

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensão e Diabetes na UBS Caibaté 1,
Caibaté/RS**

Arnaldo Brizo Pereira

Pelotas, 2015

Arnaldo Brizo Pereira

**Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensão e Diabetes na UBS
Caibaté 1, Caibaté/RS**

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

Orientador: Aline Basso da Silva

Co-Orientador: José Adailton da Silva

Pelotas, 2015

P436m Pereira, Arnaldo Brizo

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensão e Diabetes na UBS Caibaté 1, Caibaté/RS / Arnaldo Brizo Pereira; Aline Basso da Silva, orientador(a); José Adailton da Silva, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 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. Silva, Aline Basso da, orient. II. Silva, José Adailton da, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos meus colegas de trabalho os quais dedicarem seu tempo e esforço para me ajudar a desenvolver o projeto, assim como todo o pessoal da secretaria de saúde que deu todo seu apoio para que o trabalho fora feito com qualidade, também a os pacientes que forem participes do trabalho. E minha orientadora e Co-orientador José Adailton da Silva por tanta ajuda e paciência. A todos muitos abrigados.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Aline Basso Da Silva e meu orientador José Adailton da Silva pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho de conclusão, e a todas essas pessoas que de uma forma u outra participaram na intervenção, em especial a toda minha equipe de trabalho.

Resumo

BRIZO, Arnaldo Pereira. **Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensão e Diabetes na UBS Caibaté 1, Caibaté/RS.** 2015. xf. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

A hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças de grande impacto na saúde pública, pois tem alto nível de incidência e prevalência, constituindo umas das principais causas de morbimortalidade de nossas áreas distritais. O objetivo desta intervenção é melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabéticos na Unidade Básica de Saúde 1, Caibaté/RS. Participaram da intervenção todos os hipertensos e diabéticos, da área adstrita à unidade. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no protocolo do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações que foram realizadas como o cadastro desses usuários na planilha de coleta de dados e para o registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Buscamos a ampliação da cobertura, melhoria na qualidade a atenção aos hipertensos e diabéticos assim como a melhora na adesão e registro das informações. Para isto estabeleceu-se ações dentro de quatro eixos pedagógicos: avaliação e monitoramento das ações, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Antes da intervenção nossa cobertura era de 58% para hipertensão e 54% para diabetes. Após a intervenção ampliamos para 100% a cobertura nos dois programas, cadastrando 570 usuários com Hipertensão Arterial e 173 com Diabetes. A intervenção foi importante para equipe, pois podemos nos capacitar para o atendimento a estes usuários, aumentando o vínculo com a comunidade e também para a comunidade no que tange a mais informações sobre o cuidado e cumprimento das orientações oferecidas, conforme protocolo.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

| | | |
|----------|---|---|
| Figura 1 | Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde | 0 |
| Figura 2 | Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde | 0 |
| Figura 3 | Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | 0 |
| Figura 4 | Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | 0 |
| Figura 5 | Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa | |
| Figura 6 | Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa | |
| | | |
| | | |
| | | |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|-------|---------------------------------|
| ACS | Agente comunitário da Saúde |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas |

Sumário

| | |
|--|--------------------------------------|
| Apresentação | 8 |
| 1 Análise Situacional | 9 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 9 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 10 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 15 |
| 2 Análise Estratégica | 16 |
| 2.1 Justificativa | Erro! Indicador não definido. |
| 2.2 Objetivos e metas | 18 |
| 2.2.1 Objetivo geral | 18 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 18 |
| 2.3 Metodologia | 20 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 21 |
| 2.3.2 Indicadores | 39 |
| 2.3.3 Logística | Erro! Indicador não definido. |
| 2.3.4 Cronograma..... | 49 |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 51 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas..... | 51 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas..... | 55 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... | 55 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços | 56 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 57 |
| 4.1 Resultados..... | 57 |
| 4.2 Discussão | 68 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores | 71 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade | 73 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 75 |
| Referências | 77 |
| Apêndices..... | Erro! Indicador não definido. |
| Anexos | 78 |

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco partes que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho.

Em seguida apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde. Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção apresentamos o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

No capítulo dos Resultados da Intervenção são apresentados na sequência e avaliam se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população, bem como relatório de gestores e comunidade.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Estratégia de Saúde da Família - ESF em meu serviço é considerada muito boa, já que, apesar de ser um município pequeno, está tudo bem organizado. O posto de saúde está composto por uma sala de vacina, um consultório de odontologia, um consultório médico, e um consultório de nutrição e uma sala de esterilização. Está tudo muito bem estruturado, fazemos palestras de diferentes assuntos de importância para a comunidade, muitas vezes, sugeridos pelos próprios pacientes. Realizamos visitas domiciliares duas vezes por semana, existem também grupos de pessoas com hipertensão e diabetes, aos quais oferecemos palestras, incentivamos a atividade física de forma prática, como a própria caminhada, ou seja, caminhamos nos encontros com os pacientes, de forma a incentiva-los a praticar exercícios, e também temos o grupo controle do tabagismo, no qual se oferece aos fumantes adesivos, gomas, e medicamentos, conforme suas necessidades.

As condições de trabalho são muito boas, já que no posto há receituários adequados para os diversos tipos de medicamentos e posso fazer os encaminhamentos necessários para as diversas especialidades médicas, psicológica e de fisioterapia, quando julgo necessário. Temos à disposição um carro, não somente para as visitas programadas, como também para eventuais visitas de urgências. Além disso, a farmácia do município conta com boa variedade de medicamentos e, em raros casos, o paciente deve buscá-los em farmácias particulares. O que mais me chama a atenção é a quantidade de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados pelos pacientes, tanto de jovens como de idosos. Subjetivamente, estimo que mais de 60% da população toma estes medicamentos, e a faixa etária na qual mais predomina o uso, é a dos pacientes

idosos. No dia a dia, há uma procura maior de uma pequena parcela de pacientes que, muitas vezes, supera o que podemos oferecer no posto, já que muitos deles apresentam problemas de ordem econômica e familiar que fogem das nossas possibilidades/governabilidade. Porém, ainda assim, tentamos oferecer o maior conforto, na medida do possível, trabalhando em conjunto com a Psicóloga e demais membros da equipe.

No posto de saúde fazemos também teste para sífilis, HIV, hepatite B e C, e teste do pezinho nas crianças recém-nascidas para o diagnóstico de algumas doenças. Eu atendo em média doze pacientes durante o período da manhã, número que me permite realizar um atendimento satisfatório e não preciso "correr" contra o tempo. As atividades da tarde incluem trabalho em grupo e atendimentos em outras comunidades do município, agendamos 3 consultas por dia mais preferentemente para o pessoal que mora no interior do município, as consultas a gestantes são feitas terças nas tardes e as puericulturas segunda na tarde e os preventivos são feitos duas vezes por semanas com agendamento prévio. Fazemos reuniões da equipe com frequência e participam: enfermeira, dentista, agentes de saúde, a cada quinze dias, nas quais discutimos assuntos diversos relacionados à ESF, o que torna o trabalho, devido, principalmente, à comunicação com os agentes de saúde, mais dinâmico.

As visitas domiciliares me permitem ver a realidade das famílias e fazer um diagnóstico mais profundo sobre a situação dos seus membros. No meu consultório tenho acesso à internet e livros de medicina adquiridos pela Secretaria de Saúde. Está tudo muito bem estabelecido, tenho muito apoio da prefeitura, da Secretária de saúde e dos meus colegas, com os quais possuo um ótimo relacionamento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Caibaté é um município do Estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 4954 habitantes, localiza-se na Região Missioneira do Estado e, por localizar-se geograficamente no centro desta, o município é conhecido como "o coração das missões" (IBGE, 2010).

A estrutura de saúde é organizada com duas unidades de saúde, sendo as duas no modelo de Estratégias de Saúde da Família, com uma equipe cada.

Além das Unidades de Saúde, a Atenção Primária à Saúde - APS, conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF o qual se encarrega de apoiar a Estratégia de Saúde da Família em ações individuais e coletivas, bem como de avaliar os pacientes com algum problema mais específico.

A disponibilidade de atenção especializada é feita em outros municípios: Santo Ângelo e São Luiz Gonzaga. A secretaria de saúde regula os pacientes e transporta-os para tais municípios, quando necessário. Além disso, nosso município possui um hospital de pequeno porte, onde é oferecido pequenas cirurgias, alguns partos e alguns exames laboratoriais. Contamos também um laboratório clínico onde oferece diversos serviços, alguns exames de maior complexidade são feitos em outros municípios.

Minha unidade de saúde é rural e também urbana, realizamos acompanhamento em uma unidade de saúde da zona urbana e também três postos no interior (conhecidas também como comunidades rurais): Serrinha de Urubucarú, Os Correias e Assentamento Nossa Senhora de Aparecida. O vínculo com o Sistema Único de Saúde - SUS é direto pela secretaria de saúde e o modelo de atenção básica é por meio de Estratégia de Saúde da Família - ESF. Minha equipe é composta por um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, sete agentes comunitário de saúde, uma odontóloga e uma auxiliar odontológica. Temos ainda uma nutricionista, uma recepcionista, e uma auxiliar de limpeza.

A estrutura física de minha unidade é muito boa, apesar de ser município pequena, mas, tem todas as condições para o trabalho. Temos 4 consultórios, sendo 1 consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 consultório médico e 1 para a nutricionista. Cada sala tem seu computador e mobília adequada, temos sala de vacinas, quarto para depósito de lixo (expurgo), uma sala de reuniões. A deficiência que temos por enquanto é a não presença do prontuário eletrônico, mas já está sendo providenciado e instalado para melhorar nosso serviço.

