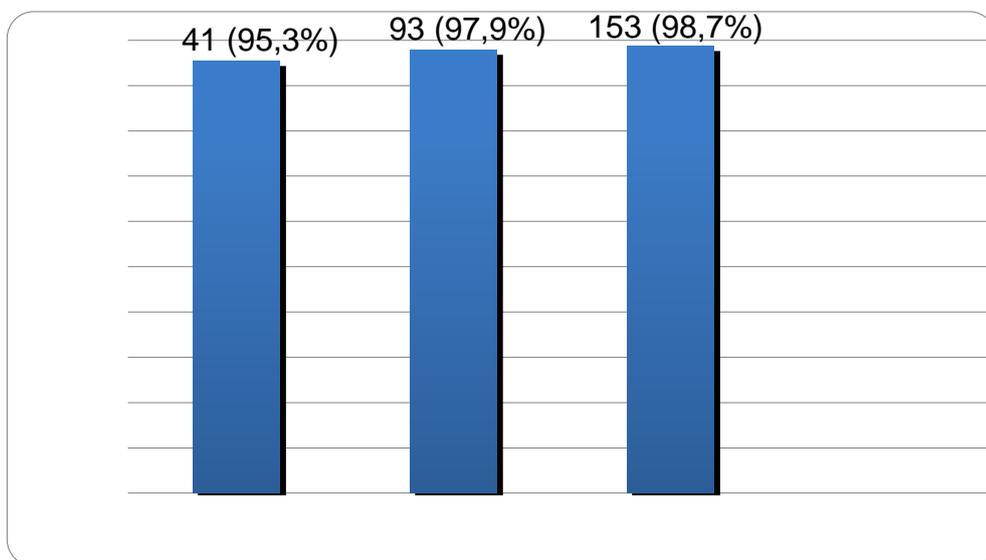


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

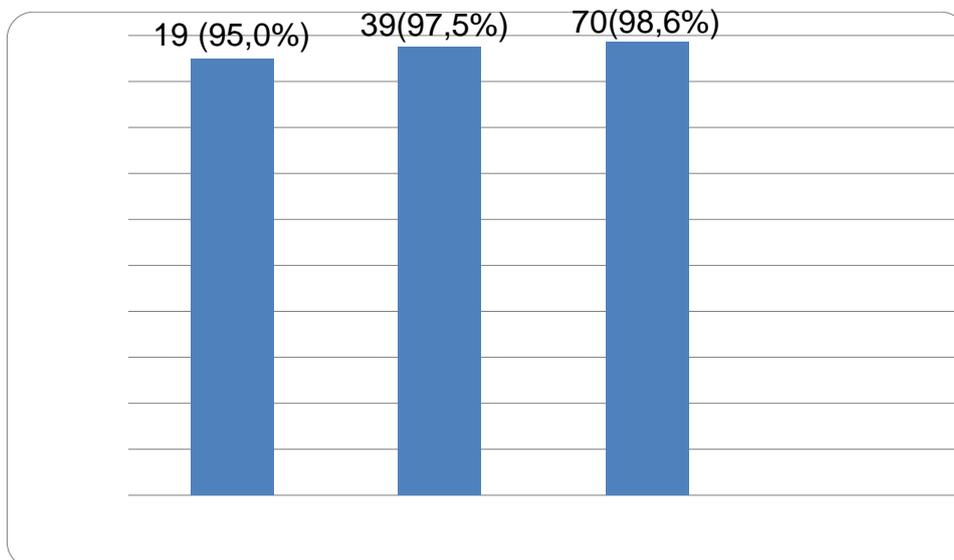


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O resultados encontrados para os usuários com HAS no primeiro mês foram 15 (34,9%), no segundo mês 57 (60%) e no terceiro mês 106 (68,4%), conforme figura 9. Em relação aos usuários com DM no primeiro mês foram 7 (35%), no segundo mês 26 (65%) e no terceiro mês fechamos com 56 (78,9%), conforme figura 10.

Como parte da atenção integral aos pacientes em nosso projeto, tivemos a disposição dos profissionais dentistas para avaliação odontológica tão importante em doenças crônicas que nem estas em questão, já que podem aparecer doenças bucais como consequências ou como complicações destas. Além de que os pacientes com estas doenças geralmente apresentam uma idade onde são bastante frequentes as doenças bucais, assim como, o uso de prótese dentárias que em muitas ocasiões precisam de um tratamento cirúrgico que pode trazer complicações. No início do projeto tivemos problemas com esta avaliação por parte dos profissionais de odontologia, o que interferiu no alcance das metas, as quais não foram atingidas. Mas continuaremos realizando as ações como parte da rotina do serviço na UBS.