Temos uma população adscrito de 2550 destas 1250 são de sexo masculino e 1300 do sexo feminino com uma variedade de idade de:

Tabela 1: População adscrito por faixa etária e sexo

| Faixa Etária | Masculino | Feminino |
|---------------------|------------------|-----------------|
| 0-10 anos | 38 | 140 |

| | | |
|--------------------|------|------|
| 10- 20 anos | 125 | 110 |
| 20-30 anos | 198 | 200 |
| 30-40 anos | 250 | 312 |
| 40-50 anos | 348 | 265 |
| 50-60 anos | 161 | 140 |
| 60 ou mais | 130 | 133 |
| TOTAL | 1250 | 1300 |

Em nossa Unidade de Saúde não temos muitas demandas espontâneas, já que temos uma unidade de pronto atendimento logo em frente, mas, quando acontece a procura em nosso serviço o usuário é avaliado e atendido pela equipe de saúde. Todos os usuários são devidamente acolhidos, o primeiro contato do usuário é com a recepção pela secretaria em primeiro momento, onde informam o serviço procurado e são devidamente orientados e encaminhados para a equipe de enfermagem e esta, por sua vez, avalia junto com o médico clínico geral, verifica qual é a urgência em caso, seja um caso de atendimento imediato, é atendido e encaminhado, se for necessário. Se não é situação de urgência, e é um caso que pode esperar, o paciente é agendado para, no máximo, o dia seguinte.

Em relação à saúde da criança, temos 31 crianças menores de um ano no território, todas em acompanhamento. Através dos registros e preenchimento do caderno de ações programáticas temos uma cobertura de 100%. As ações de atenção contam com consulta de puericultura, realização de vacinas, teste do pezinho, visitas domiciliares, porém não possuímos protocolo ou manual técnico para ações de saúde das crianças. Há um registro específico para monitorar regularmente estas ações. Os aspectos positivos são que a equipe consegue chegar à cada mãe de criança e manter um vínculo com elas, garantindo que tenham em dia suas consultas e vacinas. A grande dificuldade que temos são que não temos protocolo a seguir com as crianças para seu monitoramento.

Em relação aos indicadores de qualidade temos bons indicadores, pois 31 crianças (100%) estão com consultas em dia, teste do pezinho até 7 dias, primeira consulta nos primeiros 7 dias em dia, vacina em dia, monitoramento do crescimento em dia, orientação sobre aleitamento materno, avaliação bucal, monitoramento e desenvolvimento da criança adequadas. Contudo, não temos triagem auditiva.

Com relação a atenção ao pré-natal fazemos ações de hábitos alimentares, avaliação odontológica, prática de atividades físicas, grupo de gestantes onde aborda-se diferentes assuntos de suma importância, como aleitamento materno e trabalho de parto. Seguimos um protocolo do Ministério da Saúde, conforme a idade gestacional de cada paciente. A equipe participa de todas as atividades e os aspectos mais positivos são que todas as gestantes terminam sua etapa gestacional e seu parto com várias informações e a saúde adequada. Contudo, as dificuldades que possuímos são que não possuímos, em nosso município, especialistas em obstetrícia para avaliação das mesmas e também temos um grupo pequeno que faz consultas em entidades privadas.

O caderno de ações programática estima um total de 25 gestantes. Temos cadastradas apenas 12 gestantes, gerando uma cobertura de 47%. Em relação aos indicadores de qualidade temos: 83% (N = 10) com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 100% (N=12) com consultas em dia, com solicitação de exames na primeira consulta, com a vacina antitetânica e de hepatite B em dia, com prescrição de suplementos de sulfato ferroso, com exames ginecológicos, avaliação da saúde bucal, orientação sobre aleitamento exclusivo.

Em relação ao puerpério temos uma estimativa de 31 puérperas, com 19 cadastradas e acompanhada, tendo, portanto, uma cobertura de 61%. Em relação aos indicadores de qualidade, todas as puérperas (100% - N = 19) receberam consultas até 42 dias após o parto, tiveram a consulta registrada, receberam orientações sobre cuidados básicos, foram orientados sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, realização de exames ginecológicos, tiveram abdômen examinado e avaliação quanto a intercorrência.

Em relação a prevenção do câncer do colo uterino e o controle do câncer de mama, na unidade é feito exames de preventivos uma vez por ano a cada mulher que está em idade e realizar tal exame (25 a 64 anos), assim como também é feito o exame das mamas e mamografia. Temos um registro onde é preenchido todas as ações feitas como exames indicados, condutas a seguir, a avaliação feita e a próxima consulta agendada. Considero que os aspectos em relação a prevenção do câncer de colo uterino e de mama estão bem estabelecidos.

Temos 701 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, todas sendo acompanhadas na unidade de saúde (100% de cobertura). Considero que as ações estão satisfatórias, já que é feito em 100% das mulheres todos os exames previstos.

A principal dificuldade é a não presença de médico ginecologista para avaliação das pacientes. Além disso, das 701 mulheres na faixa etária as que estão em dia com os exames cito patológicos de colo uterino em dia são somente 332 (47%), exames coletados com amostra satisfatória 332 (47%), orientação e prevenção de câncer de colo uterino 332 (47%), exames cito patológicos alterados 8 (1%).

Quanto as mulheres de 50^a 60 anos, elegíveis para o programa de controle do câncer de mama, temos um número de 263, todas em acompanhamento (cobertura de 100%). Destas 253 estão com o exame de mamografia em dia (97%), avaliação para risco de câncer em 256 (97%).

Quanto aos usuários com hipertensão e diabetes fazemos atividades de grupos todas as semanas em conjunto com outros profissionais, onde é realizado palestras como a importância da prática de exercícios, hábitos alimentares, uso contínuo de medicamentos etc. Também é oferecido os medicamentos na farmácia básica da unidade. Os aspectos positivos são que cada usuário com doença crônica conhece as atividades físicas a realizar e a prática de hábitos de vida saudáveis para melhorar seu modo e estilo de vida e também tenham em dia seu medicamento.

Contudo, não possuímos um registro específico adequado para avaliar e monitorar as ações. Temos um número estimado de 570 pessoas com 20 anos ou mais que possuem hipertensão. Contudo, temos em acompanhamento somente 328, com uma cobertura de 58%. Os indicadores de qualidade estão bons, pois todos os que estão em acompanhamento possuem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames periódicos em dia, recebem orientação sobre nutrição e prática de atividades físicas e fazem avaliação da saúde bucal.

Em relação as pessoas com diabetes mellitus estima-se 173 pessoas com diabetes, sendo que temos 88 em acompanhamento, com uma cobertura de 54%. Em relação aos indicadores de qualidade, todos que estão em acompanhamento receberam avaliação cardiovascular e estão com exames em dia, palpação pulso tibial posterior e pedioso com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, receberam orientação quanto a prática de atividades física e hábitos alimentares. Porém, para outros indicadores não possuímos informações.

Em relação aos usuários idosos fazemos atividades de motivação para prática de atividade física e assistência bucal, hábitos alimentares e visita domiciliar. Acho que em minha unidade temos que fazer grupos de idosos para melhorar o

atendimento destas pessoas e assim ter um melhor controle. Não temos um protocolo a seguir para estas pessoas e também temos que incentivar a equipe para participar das ações de saúde dos idosos. O número total de idosos acima de 60 anos é de 348 e com acompanhamento em dia 348 (100%). Temos 245 idosos com hipertensão (70%) e 173 com diabetes mellitus (47%). Todos os idosos recebem orientações nutricionais e sobre a prática de atividade física (100% - N =348).

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

Em relação à comparação desse relatório situacional com o texto sobre a situação da ESF/APS em meu serviço descrito na segunda semana do curso, pude observar que os serviços melhoraram em minha unidade. Apesar de estar tudo bem organizado e estabelecido observamos que precisávamos conhecer melhor a situação da unidade. É importante lembrar que o trabalho feito em equipe levou a termos mais comunicação, assim como melhorar os atendimentos nas diversas ações programáticas e a envolver toda a equipe nas atividades e ações previstas na ESF. Além disso, pudemos identificar fragilidades para realizarmos capacitações e adquirir mais conhecimento. Temos criado grupos de atenção, como de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, que funciona todas as quartas-feiras.

Posso dizer que nossa unidade e equipe de saúde tem todas as condições para garantir atendimentos de qualidade. Logo, fico muito feliz em poder ver que o trabalho está indo muito bem e com aceitação pela população, porque com a dificuldade do idioma no primeiro momento se tornou muito difícil, mas, tudo deu certo graças ao apoio da comunidade e em especial de meus colegas de trabalho.

Além disso, observamos que, após fazer a análise situacional nosso conhecimento sobre os diversos aspectos do processo de trabalho foi ampliado, o que possibilitou transformações concretas.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A Atenção Básica/Saúde da família é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização de Equipe de Saúde da Família (ESF). Trabalhamos com foco nas famílias, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Dentro alguns grupos priorizados estão os pacientes hipertensos e diabéticos. Nos últimos anos, na presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial é observada com frequência cada vez maior, sobretudo na sociedade moderna, onde o estilo de vida, caracterizado por uma dieta demasiado rica em gorduras e açúcares e por um hábito generalizado de estilo sedentário, favorecendo estas doenças que, constituem fatores para a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando dois dos principais fatores de risco das doenças coronárias, que podem levar a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente e sua família. (BRASIL, 2013).

Além disso, a hipertensão e a diabetes são problemas de saúde comuns, com consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução, por isso têm que ser diagnosticada precocemente porque oferecem múltiplas chances de evitar complicações, mediante ações de promoção e prevenção e podemos evitar consequências futuras. Por isso, a

importância de abordar, em nossa intervenção, os usuários hipertensos e diabéticos na UBS 1 do município de Caibaté.

Minha unidade de saúde está no município de Caibaté, ESF 1, Rio Grande do Sul, com uma população de 2550 pessoas. Nós contamos só com uma equipe de trabalho que é suficiente para garantir um bom atendimento à população adstrita. Nossa equipe está composta por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma odontóloga com sua auxiliar de consultório dentário, sete agentes comunitários de saúde, uma nutricionista, um auxiliar de serviços gerais e um médico, clínico geral, do programa Mais Médicos para o Brasil. Possui uma recepção, sala de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala de esterilização, um consultório médico e um odontológico, e um consultório de nutrição, quatro banheiros, cozinha e sala de reunião. Pode-se afirmar que a estrutura da unidade é boa e permite um bom fluxo de pacientes. Acredito que contamos com todas as condições para um bom acompanhamento para os pacientes com hipertensão e/ou diabetes.

A população alvo deve ser atendida em conjunto por todos os membros da equipe, com consultas programadas, além das demandas espontâneas e as visitas domiciliar realizadas pelos membros da equipe. O total da população-alvo da ação programática na nossa área de abrangência é de 570 pessoas com hipertensão e 173 com diabetes, em pessoas com 20 anos ou mais, acompanhados em consultas programadas seguindo protocolo do atendimento. Contudo, atualmente temos uma cobertura de 58% para hipertensão e 54% para diabetes. Estamos desenvolvendo um bom trabalho, mas com a união da equipe do NASF e a equipe da ESF, podemos ampliar a cobertura, melhorar o seguimento e a qualidade de vida destes pacientes, evitando futuras complicações. Desenvolvemos atividades de promoção e prevenção de saúde com os grupos de hipertensos e diabéticos, fundamentalmente palestras, prática de exercícios físicos e atividades de ensino sobre estas doenças. Contudo, não temos registro específico, acompanhamento baseado no protocolo e sistematização das ações.

A escolha do foco de intervenção foi uma decisão da reunião da equipe e se baseou, no critério de baixa cobertura pois, o número de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na minha área, sob conhecimento da equipe, são inferiores à média nacional. Além disso, não existem ações sistematizadas, como acolhimento aberto à toda a população alvo, ações agendadas em dias específicos da semana, existe atraso nos exames periódicos, não existe um controle sobre a

incidência (casos novos) e prevalências (casos existentes) e não existe um cronograma de ações educativas na comunidade sobre estas doenças.

Pretendemos com esta intervenção fazer cadastramento completo da população e pesquisa ativa de pacientes hipertensos e diabéticos, programar um dia da semana para atendimento das doenças crônicas, mas também garantir demanda livre, com objetivo de ter um melhor acompanhamento, ampliando o acesso, mas também a qualidade. Desejamos, assim, alcançar que todos os usuários portadores destas doenças tenham seus exames periódicos atualizados, seja realizado um registro de controle de incidência e prevalência da Hipertensão e Diabetes, realizar um cronograma de ações educativas sobre estas com incorporação de toda a equipe de saúde, para que o trabalho se desenvolva com melhor qualidade, dentre outras ações, sempre pensando no bem-estar dos usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar da Atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Básica de Saúde Caibaté 1, Caibaté/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade básica de saúde.

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdía para 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdía para 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde.

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

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

.

Objetivo 3: Melhorar a adesão do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde.

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

3.2- Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações direcionado dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de saúde.

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

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

Objetivo 5: Mapear os Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica de Saúde.

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

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

Objetivo 6: Realizar ações de promoção da saúde voltada aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de saúde.

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

6.2 garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

6.3. Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos pacientes hipertensos.

6.4 garantir orientação em relação a pratica de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

6.5. Garantir orientações sobre os riscos de tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6.6Garantir orientações sobre os riscos de tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

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

6.8 garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Caibaté 1, no Município de Caibaté/RS. Participarão da intervenção 570 pessoas com hipertensão e 173 pessoas com diabetes, com idade igual ou superior a 20 anos. A seguir, estão descritas as ações que serão realizadas, com seu detalhamento, organizadas por objetivo específico, metas e nos eixos estruturantes da intervenção: monitoramento

e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas

1.1. Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações referentes às metas 1.1 e 1.2:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

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

- Detalhamento das ações:

Faremos uma revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM, bem como atualização das informações. Após esta etapa, iremos cadastrar todos os pacientes com HAS e DM da área de cobertura da unidade utilizando a ficha espelho individual dos usuários para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa.

Utilizaremos ainda planilha de usuários cadastrados na unidade para controle de inscritos no programa e realizaremos reuniões de equipe para discussão dos dados levantados e o planejamento de melhorias no monitoramento.

Eixo: Organização e Gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Para estas ações, utilizaremos a planilha de acompanhamento dos usuários cadastrados no programa para registro das atividades realizadas por estes; A enfermeira e o médico da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados; através da revisão das fichas espelho.

Envolveremos toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe e capacitaremos os funcionários da equipe para acolher adequadamente os usuários com HAS e DM, garantir agenda para a demanda programa e espontânea.

Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial será observado a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro, além de solicitar a gestão a reposição dos aparelhos danificados da unidade de saúde. Para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste será solicitado à gestão a reposição do estoque da unidade de saúde.

EIXO: 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:

Fixaremos, na UBS, cartazes e material educativo a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa;

Orientaremos toda população e, mais incisivamente os mais predispostos, como os idosos, pessoas sedentárias e obesas, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes;

Realizaremos também orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes, junto aos usuários na sala de espera da UBS, com regularidade, fazendo-os terem protagonismo diante de seu estado de saúde. Realizaremos reuniões mensais na comunidade para conversar sobre assuntos referentes a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos e trataremos de garantir grupos de promoção da saúde para o público-alvo.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.

- 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 médico e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe não cadastrados. As capacitações dos ACS serão realizadas pelo médico na primeira semana de intervenção, mas terá caráter longitudinal.

Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste;

O médico e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos de enfermagem, favorecendo a qualificação da prática clínica.

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

METAS

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

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

Ações referentes às metas 2.1 e 2.2:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Revisaremos os prontuários de atendimento dos hipertensos e diabéticos para avaliação da qualidade das consultas. Além disso, o protocolo e a ficha espelho servirá como guia para a realização de um exame clínico apropriado. As fichas espelho também serão revisadas no intuito de verificar se a realização do exame clínico foi apropriada e realizada em todos os pacientes.

EIXO: Organização e gestão do serviço

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

As atribuições dos membros da equipe serão definidas em reunião de equipe na primeira semana de intervenção e levará em consideração o protocolo, bem como as atribuições e dispositivos legais de cada profissão.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

- Orientar os pacientes 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.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Informaremos toda a comunidade sobre os riscos e as possíveis complicações das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. Tais orientações ocorrerão de forma individual e coletiva, seja nos grupos de promoção da saúde ou em cada consulta a ser realizada. Essa ação será destacada também nas reuniões mensais com a comunidade.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

As capacitações serão realizadas no horário destinado as reuniões de equipe das primeiras semanas de intervenção, levarão em consideração o protocolo, possibilitando alinhar o processo de trabalho de todos os profissionais. As capacitações serão ofertadas pelo médico e enfermeira da unidade.

METAS

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

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

Ações referentes às metas 2.3 e 2.4:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

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

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Tais ações serão realizadas de duas principais formas: revisão dos prontuários de atendimento dos hipertensos e diabéticos para avaliação dos pedidos de exames laboratoriais e revisão das fichas espelho, semanalmente, para monitorar os dados referentes a pedidos de exames.

EIXO: 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

O médico, nas consultas, realizará o pedido de exames complementares aos usuários que não estejam com exames em dia conforme os protocolos. A equipe conversará com os gestores para garantir a agilidade na realização dos exames complementares. Destacaremos com marca texto as fichas espelho dos usuários

com exames complementares em atraso, possibilitando, assim, alertá-los sobre esta necessidade.

EIXO: Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Para esta ação, o médico orientará nas consultas sobre a necessidade de realização dos exames complementares. Além disso, realizaremos reuniões com a comunidade para conversar sobre os temas da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Esta orientação também será reforçada de forma individual, nas consultas, e por meio da visita do agente comunitário de saúde.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações à equipe sobre o protocolo adotado na unidade para a solicitação de exames complementares.

METAS

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

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

Ações referentes às metas 2.5 e 2.6:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdía.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Revisaremos os prontuários de atendimento dos hipertensos e diabéticos para avaliação do acesso aos medicamentos da farmácia popular e também as fichas espelho, semanalmente, para monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular. Buscaremos também informações por meio do agente comunitário de saúde, que indicará quem não conseguiu o acesso, para buscarmos solução ao caso. Manteremos contato com a farmácia popular para identificar eventuais falhas de falta de medicação, para buscar apoio com os gestores municipais.

EIXO: 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:

A técnica de enfermagem fará o controle do estoque dos medicamentos disponíveis na unidade de saúde quinzenalmente, incluindo a validade e registrará em livro específico de estoque. Faremos também uma lista dos medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos que será atualizada periodicamente.

EIXO: Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdía e possíveis alternativas para obter este acesso.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

A orientação será individual e coletiva. O médico orientará nas consultas sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e todos os demais membros da equipe estarão aptos a fornecer a mesma orientação.

Realizaremos, ainda, esta orientação nas reuniões com a comunidade para conversar sobre os temas da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Nas reuniões semanais de equipe, todos deverão estudar o protocolo, cabendo ao médico e a enfermeira realizar orientações à equipe sobre as normativas e informações que devem dar aos usuários das alternativas que possuem para obter acesso aos medicamentos da farmácia popular e também atualizarão os profissionais sobre o tratamento da hipertensão.

METAS

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

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

Ações referentes às metas 2.7 e 2.8:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Em cada consulta, o médico deverá avaliar a necessidade de atendimento odontológico, para pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Revisaremos também as fichas e prontuários clínicos para monitorar os casos que necessitam de atendimento odontológico e providenciaremos o agendamento e busca ativa.

EIXO: 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:

O médico avaliará nas consultas os usuários hipertensos e diabéticos quanto a necessidade de atendimento odontológico. Os casos que necessitarem serão agendados para a odontologia. O agendamento em livro específico garantirá prioridade no atendimento.

EIXO: Engajamento Público

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Todos os membros da equipe serão responsáveis por esta ação, orientando o paciente nos diversos espaços da unidade e comunidade. Além disso, em cada consulta, o médico orientará sobre a importância de realizar a avaliação de saúde bucal e os riscos que estão submetidos por não aderirem a esta avaliação. Realizaremos, ainda, reuniões com a comunidade para conversar sobre os temas da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, com foco também na saúde bucal.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

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

Não apenas o médico, mas todos os demais profissionais devem estar aptos a fazer esta avaliação. Para isto, a equipe será capacitada para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos nas reuniões de capacitação baseados no protocolo. Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira também deverão realizar orientações a equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico em usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Garantir a adesão do 100 % dos hipertensos e diabéticos.

METAS:

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

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

Ações referentes às metas 3.1 e 3.2:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Para acompanhar os faltosos às consultas, revisaremos as fichas e prontuários clínicos para avaliação dos casos faltosos a consultas, semanalmente. A avaliação nas reuniões de equipe, destacando o total de consultas de hipertensos e diabéticos realizadas na unidade semanalmente, servirá para potencializar este objetivo e metas. A avaliação nas reuniões de equipe sobre o total de visitas domiciliares realizadas pelos ACS semanalmente, também será importante.