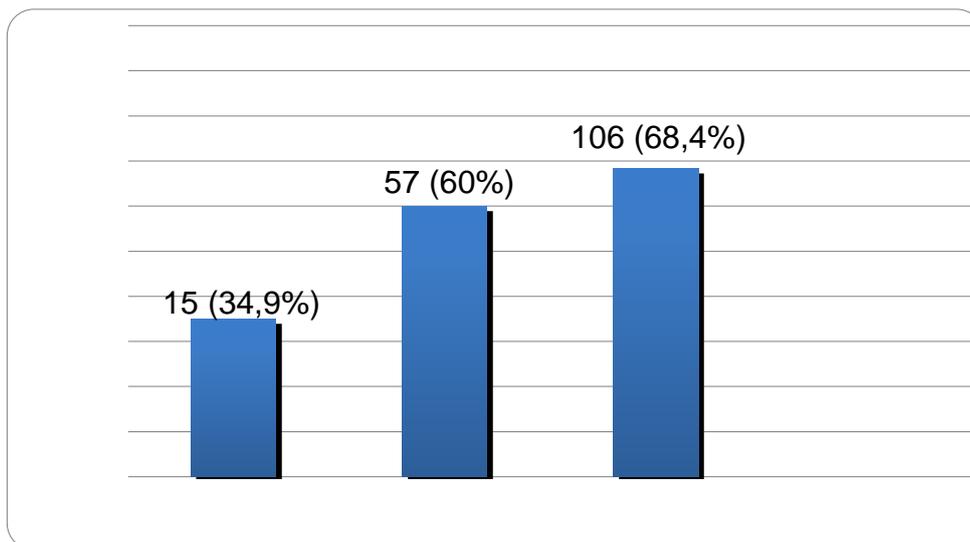


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

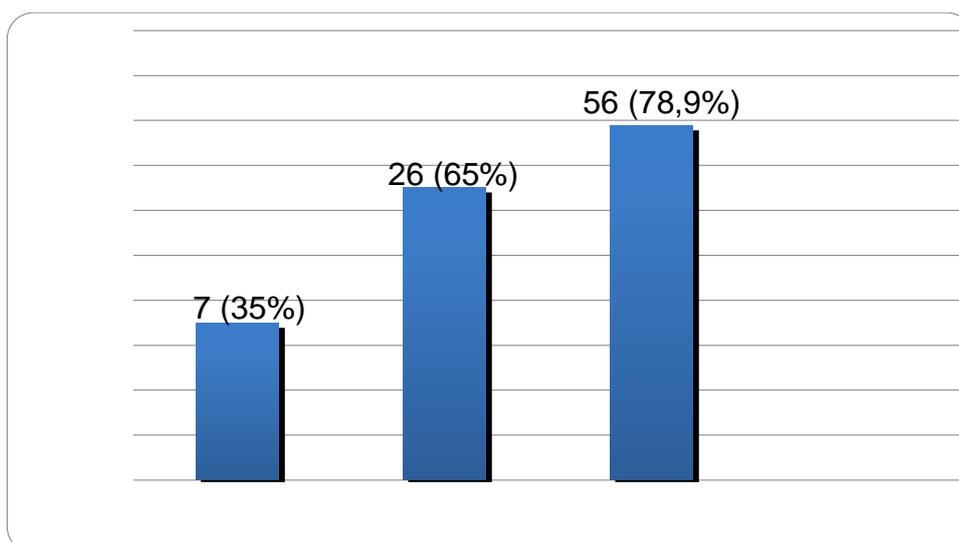


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Objetivo 3. Melhorar a adesão de Hipertensos e /ou Diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês da intervenção, 25 usuários com HAS faltaram a consulta, sendo que realizamos a busca ativa para 24 (96%), no segundo mês faltaram 41 usuários e fizemos a busca de todos (100%), da mesma forma no mês 3 que faltaram 50 e todos (100%) foram buscado conforme figura 11. Em relação aos usuários com DM no primeiro mês 9 usuários faltaram e 8 foram buscados (88,9%), no segundo mês 13 faltaram e todos foram buscados (100%) e no mês 3 13 usuários faltaram e todos foram buscados (100%), conforme 12.

Para melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa aconteceu durante o desenvolvimento do projeto a busca ativa de pacientes faltosos a consultas a qual foi feita através das vistas domiciliares por parte das ACS, médico e enfermeira.

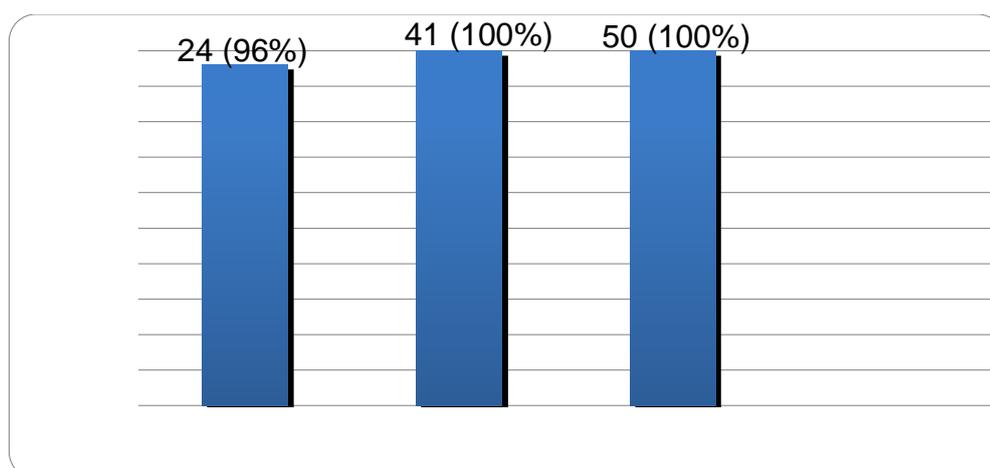


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

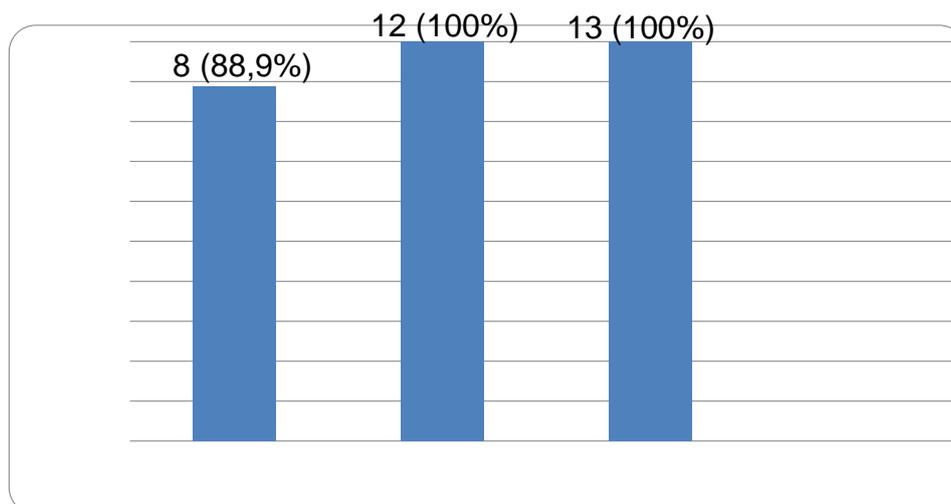


Figura 12. Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Os resultados encontrados para os usuários com HAS no primeiro mês foi realizado para 17(39,5%), no segundo mês 69 (72,6%) e no terceiro mês 129 (83,2%), conforme figura 13. Em relação aos usuários com DM foi realizado para 11 (55%) no primeiro mês, 31 (77,5%) no segundo mês e fechamos o terceiro mês com 62 (87,3%), conforme figura 14.

Em relação ao cumprimento do objetivo de melhorar o registro das informações também não foram atingidas as metas como estava planejado, mas é um dos desafios que tem a equipe para ações futuras com o grupo de pacientes hipertensos e diabéticos já que nosso projeto vai formar parte da rotina de trabalho de nossa equipe na UBS.

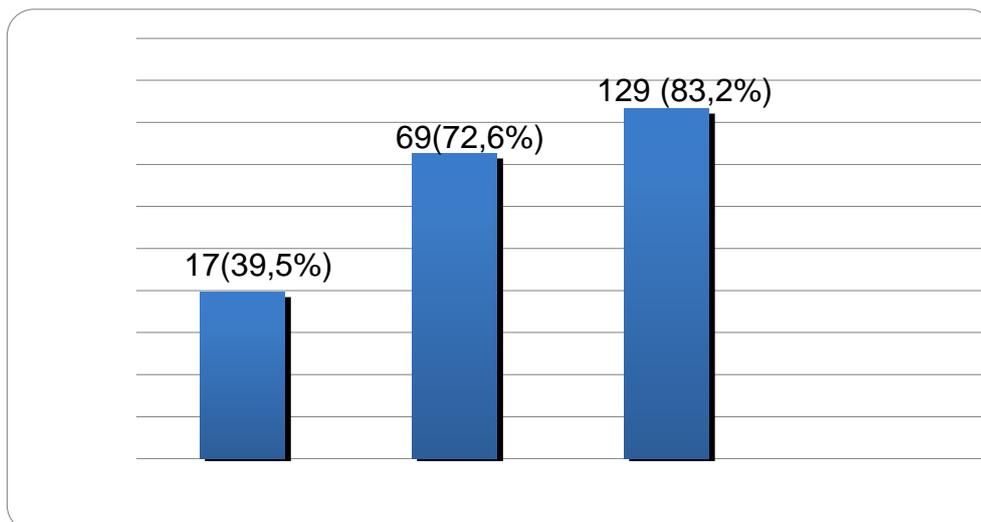


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

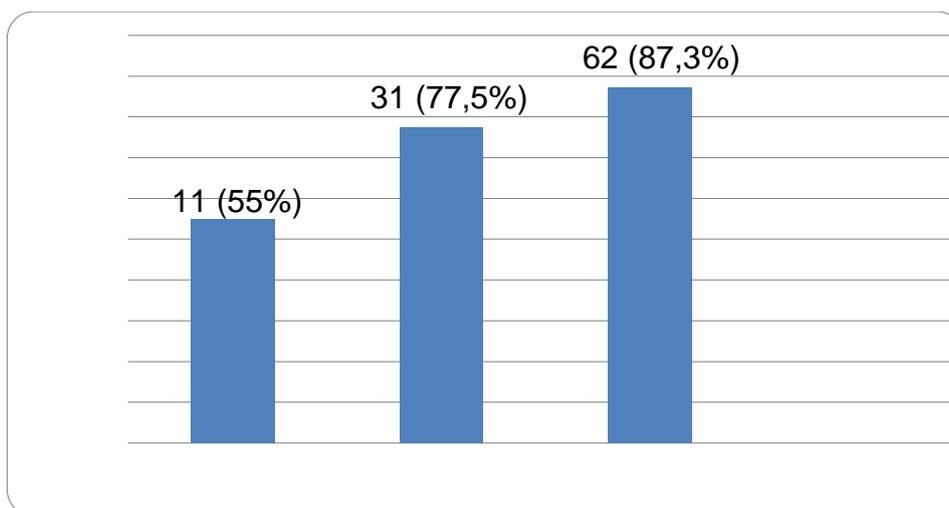


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5. Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Os resultados para este indicador durante a intervenção foram os seguintes; para os usuários com HAS foi realizada estratificação de risco cardiovascular para 17 (39,5%) no primeiro mês, no segundo mês 68 (71,6%) e o terceiro mês 128 (82,6%), conforme figura 15. Em relação os usuários com DM no primeiro mês foram 10 (50%), no segundo mês 30 (75%) e no terceiro mês 61 (85,9%), conforme figura 16.

No atendimento individual e acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM é de muita importância a avaliação do risco cardiovascular para uma classificação do paciente tendo em conta o risco tanto para a diabetes como para a hipertensão arterial. Foi utilizado o cálculo do escore do Framingham para esta classificação durante todo o desenvolvimento, ao longo dos três meses do projeto, mas não foram atingidas as metas Contudo, continuaremos com o trabalho futuramente.