EIXO: 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 casos de faltosos às consultas, que serão identificados semanalmente, receberão visita do agente comunitário de saúde para que a consulta seja reagendada. Para isso, orientaremos aos ACS realizar visitas domiciliares em busca de pacientes faltosos, buscando sua adesão. O agendamento de consultas de pacientes faltosos será garantido, com uma reserva de 5 consultas por semana para

os usuários provenientes das buscas, podendo ser alterado de acordo com a necessidade.

EIXO: 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 (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

As ações coletivas sempre serão espaços de potencialidade para as ações de engajamento público. Realizaremos reuniões nas comunidades mensalmente para orientar importância dos controles nas unidades de saúde.

A valorização do protagonismo das pessoas também é importante, para isso, precisamos ouvir toda a comunidade em estratégias que permitam a adesão dos hipertensos e diabéticos aos controles na unidade básica de saúde.

Além disso, identificaremos na comunidade, promotores de saúde que ajudem no controle dos hipertensos e diabéticos faltosos.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Como pacote dos momentos de capacitação também atualizaremos os ACS sobre os protocolos de atendimentos no programa nas reuniões de equipe, neste caso, sobre a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

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

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

Ações referentes às metas 4.1 e 4.2:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

A enfermeira revisara semanalmente os registros de hipertensos e diabéticos para avaliar sua qualidade, para obter um melhor controle. Os ajustes serão realizados, sempre que for necessário. Além disso, discutiremos nas reuniões da equipe a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos, no intuito de sempre aperfeiçoá-los.

EIXO: Organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB (SISAB - ESUS) atualizadas.
- Implantar as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos.
- Pactuar com a equipe o registro de informações dos hipertensos e diabéticos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos hipertensos e diabéticos.
- 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 das doenças.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Em cada consulta de acompanhamento o médico e enfermeira atualizarão os dados dos usuários nos prontuários, bem como o registro adequado do SISAB - ESUS. Em consonância a isto, será preenchido as fichas espelho de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos. A enfermeira e o médico da UBS

são os responsáveis pelo monitoramento do registro e preenchimento do SISAB e seu envio ao MS.

EIXO: Engajamento público

- Orientar os pacientes 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:

Durante todas as consultas informaremos aos pacientes sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Realizaremos, também, esta orientação nas reuniões na comunidade mensalmente para tratar de temas relevantes ao programa de hipertensão e diabetes

EIXO: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira deverão realizar capacitações para todos funcionários da equipe sobre o registro adequado das informações.

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

METAS

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

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

Ações referentes às metas 5.1 e 5.2:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Revisaremos os prontuários individuais para monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco. Faremos o controle do registro através das fichas espelho, que serão revisadas semanalmente, quando monitoraremos os usuários em dia para a estratificação de risco

EIXO: Organização e gestão do serviço

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Com o monitoramento, será possível organizar e gerir o serviço, promovendo a classificação de risco e o agendamento de consultas com priorização seguindo os riscos apresentados.

EIXO: 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:

A orientação será ofertada de forma individual e coletiva. Nas consultas e também durante as reuniões mensais na comunidade para falar sobre os fatores de

riscos, necessidade de acompanhamento regular e outros temas relacionados com estas doenças.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- 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:

Outro ponto do protocolo que vai exigir capacitação é quanto à estratificação de risco, registro, classificação e controle dos fatores modificáveis. Faremos capacitação nas reuniões de equipe semanais sobre estes aspectos.

Objetivo 6: Proporcionar uma adequada promoção de saúde para hipertensos e diabéticos.

METAS

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações referentes às metas 6.1 e 6.8

EIXO: 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 orientações sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Todos os pacientes receberão orientações para a promoção da saúde. Para garantir que todos obtiveram estas orientações, seja de forma individual ou coletiva, precisamos garantir um registro adequado e monitorá-lo. Para isto, revisaremos fichas espelho para o levantamento do número de usuários com orientação sobre orientação nutricional, atividade física regular, orientação sobre riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal, semanalmente.

Teremos também registro e monitoramento das ações de promoção da saúde que são desenvolvidas pela equipe.

EIXO: Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Realizaremos reuniões mensais, os chamados grupos de promoção da saúde, com a comunidade para abordar a promoção de saúde de hipertensos e diabéticos. Criaremos planilha ou formulário para o registro das atividades de orientação da saúde realizadas na unidade.

Envolveremos toda a equipe da UBS nas ações voltadas as orientações da saúde na comunidade e todos estarão aptos a isto.

Em reunião com o gestor demandaremos a compra de medicamentos para tratamento do tabagismo e outros insumos importantes para a promoção da saúde.

As consultas terão tempo suficiente para realizar as orientações em nível individual.

EIXO: 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 e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Para realizar tais ações adotaremos as seguintes estratégias: Fixaremos na UBS cartazes e material de orientação a respeito da importância da alimentação saudável, da atividade física regular, do abandono do tabagismo e da higiene bucal; Efetuaremos, na UBS, palestras com hipertensos e diabéticos e familiares sobre hábitos e costumes que devem manter para saúde adequada; e Realizaremos na

UBS encontros com hipertensos, diabéticos e familiares sobre hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, abandono do tabagismo e higiene bucal

EIXO: 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 para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

O médico e a enfermeira da unidade em momentos de reunião semanal capacitarão a equipe sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e abandono do tabagismo

O dentista da unidade deverá capacitar os ACS, sobre importância de oferecer orientações de higiene bucal e que estas podem ser realizadas por qualquer profissional capacitado e não somente dentistas.

Nas reuniões semanais de equipe o dentista e auxiliar deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe para garantir uma adequada orientação sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Para monitorar as ações, cada meta dispõe de um indicador, que será acompanhado semanalmente. Tais indicadores, discriminados por objetivos e metas estão descritos a seguir:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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 100% 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 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.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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 às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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 com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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.

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.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre 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.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre 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.

Indicador 6.5: 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.

Indicador 6.6: 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.

Indicador 6.7: 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.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos vamos adotar os protocolos/cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde Nº 36 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, 2013) e Nº 37 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, 2013).

Utilizando ainda os registros nos prontuários clínicos, registros do sistema HIPERDIA (fichas de cadastro e monitoramento). Para poder coletar todos os indicadores necessários do monitoramento de intervenção, o médico e a enfermeira vão utilizar as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso para o monitoramento (anexo A).

Os dados registrados na ficha espelho serão, semanalmente, transportados para planilha de coleta de dados, no formato Excel, a qual será constantemente monitorada e avaliada.

Estimamos alcançar com a intervenção um total de 570 pacientes hipertensos e 173 diabéticos aproximadamente. Faremos contato com gestor municipal para obter o material necessário para a intervenção, para dispor das fichas espelho, bem como as fichas complementares que serão anexadas nas fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será analisado cada indicador da planilha eletrônica de dados.

Para realizar avaliação dos indicadores de qualidade a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos utilizaremos como modelo o protocolo do ministério de saúde. Todas as atividades serão executadas pelos profissionais da equipe responsável desta tarefa, de forma individual e coletiva, nas consultas médicas ou visitas domiciliares.

As ações partirão do cadastramento destes pacientes com previa capacitação da equipe, que será realizada pelo médico e enfermeira. Tais capacitações ocorrerão durante toda a intervenção, nas reuniões da equipe, semanalmente. Precisaremos imprimir e disponibilizar os protocolos do ministério da saúde, e isto ficará à cargo do gestor municipal.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vieram a consulta de medicina geral nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, que serão complementadas nas consultas, já que não há registro adequado nos prontuários. Ao mesmo tempo, a enfermeira, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso favorecendo, assim, um sistema de alerta inicial.

A Análise Situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da ESF na reunião da equipe. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção ao hipertensos e diabéticos, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto serão 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros.

O acolhimento aos pacientes será feito por todo e qualquer membro da equipe ao chegar na unidade onde já receberão informações sobre a intervenção. Logo passarão por acolhimento privativo, classificação e pela triagem de enfermagem. Os que apresentem algum problema agudo serão atendidos imediatamente e os com problemas não agudos serão agendados para outro dia da semana. Deixaremos reservadas 05 consultas por semanas para os hipertensos e diabéticos que cheguem de forma passiva em consultas para realizar o cadastramento por nossa equipe.

Para aumentar a cobertura e a qualidade do programa de hipertensos e diabéticos as Agentes comunitárias de saúde realizarão a busca ativa dos usuários faltosos às consultas. Para esses usuários provenientes das buscas reservaremos outras 05 consultas semanais. Em todos os atendimentos clínicos, revisaremos a ficha espelho do usuário a fim de manter exames complementares, avaliação de risco, orientações de saúde em dia.

A comunidade também tem um desempenho importante em nossa intervenção, portanto, faremos contato com a associação de moradores e representantes da comunidade, colégios e demais instituições parceiras da nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância dos controles das pessoas cadastradas no programa de hipertensos e diabéticos, assim como a importância do acompanhamento regular. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de conscientizar a população em assistir as consultas agendadas e necessidade de priorização dos atendimentos deste grupo populacional. Realizaremos reuniões mensais com a comunidade, na qual participará médico, enfermeira e Agentes de Saúde, com finalidade de conversar sobre temas relevantes a ação, como orientações de alimentação saudável, atividades físicas, importância de manter os exames em dia, saúde bucal, acesso a medicamentos da farmácia popular entre outros. Ao longo da intervenção serão realizados 4 encontros onde teremos lista de presença dos usuários que comparecerem. As ACS serão responsáveis pela divulgação através de folders com data e local das atividades. Ainda no eixo de engajamento público, elaboraremos cartazes para fixar nas paredes da unidade de saúde com informações relevantes para os usuários hipertensos e diabéticos. Os cartazes serão elaborados na primeira semana da intervenção pelas técnicas de enfermagem.