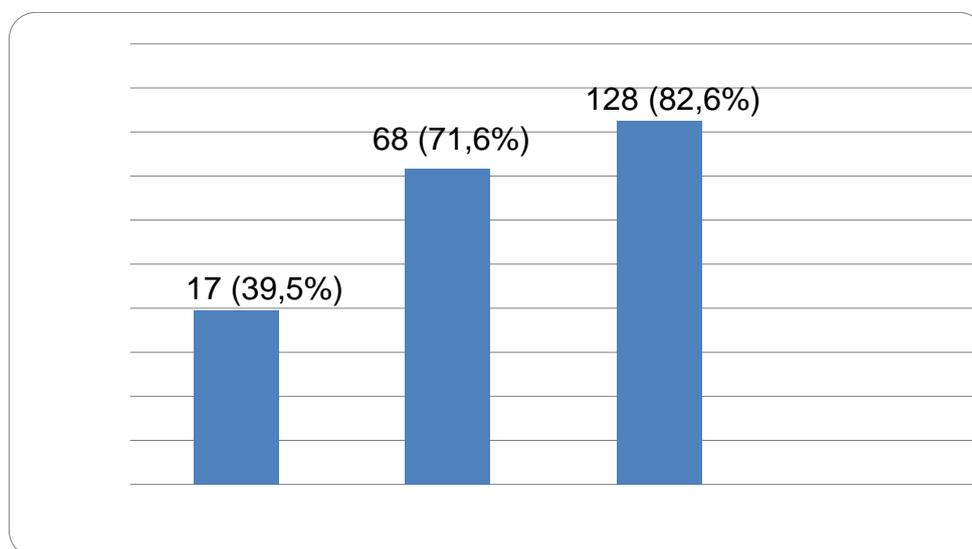


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

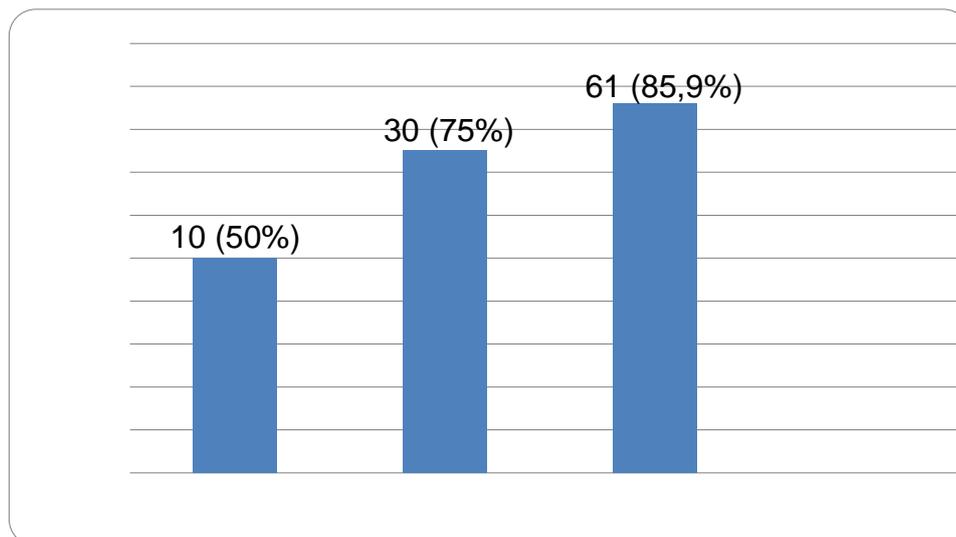


Figura 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante a intervenção os resultados encontrados para essas metas foram: no primeiro mês 32 (74,4%) usuários com HAS receberam as orientações, no segundo mês 84 (88,4%) e no terceiro mês 144 (92,9%), conforme figura 17. Em relação aos usuários com DM foram orientados 16 (80%) no primeiro mês, no segundo mês 36 (90%) e o terceiro mês 67 (94,4%), conforme figura 18.

Para o melhor controle dos pacientes com HAS e/ou DM a pessoa tem que ter um acompanhamento integral e receber as orientações sobre como ter um melhor controle destas doenças não só com tratamento farmacológico, mas também não farmacológico, como é o caso da dieta. Para isso oferecemos aos pacientes orientações nutricionais para uma alimentação adequada e equilibrada, fornecendo todos os nutrientes para um bom funcionamento do organismo e com isso a redução

da pressão arterial e a glicose sanguínea. Esperamos melhorar estes indicadores em ações futuras já que as metas não foram atingidas.

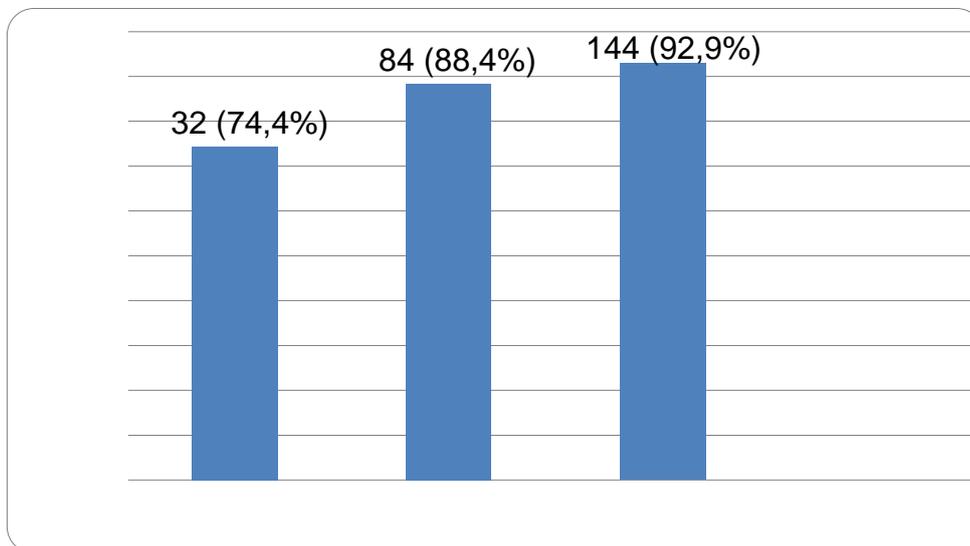


Figura 17. Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

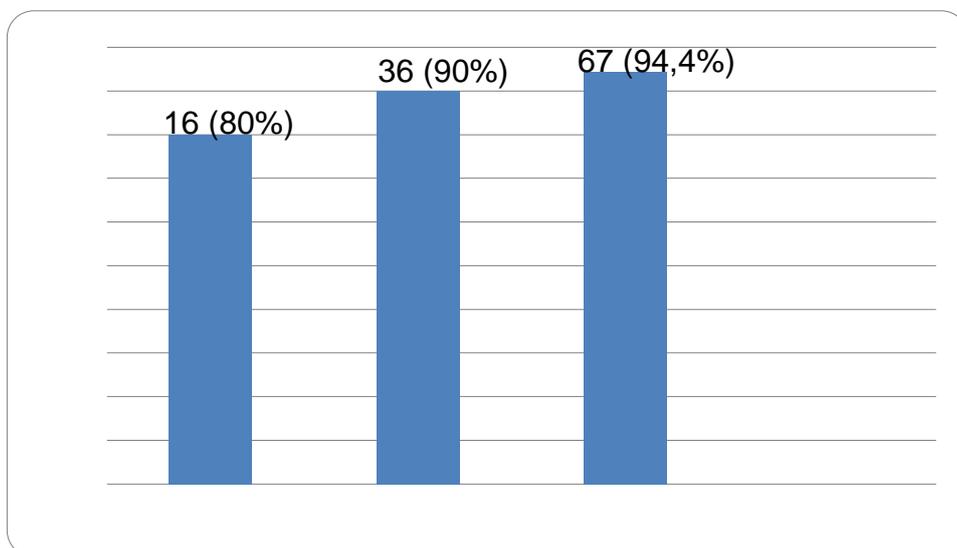


Figura 18. Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes Hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes Diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante os três meses da intervenção as metas planejadas não foram atingidas, mas percebeu-se um incremento no número de pacientes que receberam estas orientações. Em relação aos usuários com HAS, no primeiro mês receberam as orientações 27 (62,8%), no segundo mês 79 (83,2%) e no terceiro mês 139 (89,7%), conforme figura 19. Em relação aos usuários com DM foram 13 (65%) no primeiro mês, 33 (82,5%) no segundo mês e para fechar o terceiro mês com 64 (90,1%), conforme figura 20.

A prática de exercício físico é uma das formas do tratamento não farmacológico de doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e a DM. Com isso evita-se o sedentarismo que é um dos fatores de maior risco para complicações destas doenças, assim como, evita a obesidade e o estresse, que são outros fatores favoráveis ao aparecimento de complicações. É muito importante a prática de exercícios de forma regular, devendo ser realizados após orientação, avaliação médica, avaliação física e sob supervisão de um profissional capacitado, pois apesar dos inúmeros benefícios, se for realizado de maneira incorreta pode complicar algumas das doenças.

Durante a intervenção não contamos com um profissional de educação física para a realização desta atividade, mas as orientações foram oferecidas através dos atendimentos médicos e de enfermagem. Contudo tivemos a participação de um dos profissionais de educação física do município numa atividade desenvolvida com o grupo de HIPERDIA do município.

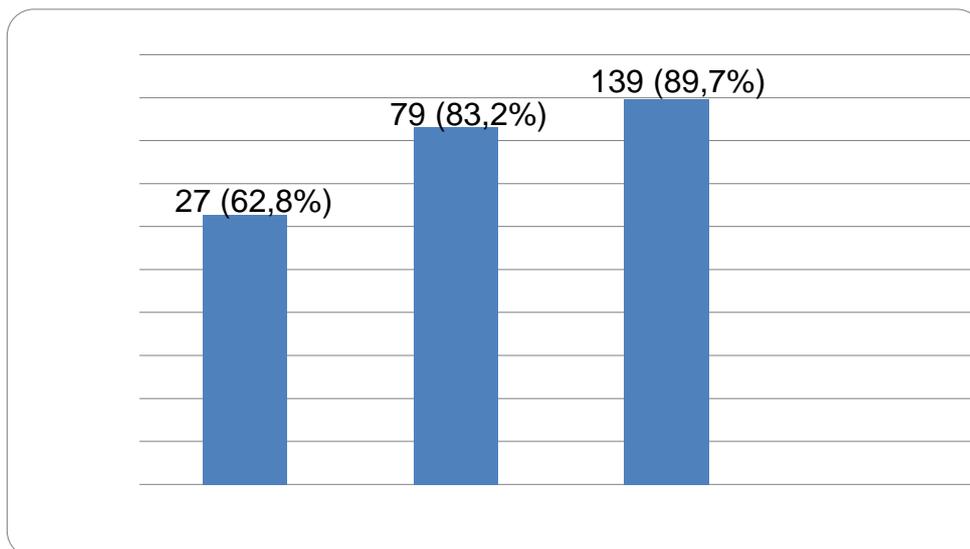


Figura 19. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

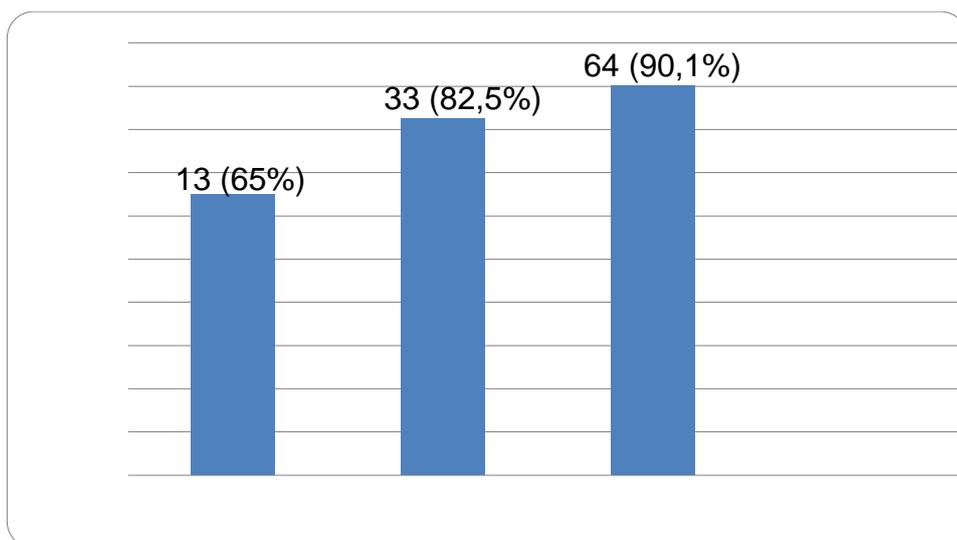


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação a essas metas, os resultados encontrados foram os seguintes para os usuários com HAS, no primeiro mês foram 36 (83,7%), no segundo mês 88 (92,6%) e no terceiro mês 148 (95,5%), conforme figura 21. Em relação aos usuários com DM foram 18 (90%) no primeiro mês, no segundo 38 (95%) e 69 (97,2%) no terceiro mês da intervenção, conforme figura 22.

São frequentemente encontradas HAS, DM e tabagismo em um mesmo indivíduo, este hábito tóxico por si só constitui um risco muito importante para muitas doenças, podendo provocar até a morte. Mas quando existem essas três condições no mesmo usuário a probabilidade de complicações é muito maior. Durante nosso trabalho no projeto foram oferecidas as orientações aos pacientes sobre o perigo e os riscos dos hipertensos e diabéticos quando fumantes.