O controle do estoque dos medicamentos será monitorado pelas técnicas de enfermagem que revisarão os medicamentos da unidade de saúde quinzenalmente e farão lista atualizada, incluindo a validade.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelhos dos pacientes hipertensos e diabéticos identificando aqueles com atraso a consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacina, para agendarem uma consulta e atualizá-los. Al final de cada semana as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica e monitorada periodicamente.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Considero que meu trabalho de intervenção sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus foi realizado de forma correta, conforme foi planejada, seguindo o cronograma e o protocolo estabelecido, tive um contato com alguns dos líderes da comunidade (vice-prefeita, secretaria de saúde e alguns dos vereadores do município) onde falamos sobre meu projeto e a importância de ações sobre os pacientes hipertensos e diabéticos. Também tive uma reunião com a equipe básica de saúde onde falamos diversos temas sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus priorizando e enfatizando o papel de cada profissional da unidade.

Os agentes comunitários de saúde estiveram imersos com o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa, desde a primeira semana e durante toda a intervenção. Estes foram primordiais na busca dos pacientes faltosos às consultas para sua valoração. Além disso, estive todas as semanas da intervenção em atendimento clínico de pacientes diabéticos e hipertensos, monitorando o uso da medicação contínua, o tratamento não medicamentoso, verificação da tensão arterial e hemoglicoteste, além de indicar exames complementares para sua avaliação

Na segunda semana de intervenção, os agentes comunitários de saúde continuaram com o cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos em suas visitas domiciliares, além de fazer as visitas com o objetivo de buscar pacientes hipertensos e diabéticos faltosos a consultas. Nessa semana chegaram 10 pacientes encaminhados por agentes para ser avaliados em consultas, o que já mostrou uma boa adesão da população. Nesta semana também foi feito

atendimentos médico aos os pacientes hipertensos e diabéticos indicando exames complementares e fazendo exames físico minucioso para sua avaliação.

Na reunião da equipe feita na segunda semana, fizemos capacitação dos profissionais de saúde quanto a protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus. A enfermagem demonstrou para toda a equipe a correta maneira de medir pressão arterial e a realização de hemoglicoteste. Também tivemos um encontro com o pessoal da farmácia para o controle de estoque de medicamentos.

Na semana 3 fizemos, além das ações nos demais eixos do curso, focamos na qualificação clínica, com a capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema do protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus em relação a higiene bucal. A dentista da unidade falou sobre como avaliar os pacientes para priorizar as consultas e chegar a valoração odontológica. As agentes de saúde também continuaram com as visitas domiciliares priorizando hipertensos e diabéticos para cadastrá-lo no programa.

No transcurso desta semana fizemos uma atividade de grupo de promoção da saúde, em uma de nossa área adstrita, onde avaliamos todos os pacientes presentes assim como se fez prova de hemoglicoteste a todos os pacientes diabéticos e tomada de tensão arterial a os hipertensos além de preencher as fichas espelho de cada um dos presentes e prestar diversas orientações sobre promoção da saúde e prevenção de agravos. Nesta semana foi feito também atendimento médico normalmente, agendamentos, busca de faltosos e monitoramento dos registros.

Na semana 4 destacamos que tivemos um novo contato com o pessoal líder da comunidade onde tocamos temas sobre as ações para melhorar o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, além disso, foi feito atendimento médico e demais ações nos 4 eixos propostos para a intervenção.

Na semana seguinte, avançamos nas consultas a pacientes hipertensos e diabéticos para sua avaliação onde foi feito hemoglicoteste a os pacientes diabéticos e medida de aferição arterial a todos os pacientes, além de indicar exames complementares (colesterol total e frações, ácido úrico, triglicerídeos, creatinina, hemograma completo e eletrocardiograma) para logo avaliar sua estado de saúde, também aproveitamos o momento em conjunto com a enfermagem e a agente de saúde para preencher a ficha espelho de cada um dos pacientes aderido ao programa de atenção aos hipertensos e diabéticos e também classificar, com base

no sistema de alerta, com caneta destaque amarelo. Outro destaque das ações realizadas, nesta semana fiz uma visita domiciliar em uma das comunidades de nosso município a uma paciente hipertensa de 54 anos, a pedido da agente de saúde, conforme classificação de prioridade, para ser avaliada, o que já mostrou que o nosso sistema estava eficaz.

Na semana 6 destaco que fizemos novas visitas domiciliares, a pedido da agente de saúde, visitamos seis pacientes que se encontravam faltosos às consultas em um dos interiores (comunidades rurais) de nosso município, linha passo novo, a qual indicamos exames complementares. Também no transcurso desta semana visitamos outro interior de nosso município, linha Santo Ângelo, em conjunto com nutricionista e o pessoal da farmácia, onde tivemos um pequeno contato com os pacientes hipertensos e diabéticos, medimos pressão arterial, hemoglicoteste a pacientes diabéticos e a nutricionista peso e talo a cada um dos pacientes. Neste momento, a nutricionista deu uma pequena palestra também sobre hábitos alimentar saudável, cada um dos pacientes presentes foi avaliado pelo médico clinico geral e indicado exames laboratoriais para avaliação de risco e, ao final, da atividade o pessoal da farmácia entregou os medicamentos a cada paciente orientando a adequada administração.

Seguindo a intervenção, na semana 7 fizemos mais visitas domiciliares em conjunto com uma de nossa agente de saúde e a enfermagem do posto a sete pessoas idosas, diabéticas e hipertensas, fizemos avaliação completa, incluindo a medida de hemoglicoteste aos diabéticos e pressão arterial a todos, além de ser orientados sobre a pratica de atividade física e diminuição do consumo de sal. Fizemos também, nesta semana, revisão clinica por parte do médico clinico geral a cada paciente onde também encaminhou os pacientes para exames laboratoriais avaliação.

Na semana 8 continuamos com os atendimentos médicos, avaliando os pacientes, assim como fizemos uma atividade de grupo em uma de nossa área da cidade 2, em conjunto com a farmácia onde foi feita entrega dos medicamentos e uma palestra feita por o médico sobre complicações das doenças crônicas.

Na semana 9 continuamos a intervenção e estivemos também em visitas domiciliares à pedido da agente de saúde, visitamos catorzes pacientes hipertensos e diabéticos idosos, foi feito hemoglicoteste aos diabéticos e toma de aferição arterial a todos os pacientes, além de indicar exames complementares de rotina. As

visitas foram feitas em um dos interiores de nosso município, Serrinha de Urubucarú. Convém ressaltar que, em todas as semanas de intervenção nos preocupamos em realizar ações de organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação.

Como nossa atenção requer atendimento na UBS e também em comunidades rurais, é comum termos de realizar visitas domiciliares. Na semana 10 estivemos novamente em visitas domiciliares, a pedido da agente de saúde, sempre embasada na classificação de prioridade. Nesta semana visitamos dez pacientes hipertensos e diabéticos idosos, os quais se encontravam com bom estado de saúde, aproveitamos a oportunidade para fazer hemoglicoteste a os diabéticos e toma de aferição arterial a todos os pacientes, além de indicar exames complementares de rotina para avaliar melhor seu estado de saúde. Também neste transcurso da semana em nosso município fizemos uma atividade em conjunto com o pessoal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Nesta ação participaram 40 pacientes hipertensos e diabéticos. O pessoal de SAMU falaram sobre como ativar o SAMU e as formas de como se faz. A atividade foi feita em uma de nossa área nas Correias, foi feito também atendimento médico e organização da demanda.

Na semana 11 continuamos nosso trabalho de intervenção e também estivemos em visitas domiciliares. Toda segunda-feira realizávamos visitas e nesta visitamos doze pacientes hipertensos e diabéticos, todos idosos. Desta vez, as visitas foram feitas em um dos interiores de nosso município, Rincão do Pesqueiro, orientamos sobre a prática de atividade física, dieta adequada e sobre o uso de medicação de uso contínuo. Também nesta semana foi realizada avaliação dos pacientes por parte do médico clínico geral.

Na última semana de intervenção, fizemos novas visitas domiciliares, e visitamos dezoito pacientes hipertensos e diabéticos em um de nossos interiores de nosso município linha Caaro, aproveitamos a oportunidade para fazer hemoglicoteste a os diabéticos e toma de aferição arterial a todos os pacientes, além de indicar exames complementares de rotina para valorar seu estado, orientamos sobre a prática de atividade física, dieta adequada e sobre o uso de medicação de uso contínuo. Também no transcurso da semana em nosso município fizemos uma atividade em conjunto com um pessoal da farmácia, a atividade foi feita em um de nossos interiores Colônia Brasileira, cada um dos pacientes presentes foi avaliado

pelo médico clínico geral e indicado exames laboratoriais para avaliação de risco e medida de aferição arterial e hemoglicoteste, ao final da atividade o pessoal da farmácia entregou os medicamentos a cada paciente. Em na atividade se falo a os pacientes sobre a importância da medicação de uso contínuo.

É importante lembrar que, semanalmente, nos reuníamos para avaliar a intervenção e, ao final da mesma, avaliamos como positiva e propusemos continuar com as ações e ampliar ainda mais nosso escopo de atuação.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Tivemos umas dificuldades com nosso trabalho em determinado momento da intervenção, devido alguns casos de dengue em nosso município, e tivemos que focar em eliminar a dengue. Sabemos que precisamos garantir todas as ações de forma rotineira na ESF, porém, no princípio, na fase de adaptação da intervenção, tivemos a dinâmica de trabalho levemente modificada. A pesquisa e atendimento médico foi sobrecarregada devido os casos de dengue, o que dificultou alguns agendamentos, mas logo tudo voltou à normalidade e pudemos continuar com nossa rotina de trabalho e nossa intervenção sem maiores dificuldades. Seguimos em frente com nossa intervenção, apesar de, também, termos um pouco de dificuldade com o pessoal da comunidade rural por não ter como transportar eles para a realização de exames complementares, mas nós conseguimos alcançá-los, avaliá-los e incluí-los em nossas ações.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houveram dificuldades na coleta e na sistematização das planilhas, os indicadores foram facilmente compreendidos e avaliados pela equipe de saúde. As fichas foram preenchidas pelo clínico geral, com ajuda das fichas espelho preenchidas pelo agente de saúde e transcritas para a planilha de coleta de dados semanalmente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nós conseguimos incorporar na rotina do serviço a participação de todos os pacientes hipertensos e diabéticos, bem como a participação dos grupos pela equipe de saúde nas quartas-feiras, também a realização de exames de controle, seja uma vez por ano, e a visitas domiciliares a pacientes hipertensos e diabético nas segundas-feiras. Claro que este cronograma sistematizou as ações, mas eram flexíveis para a demanda espontânea.