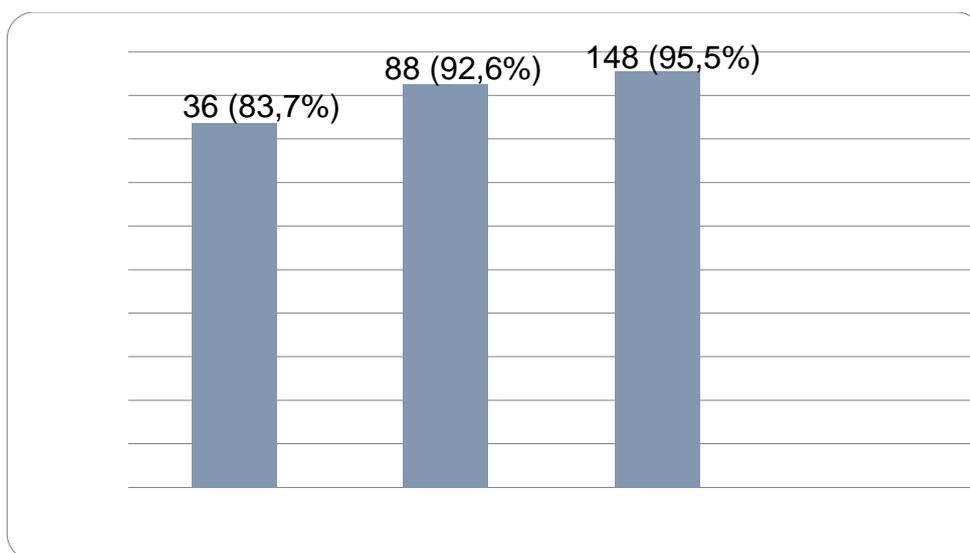


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

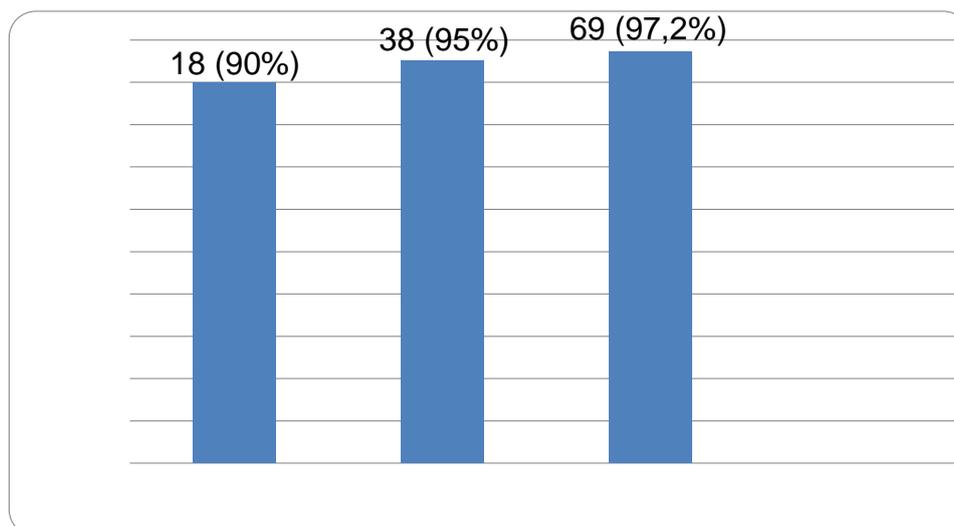


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre Higiene Bucal a 100% dos pacientes Hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre Higiene Bucal a 100% dos pacientes Diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nosso projeto de intervenção tentou oferecer todas as orientações sobre que saúde bucal tanto para os usuários com HAS quanto com DM. Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 33 (76,7%), no segundo mês 85 (89,5%) e no terceiro mês 145 (93,5%), conforme figura 23. Em relação aos usuários com Dm foram 14 (70%) no primeiro mês, 34 (85%) no segundo mês e fechamos o terceiro mês 65 (91,5%), conforme figura 24.

Problemas bucais não causam HAS e esta estando controlada não impede a realização de um tratamento odontológico. Porém, quando uma pessoa se submete a um tratamento odontológico há um risco maior de aumento da pressão arterial, motivada pelo estresse, pela dor, por medicamentos utilizados pelo dentista que podem inclusive interagir com os medicamentos que o paciente já faz uso ou por uma associação desses fatores.

Em relação aos diabéticos, existem evidências científicas de que o diabetes tem importante influência na saúde da boca, assim como o tratamento odontológico influencia no estado de saúde do diabético. As doenças como a gengivite e a

periodontite podem prejudicar o controle da glicemia e o caminho inverso também acontece: o diabetes pode agravar a manifestação dessas doenças. O diabético tem que ter em mente que uma boa higiene oral pode ser um excelente aliado no controle da doença.

Na nossa realidade de trabalho, não conseguimos ofertar orientações sobre os cuidados da higiene bucal para todos os usuários acompanhados, mas esperamos que com a continuidade da intervenção, possamos atingir um número maior desses usuários.

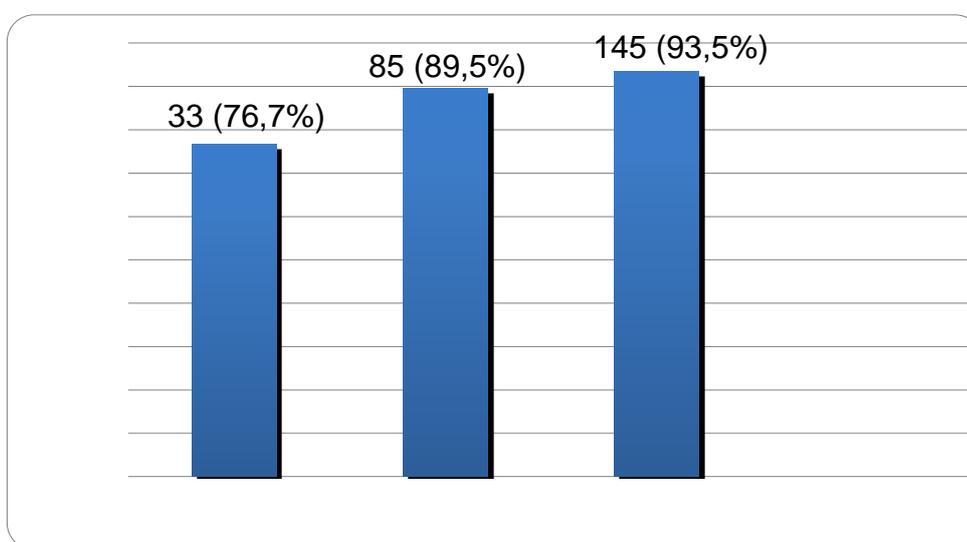


Figura 23. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

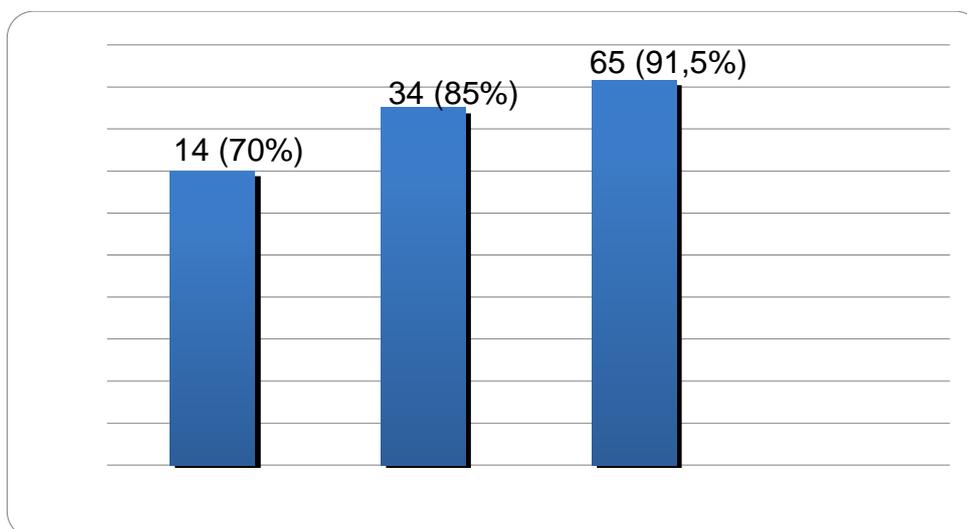


Figura 24. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade de Saúde pertencente ao município de Água Santa propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Além do tratamento e acompanhamento continuado das pessoas com estas doenças, tendo sempre como objetivo a melhor qualidade da atenção para evitar as possíveis complicações.

Para a equipe a intervenção teve muita importância, exigiu, primeiro, a capacitação da equipe para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento, para o qual se precisou de um trabalho integrado em equipe multidisciplinar, onde participaram todos os profissionais que atuaram na intervenção com a participação ativa do médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, ACS e recepcionista.

Podemos dizer que cada integrante da equipe cumpriu suas atividades tal qual estava planejado no projeto. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço onde os pacientes hipertenso e diabéticos não recebiam os atendimentos como deveriam acontecer, como por exemplo, os atendimentos odontológicos que uma vez levado na prática o projeto, este grupo de pacientes tiveram um lugar nas agendas dos dentistas com prioridade de atendimentos por dia.

A intervenção também teve muita importância para o serviço. Antes de por em prática a intervenção, na Unidade de saúde os atendimentos aos pacientes hipertensos e diabéticos se resumiam as consultas médicas e de enfermagem, uma vez realizado na prática, cada um dos profissionais assumiu o seu papel no atendimento integrado e multidisciplinar, para conseguir ofertar um atendimento de melhor qualidade neste grupo populacional. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea, isto foi de fato uma das ações que foi incorporada a rotina do serviço na UBS. A classificação do risco tem sido crucial para apoiar a priorização do

atendimento e para melhor acompanhamento dos mesmos segundo o risco que apresentam.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento personalizado e particularizado, segundo o risco de cada um. Este fato em algumas ocasiões provocou problemas por parte dos outros pacientes que permaneciam nas filas de espera para atendimento, gerando insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Apesar de ter sido desenvolvida a intervenção na comunidade e de ampliar a cobertura do programa temos no município ainda muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura os quais ainda não foram cadastrados e acompanhados adequadamente como estabelece o projeto de intervenção. A equipe continuará incentivando e mediante a busca ativa de pacientes resgataremos estes usuários para ampliar a cobertura e atingir nossas metas traçada que é o nosso objetivo de agora em diante.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o começo houvéssemos tido o maior apoio dos líderes das comunidades e administração do município para conseguir uma maior participação por parte dos usuários as atividades realizadas, como foram as palestras desenvolvidas. Acredito que se tivéssemos discutido essas atividades antes da intervenção nas comunidades, poderíamos ter conseguido uma maior adesão e participação da comunidade.

Agora no final do projeto percebe-se que a equipe está integrada e como a intervenção já faz parte da rotina do serviço, teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas no transcurso da intervenção, pretendemos dar continuidade até atingir as metas traçada no projeto para cada um dos objetivos. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

A partir do próximo mês, com prévia coordenação e planejamento com a secretaria de saúde e com os integrantes da equipe, pretendemos aumentar no município as atividades de prevenção e promoção de saúde para o qual a equipe pensou em implantar um projeto de atenção ao paciente idoso tomando como exemplo o nosso projeto de intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao gestor municipal,

Com o objetivo de reforçar a Estratégia de Saúde da Família no município de Água Santa, foi inserido o Programa Mais Médicos no município. Desde então começou uma nova etapa na prevenção de saúde desta população. No período de Abril a Julho de 2015, desenvolvemos uma intervenção junto ao programa de Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos com o intuito de melhorar os indicadores de saúde, e como parte integrante da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas.

Deixo aqui este relatório para pôr em conhecimento de Vossa Senhoria um resumo das ações desenvolvidas durante o período e dos resultados alcançados pela intervenção, tendo como objetivo principal melhorar a atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde do município.

Para colocar em prática nossa intervenção na comunidade foi construído um projeto onde o objetivo era qualificar a atenção em saúde de hipertensos e/ou diabéticos, propondo também metas e ações a serem desenvolvidas, durante 16 semanas, com um posterior reajuste a 12 semanas de intervenção devido ao meu período de férias.

Antes da intervenção existia na unidade um grupo chamado HIPERDIA, o qual estava constituído por usuários com HAS e/ou DM, mas não tinha organizada nenhuma forma de registro das atividades feitas com estes pacientes, só por meio do prontuário médico, o qual continha poucas informações. O projeto disponibilizou um sistema de registro de informações assim como o cadastro para o melhor acompanhamento dos pacientes.

Como estava planejado, todas as ações previstas foram feitas obtendo resultados que demonstraram a melhoria nos indicadores, as metas não foram atingidas todas em 100% como se esperava. Contudo, o projeto será continuado como parte da rotina da unidade de saúde até alcançar 100% das metas. Foram acompanhados durante a intervenção 155 pacientes hipertensos e 71 diabéticos, atingindo um indicador de cobertura de 25,3% e 60,7%, respectivamente.