Após a intervenção vamos ter a possibilidade de incorporar a rotina do nosso serviço e manter as ações que já estamos desenvolvendo, conforme protocolo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS Caibaté, Rio Grande do Sul da melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais. A estimativa, conforme Caderno de Ações Programáticas era que tínhamos na área 570 pessoas com mais de 20 anos com hipertensão e 173 pessoas com diabetes.

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

Metas:

1.1. Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Convém ressaltar que, antes de iniciar a intervenção tínhamos uma cobertura de apenas 58% (328 pessoas) com hipertensão e de 54% (88 pessoas) com diabetes. Neste sentido, ampliamos ao final da intervenção para 570 pessoas com hipertensão (100%) e 173 (100%) para diabetes. Tendo um major resultado no mês 3 já que os atendimentos forem diretamente nos interiores do município onde aproveitamos os grupos e avaliamos a todos os usuários. A evolução deste indicador encontra-se na figura 1.

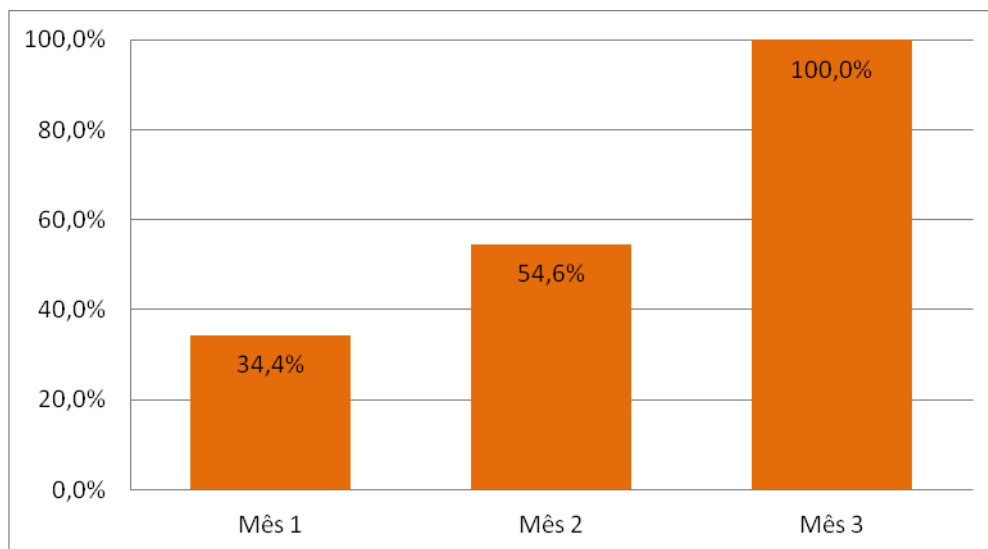


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

No mês um cadastramos e acompanhamos 34,4% (N=196), no mês dois 54,6% (N = 311) e no mês três 100% (N = 570).

A figura 2 mostra a cobertura do programa para pessoas com diabetes, que também teve grandes avanços, onde, no mês um aderiram ao programa e foram cadastrados 27,7% (N = 48), no mês dois 46,2% (N = 80) e no mês três 100% (N = 173).

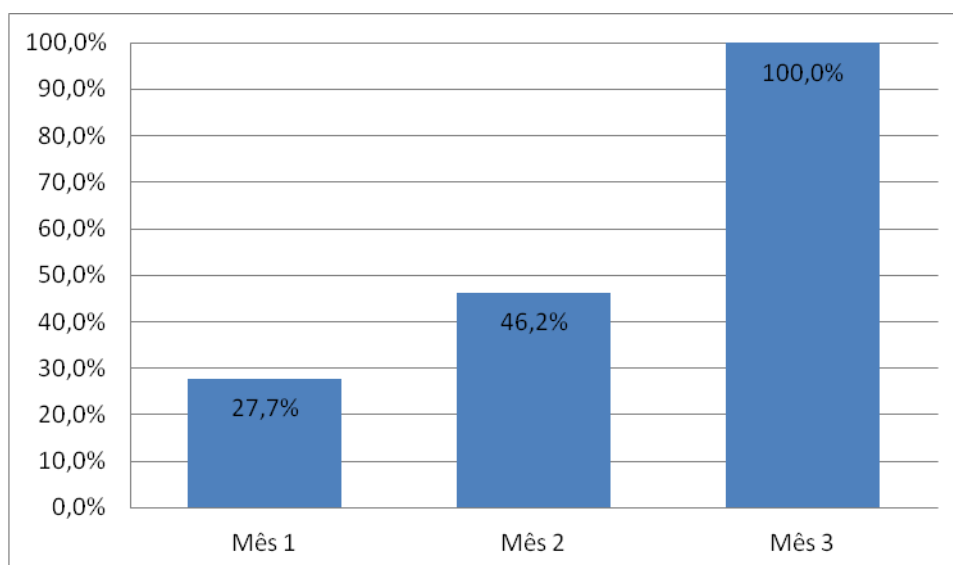


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Acredito que a melhora dessa proporção de cobertura do programa se deu principalmente com ajuda das agentes comunitárias de saúde e a implantação de monitoramento dos pacientes hipertensos e diabéticos por parte da equipe de saúde. Pelo que acredito foi cumprido o objetivo chegamos a cadastrar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Metas:

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

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

Outro importante objetivo foi, além de ampliar a cobertura, também melhorar a qualidade da atenção. Isso exigiu a equipe sistematizar as ações e capacitar-se para garantir esta qualidade.

Em relação à realização de exames clínicos em dia de acordo com o protocolo dos pacientes hipertensos e diabéticos, a meta foi realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos. Conseguimos realizar exame clínico em 100% dos pacientes, em todos os meses. Acredito que a melhora dos dados foi também pela implantação do sistema de monitoramento e avaliação e também a facilidade de agendamento para as consultas.

Em relação ao exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão, no mês um realizamos a avaliação em todos os 196 pacientes atendidos, no mês dois com 311 pacientes e no mês três os 570 pertencentes a nossa área de abrangência, o que garantiu um indicador de qualidade de 100% em todos os meses. Já no que diz respeito a este tipo de exame clínico para pessoas com diabetes, também mantivemos 100% em todos os meses, sendo no mês um avaliados 48, no mês dois 80 e no mês três 173 pacientes.

Percebemos uma melhora na participação dos pacientes ao final da intervenção, acredito que foi pela ajuda dos agentes comunitários de saúde e a ajuda da equipe de saúde na realização de hemoglicoteste e medida de aferição arterial.

Metas:

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

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

Em relação aos exames complementares é importante destacar que os seguintes exames fazem parte da rotina para a pessoa com hipertensão e diabetes: hemograma completo, ácido úrico, colesterol, eletrocardiograma, glicemia de jejum, creatinina, triglicérides e radiografia de tórax. Para isto, garantimos a solicitação e realização dos exames clínicos complementares para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes, nos três meses da intervenção. No mês um tais exames foram garantidos para 196 pessoas com hipertensão e 48 com diabetes, no mês dois 311 pacientes com hipertensão e 80 com diabetes e no mês três para 570 pacientes com hipertensão e 173 com diabetes.

É importante lembrar que para alcançarmos esta meta foi importante mobilização por meio de toda equipe, realização de consultas adequadas e também a garantia da oferta de tais exames pelo gestor municipal.

Metas 2.5 e 2.6:

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

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

O tratamento não medicamentoso deve estar presente em todos os tratamentos para pessoas com doenças crônicas. De igual modo, sempre que necessário, o tratamento medicamentoso deve ser garantido. Para favorecer a integralidade e o acesso, é importante que a prescrição esteja de acordo com o protocolo, com a Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais - RENAME e disponíveis na farmácia popular. Priorizamos a prescrição de tais medicamentos e mantivemos registro na ficha espelho e prontuário. Esta prescrição ocorreu para todos os pacientes durante os três meses da intervenção. No mês um a prescrição ocorreu para 196 pessoas com hipertensão e 48 com diabetes (100% dos pacientes

atendidos naquele mês), no mês dois 311 pacientes com hipertensão e 80 com diabetes (100%) e no mês três para 570 pacientes com hipertensão e 173 com diabetes, garantindo assim, que todos recebessem prescrição medicamentosa adequada que viabilizasse o acesso ao fármaco.

Metas:

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

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

Ainda com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, também necessitávamos garantir avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico. Como já dito anteriormente, capacitamos a equipe para fazer esta avaliação, sendo que, ela foi comumente realizada por médico e enfermeira e a odontóloga do posto de saúde que, durante as consultas realizávamos tais avaliações em todos os pacientes. Deste modo, buscamos a integralidade das ações, pois a saúde bucal é indispensável para a qualidade de vida de nosso público alvo.

É importante ressaltar que para melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertenso e diabético fizemos algumas atividades como: realização de capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de atendimentos, realização de exame clínico apropriado, além de abordar temas como acolhimento, realização de avaliação de risco e atualização no tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Além das consultas medicas, foram programadas consultas odontológicas agendadas pela odontóloga sendo avaliada a necessidade com maior especificidade, potencializando as nossas ações. Nossa meta era avaliar 100%, contudo, devido à que 4 pacientes ficarem sem assistir a consulta agendada pela odontóloga por fins desconhecidos não conseguimos alcançar 100%, mas, chegamos a 99,8% dos hipertensos (N = 569) e 99,4% dos diabéticos (N = 172), conforme figuras 3 e 4.

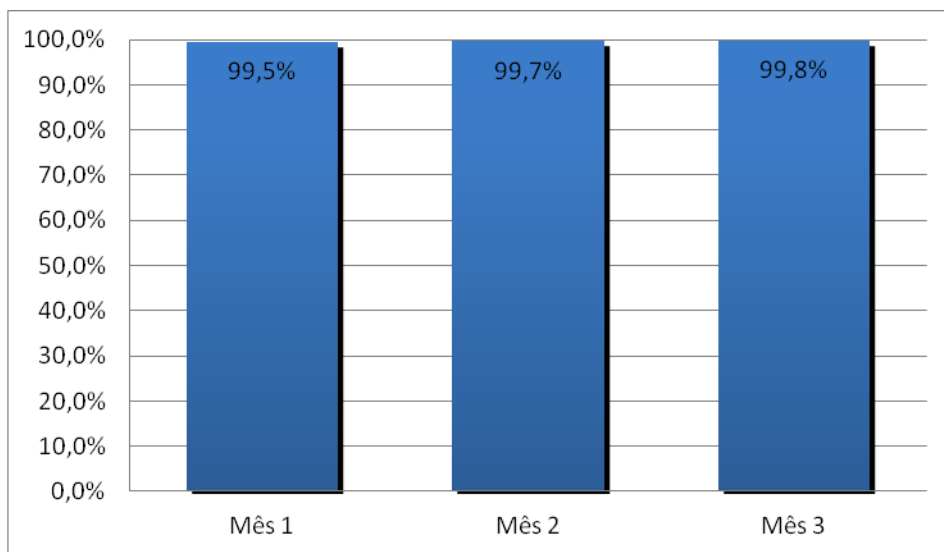


Figura 3: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Em relação as pessoas com hipertensão, conforme observado na figura anterior, no mês um 195 hipertensos passaram por avaliação da necessidade de atendimento odontológico (99,5%), no mês dois 310 (99,7%) e no mês três 569 (99,8%).

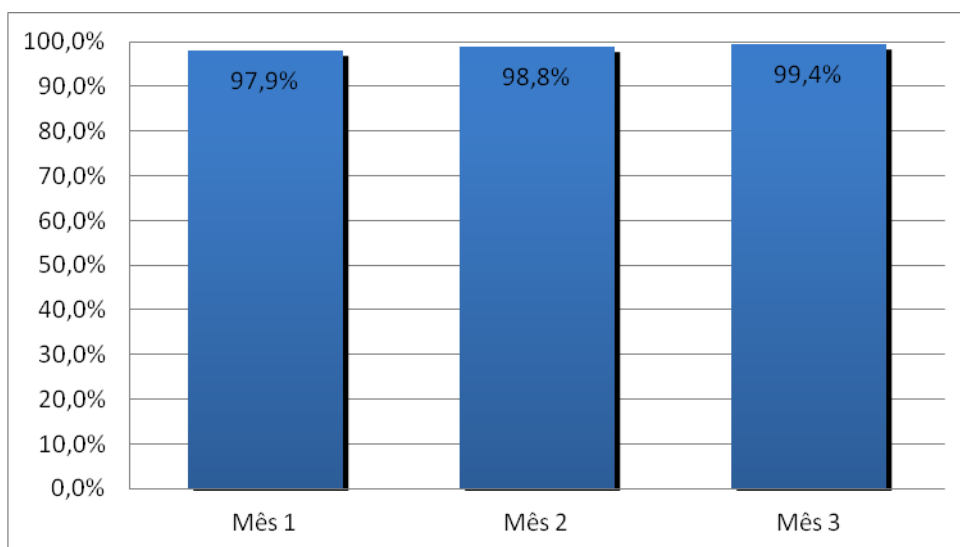


Figura 4: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Já em relação aos pacientes com diabetes, no mês um 97,9% (N = 47) realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no mês dois 98,8% (N = 79) e no mês três 99,4% (N = 172)

Objetivo 3: Melhorar a adesão do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde.

Metas:

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

3.2- Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Contudo, para melhorar a qualidade era importante também melhorar a adesão do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde, pois, é papel da estratégia de saúde da família também coordenar o cuidado da atenção e garantir a longitudinalidade do cuidado.

Em relação a melhorar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao programa se trabalhou na busca ativa dos pacientes faltosos às consultas de nossa área de abrangência, o objetivo principal foi buscar 100% dos pacientes diabético e hipertensos faltosos a consultas.

O objetivo foi cumprido integralmente. No primeiro mês de intervenção faltaram às consultas 16 pacientes hipertensos e 4 diabéticos e foi realizado busca ativa de todos eles (figuras 5 e 6).

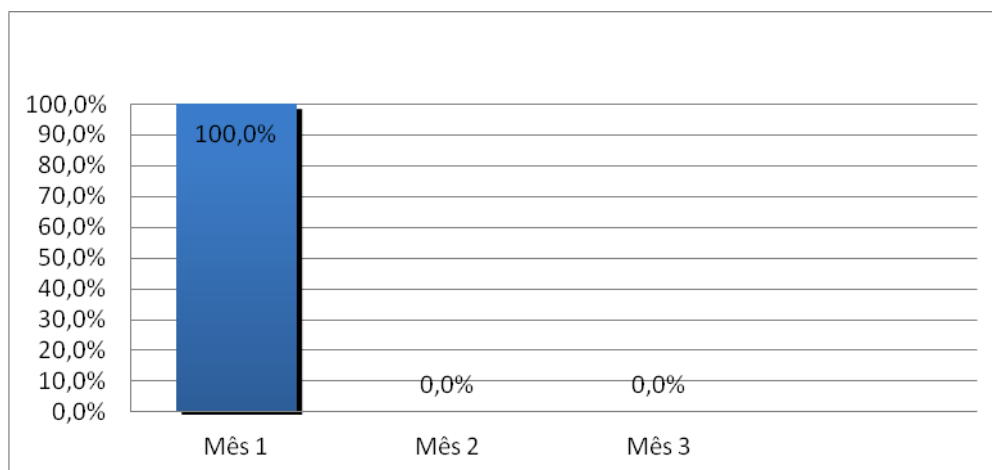


Figura 5: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

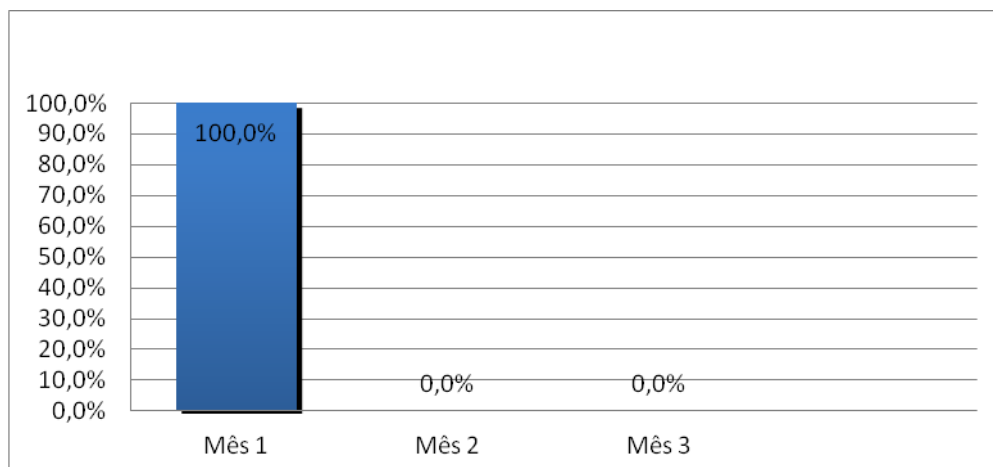


Figura 6: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

As figuras 5 e 6 mostram que, somente no mês 1 houve pacientes faltosos às consultas e todos eles receberam busca ativa (100%). Nos meses 2 e 3 não tivemos faltosos e, portanto, não teve necessidade de fazer busca ativa. É importante novamente apontar a importância do trabalho dos agentes de saúde. Acredito que todo o trabalho foi feito possível devido ao bom trabalho das agentes comunitárias de saúde em na busca ativa dos pacientes faltosos a consulta em conjunto com a equipe de saúde e pela divulgação feita pela rádio das atividades feitas,

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações direcionado dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de saúde.

Metas:

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

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

Para melhorar os registros das informações contamos com quantidade de fichas espelhos para cada um dos pacientes que foi avaliado na unidade básica de saúde, sendo de vital importância na evolução do projeto. A meta fundamental foi

manter 100% das fichas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade básica de saúde.

O objetivo foi cumprido satisfatoriamente já que a proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registro na ficha de acompanhamento foi de 100% em todos os meses. No mês um 196 usuários hipertensos, no segundo mês 311 usuários e no mês três com 570 usuários. Os diabéticos foram no primeiro mês 48 usuários, no mês dois 80 usuários e no mês três 173 usuários, garantindo assim, que 100% dos usuários tivessem o registro adequado. Acredito que todo foi possível com a ajuda da equipe de saúde e as agentes de saúde as quais levam a informação a cada paciente e também contribuíram com cadastros e registros.

Objetivo 5: Mapear os Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica de Saúde.

Metas:

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

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

Outro objetivo fundamental do projeto foram os atendimentos aos pacientes hipertensos e diabético por consulta medica com adequada realização da estratificação do risco cardiovascular. Isto era importante para classificar a priorização de ações e estratégias que minimizassem tais riscos.

A meta de garantir a 100% dos usuários foi cumprida, pois conseguimos realizar estratificação de risco em todos os pacientes diabéticos e hipertensos.

No mês a estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 196 usuários hipertensos e 48 diabéticos; no mês dois para 311 hipertensos e 80 diabéticos e no mês 3 para 570 hipertensos e 173 diabéticos, garantindo um indicador de qualidade de 100% em todos os meses. Para isto foi necessário capacitar a toda equipe para a realização de estratificação de risco cardiovascular através do score de Framingham ou lesões em órgãos-alvo e se priorizarem os atendimentos dos pacientes avaliados como alto risco cardiovascular, a proporção dos usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por

exame clínico em dia em nos meses avaliados foi de 100%. Acredito que o trabalho foi muito bem estruturado com ajuda de toda equipe.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção da saúde voltada aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de saúde.

Metas:

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

6.2 garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

A promoção da saúde é importante em qualquer tipo de acompanhamento. Contudo, consideramos que no acompanhamento das doenças crônicas ela é ainda mais importante, pois, as mudanças no estilo de vida influenciam diretamente a diminuição de agravos e complicações, bem como favorece maior qualidade de vida. A orientação nutricional é fundamental para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, desde uma dieta rica em frutas, verduras (fibras) e com pouco carboidrato e sal.