Em relação aos indicadores de qualidade podemos afirmar que ao longo dos 3 meses da intervenção 110 (71%) hipertensos e 60 (84,5%) diabéticos realizaram exame clínico, 102 (65,8%) hipertensos e 56 (78,9%) diabéticos realizaram exames complementares, conforme protocolo do MS. A meta relacionado a prescrição de medicamentos da farmácia popular foi a que obtivemos melhores resultados, tendo sido ofertada a 153 (98,7%) hipertensos e 70 (98,6%) diabéticos. O controle de doenças crônicas como a HAS e a DM depende muito de mudanças de estilos de vida nas pessoas, mas também do consumo de fármacos que tem como objetivo estabelecer o controle destas doenças para evitar complicações e sequelas nos pacientes. A prioridade no tratamento farmacológico é um dos pilares fundamentais no acompanhamento aos usuários que tem estas doenças.

É importante salientar que os usuários com HAS e/ou DM foram orientados sobre assuntos de saúde bucal, alimentação adequada e hábitos saudáveis. Realizamos avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico e quanto ao risco para doença cardiovascular e garantimos que o maior número de pacientes recebesse visitas domiciliares, busca ativa de faltosos às consultas programadas, palestras nas comunidades e atividades no grupo. Todas essas ações foram realizadas com o objetivo de promover saúde e prevenir possíveis complicações nestas doenças.

A metodologia utilizada foi aceita por todos os membros da equipe que participaram ativamente no desenvolvimento do projeto. Desde já estamos agradecendo ao gestor municipal pelo apoio oferecido desde o início da intervenção, fornecendo os materiais solicitados e garantindo em todo o momento o transporte para as visitas e para o cumprimento de cada uma das ações planejadas. Esperamos contar com o apoio da gestão municipal para continuar desenvolvendo este trabalho na unidade de saúde, sempre apoiando a equipe e acompanhando o desenvolvimento de cada umas das ações.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante os meses de abril a julho de 2015, na comunidade do município de Água Santa, pensando na melhoria da saúde e qualidade de vida da comunidade. Foi realizado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência aos hipertensos e/ou diabéticos dessa comunidade. Durante todo o período de desenvolvimento do projeto foram acompanhados 155 pacientes hipertensos e 71 diabéticos, aumentando a cobertura desta população para 25,3% e 60,7%, respectivamente.

No primeiro momento foi passado para toda a equipe em que consistia o projeto, assim como, qual seria seu objetivo e as metas a serem atingidas, onde os protagonistas seriam os pacientes com HAS e/ou DM da comunidade. Logo no início da intervenção foi feito o processo de cadastramento de cada um dos pacientes acompanhados, para o melhor controle e registro das informações. Posteriormente, começamos a desenvolver cada uma das ações que foram previamente planejadas e aprovadas pela equipe.

Dentro destas ações realizamos palestras de orientações dirigidas a comunidade com temas como: conhecimentos gerais da doença, como evitar possíveis complicações e como manter um maior controle dessas patologias. Em cada um dos atendimentos individuais e com a família foram dadas orientações precisas sobre tabagismo, realização de exercícios físicos, alimentação saudável, higiene pessoal e bucal, entre outras. No atendimento médico individual foi feito o exame físico a cada um dos pacientes, assim como, a revisão dos exames complementares segundo o estabelecido pelos protocolos, além de que foram feitas as vistas domiciliares para realizar a busca ativa dos pacientes que se encontravam faltosos a consultas.

Todas as atividades foram desenvolvidas graças ao trabalho em conjunto da equipe com a comunidade, com um único objetivo: melhorar a qualidade de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Vale sinalar que no começo de nosso trabalho tivemos problemas com a participação da comunidade nas ações, mas posteriormente graças aos meios de comunicação, as orientações das agentes comunitárias e de toda a equipe foi resolvido este problema.

Observou-se uma melhoria nos indicadores de atenção a este grupo de pacientes e é importante deixar claro que mesmo que o trabalho continuará até atingir todas as metas planejadas e será utilizado como exemplo para o desenvolvimento de outras intervenções na comunidade. Agradecemos desde já a toda a comunidade já que sem a participação desta não teria sido possível realizar esta intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Com o começo do curso de especialização em saúde da família foram muitas minhas expectativas assim como também muitas dúvidas surgiram. Uma das principais expectativas era sobre o trabalho no Sistema Único de Saúde, em um país onde tudo eram novas experiências. A diferença de cultura e, principalmente, do idioma foi o primeiro desafio a enfrentar, mas fazer tudo para melhorar a qualidade de atenção primária no município onde eu trabalho era meu objetivo fundamental.

Tinha muita insegurança sobre o estudo à distância pela inexperiência neste tipo de ensino, que logo graças ao apoio de meu tutor, colegas e assessores do curso fui vencendo e criando confiança. O estudo contínuo e sistematizado caracterizara o curso de especialização, que com a disponibilidade de textos, materiais e tarefas a serem desenvolvidas me permitiram a compreensão de muitas dúvidas sobre o funcionamento do SUS deste país, tudo para possibilitar um melhor trabalho na atenção primária em saúde e até um melhor trabalho na equipe da UBS. Conheci os protocolos de tratamento das doenças crônicas não-transmissíveis existentes no Brasil, trabalhei as ações programáticas conforme regem a políticas de saúde brasileira e tentei me integrar à equipe da UBS para oferecer ao povo uma saúde integral.

Com a realização da análise da situação de saúde disponibilizada no curso de especialização consegui identificar alguns dos principais problemas existentes no município, dos quais posteriormente consegui transformar em melhorias na atenção primária oferecida pela equipe. Os testes de qualificação cognitiva serviram de roteiro para a escolha dos estudos de prática clínica, e a realização destas no curso permitiu atualização constante em temas recorrentes na prática médica diária e ajudou na atualização de estudo sobre doenças que até então não eram comuns na

minha prática profissional, assim como, o estudo do funcionamento do SUS e suas diretrizes, o que me possibilitou uma maior integração ao programa.

Também foram de muita importância os debates e intercâmbios de opiniões e experiências discutidas nos diferentes fóruns com a participação de colegas e assessores onde cada um de nós relatava suas experiências, o que permitiu saber a realidade de cada um em nosso trabalho nas unidades de saúde. Enfim, vale reconhecer que com a realização desta especialização minha prática profissional foi ainda mais enriquecida e as atividades feitas durante este período superou as minhas expectativas, convertendo-me num profissional mais preparado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA**. Cadernos de Atenção Básica no.37. 1ra ed. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. **DIABETES MELLITUS**. Cadernos de Atenção Básica no.36. 1ra ed. Brasília 2013.

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
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

G	H	I	J	K	L
O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

M	N	O	P	Q	R	S
Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

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