A orientação nutricional foi ofertada a todos (100%) os pacientes em acompanhamento na UBS em todos os meses da intervenção. Isso se deu de forma individual e coletiva, através das consultas médicas, de enfermagem e por nutricionista, bem como durante as reuniões com a comunidade.

Sobre estas metas as orientações nutricionais foram ofertadas a 196, 311 e 570 pacientes hipertensos no mês um, dois e três, respectivamente, garantindo 100% em todos os meses. Em relação aos diabéticos o quantitativo de pacientes orientados quanto aos hábitos alimentares foi 48, 80 e 173 nos meses um, dois e três, respectivamente.

Metas:

6.3. Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos pacientes hipertensos.

6.4 garantir orientação em relação a pratica de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Ainda com o objetivo de promover saúde, é importante também orientar sobre a prática de atividade física. Esta orientação foi ofertada nas reuniões, nas consultas e nas visitas domiciliares a todos os pacientes com hipertensão e diabetes. O mesmo quantitativo apresentado na meta anterior foi o que alcançamos com a orientação em relação a prática de atividade física, com 100% de indicador nos três meses da intervenção tanto para hipertensos quanto para diabéticos.

Metas:

6.5. Garantir orientações sobre os riscos de tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6.6. Garantir orientações sobre os riscos de tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

O tabagismo é outro agravante para as doenças crônicas, pois, potencializa o risco de complicações e diminui a qualidade de vida destas pessoas. Com isto, a orientação sobre os riscos do tabagismo precisava ser ofertada a todos os pacientes, seja durante as visitas, nas consultas na unidade ou nas visitas domiciliares. Tais orientações foram garantidas a 196, 311 e 570 usuários hipertensos no mês um, dois e três, respectivamente, garantindo 100% em todos os meses. Em relação aos diabéticos o quantitativo de pacientes orientados quanto aos riscos do tabagismo foi 48, 80 e 173 nos meses um, dois e três, respectivamente.

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

6.8 garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Devido ao risco de doença periodontal é imprescindível cuidar bem da boca. A higiene bucal é fundamental para todos os usuários, especialmente os com hipertensão e diabetes. Esta orientação foi ofertada por todos os profissionais de saúde para todos os usuários, inclusive nas reuniões com a comunidade. Nestas metas as orientações foram ofertadas a usuários com hipertensão da seguinte forma: 196 usuários no mês um (100%), 311 no mês dois (100%) e 570 usuários hipertensos no mês três, garantindo 100% em todos os meses. Em relação aos diabéticos o quantitativo de usuários orientados quanto aos hábitos alimentares foi

48, 80 e 173 nos meses um, dois e três, respectivamente, com 100% de indicador em todos os meses.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. A melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização dos exames complementares de ambos os grupos, assim como a incorporação de atividade física e a participação nas atividades de grupos.

Também conseguimos cadastrar 100% dos pacientes da área que aderiram ao programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Garantimos orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Garantimos orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos, assim como garantimos orientações sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos aderidos ao programa. Também conseguimos manter ficha de acompanhamento em 100% dos usuários, realizamos estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários.

A importância da intervenção para a equipe

A intervenção exigiu que toda a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério de saúde, relativas ao rastreamento, tomada de pressão arterial, realização de hemoglicoteste, busca ativa de pacientes faltosos a consulta, diagnóstico e tratamento e monitoramento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Esta intervenção promoveu o trabalho integrado do médico com os demais membros da equipe, incluindo a odontóloga, a nutricionista, a enfermeira e as

técnicas de enfermagem, bem como a recepção, todo isto em conjunto acabou tendo impacto também em outras atividades de grupos.

Além disso, a equipe conversou com os gestores para garantir a agilidade na realização dos exames complementares tendo uma melhor comunicação com os gestores do município recebendo apoio deles.

A Importância da intervenção para o serviço.

Normalmente as atividades de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus eram feitas somente pelo médico clínico geral, a intervenção ajudou a dar atribuições a equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhora do registro e os agendamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos em conjunto com as visitas domiciliares viabilizou a otimização da agenda para os atendimentos dos mesmos

A Importância da intervenção para a comunidade.

A importância do impacto da intervenção tem pouco conhecimento pela comunidade já que eles desconhecem o motivo e a priorização dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os pacientes hipertensos e diabéticos se encontram muito satisfeitos com a prioridade no atendimento em quanto a ele.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento.

Desde a análise situacional decidimos que a intervenção seria feita com os pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Assim, tivemos mais tempo de poder interagir com a comunidade para explicar a importância do projeto e a priorização aos pacientes hipertensos e diabéticos, assim como em conjunto com minha equipe de trabalho poder realizar mais atividades com os pacientes. Agora que estamos no fim do projeto e já a equipe toda está envolvida nas atividades dos pacientes hipertensos e diabéticos, continuaremos dando seguimento ao trabalho feito, incorporando-o ao nosso dia a dia em na rotina do serviço.

Viabilidade de incorporar sua intervenção a rotina do serviço /que melhoras pretende fazer na intervenção.

O projeto de intervenção será incorporado à rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e com apoio dos líderes da comunidade continuaremos com a priorização dos pacientes hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco.

Discussão quais os próximos passos:

A partir de já continuaremos com a ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos tomando este projeto como exemplo em conjunto com mia equipe pretendemos implementar ao programa de pré-natal e puericultura de nossa unidade básica de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

Com o objetivo de melhorar a atenção a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS # 1 Caibaté R/S. Nos meses de abril a julho realizou-se uma intervenção. Os objetivos da intervenção foram cumpridos, logrando atingir a 570 usuários hipertensos para um 100% e 173 diabéticos para um 100%, respectivamente. Foi consideravelmente impactante a cobertura atingida, levando em consideração o curto tempo da intervenção para cumprir e alcançar a meta de cobertura.

Para a realização de nossa intervenção nos auxiliamos no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Convém ressaltar que, anteriormente, nossas ações não eram sistematizadas e monitoradas. Deste modo, usamos livro de registros dos usuários hipertensos e diabéticos, ficha espelho e sistemas de alerta.

Durante 12 semanas nossa equipe teve invocada no verdadeiro trabalho em equipe, para cumprir os objetivos da intervenção. Foram experiências novas para todos nós, já que não se acreditava na possibilidade de ter os resultados obtidos. Desde o início trazíamos um cronograma de atividades, que nos permitisse organização no trabalho em eixos fundamentais: organização e gestão do serviço, engajamento público, monitoramento e avaliação e qualificação da prática clínica. É importante lembrar que cumprindo com todas as ações propostas. Ressaltando o importante apoio oferecido pela secretaria de saúde, especialmente o nosso gestor de saúde, que garantiu as condições necessárias para as ações.

Algumas destas ações propostas foram: capacitação dos profissionais, busca ativa de pacientes faltosos, atendimento clínico, interação com os grupos de

hipertensos e diabéticos, monitoramento e avaliação, entre outras. As metas de coberturas foram cumpridas.

A tentativa de fortalecer o trabalho em equipe e a educação permanente também foi um aspecto muito relevante que a intervenção trouxe. Uma grande vitória foi conseguir reunir a equipe e fazer com que todos fizessem parte da intervenção como agentes promotores da ação e trabalhassem verdadeiramente como uma equipe e não como profissionais individualizados no contexto e no cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Tivemos muitos resultados positivos em relação a melhoria de indicadores como, realizar 100% dos exames clínicos aos usuários, realizar 100% de exames complementares para avaliação de risco cardiovasculares, orientar 100% dos pacientes em quanto a pratica de atividade física, hábito alimentar e orientação sobre o uso de tabagismo assim como cadastrar 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos de nossa área de abrangência.

Intervenções como esta, realizada nestes três meses, mas incorporadas na rotina do serviço, são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Por isso consideramos importante que traves do Senhor (a), se incentivem outras unidades de saúde de nosso município, para obter melhorias no serviço, melhorando a qualidade de vida da população de Caibaté – RS. Nossa equipe está disposta de apresentar nosso trabalho, mostrando nossos resultados, para assim incentivar outras unidades a realização de projetos de intervenção na comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nos últimos anos, na presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial é observada com frequência cada vez maior, sobretudo na sociedade moderna, onde o estilo de vida, caracterizado por uma dieta demasiado rica em gorduras e açúcares e por um hábito generalizado de estilo sedentário, favorecendo estas doenças que, constituem fatores para a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando dois dos principais fatores de risco das doenças coronárias, que podem levar a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente e sua família. (BRASIL, 2013).

Para a comunidade na unidade básica de saúde Caibaté #1 - RS. Ao longo de três meses a equipe de saúde desenvolveu uma intervenção de saúde dirigida aos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de estes pacientes. O alvo foi os pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de atuação. O principal objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Caibaté #1/ RS. Para iniciar nossa intervenção criamos um cronograma para uma melhor organização de nossas atividades de saúde onde foram cumpridas o 100% das ações planejadas.

Para isso acontecer os profissionais da Unidade Básica foram capacitados segundo o Protocolo do Ministério da Saúde. Todos estavam aptos para acolher os pacientes hipertensos e diabéticos. Finalmente foram atendidos 570 hipertensos para um 100% e 173 diabéticos para 100%, respectivamente. Além de melhorar a qualidade dos atendimentos aos Hipertensos e Diabéticos, melhorar a adesão através da busca ativa de usuários faltosos a consultas, melhorar o registro das informações, pesquisa dos Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular, e a realização de ações de promoção da saúde voltada a esse grupo

populacional. Realizamos reuniões com a comunidade para conversar sobre os temas da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecemos aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientamos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Realizamos 4 reuniões com a comunidade para falar sobre os fatores de riscos, necessidade de acompanhamento regular e outros temas relacionados com estas doenças.

Mesmo assim ainda tem trabalho por fazer e conforme passe o tempo continuaremos com as mesmas atividades realizadas durante o período da intervenção.

As agentes comunitárias de saúde foram as profissionais mais engajadas na intervenção quanto à orientação das medidas de promoção e prevenção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos. A principal vantagem da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor visando à integralidade da pessoa. Apesar de ver terminado o projeto se dará continuidade as mesmas atividades realizadas durante a intervenção

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Com relação ao curso posso afirmar que ao início foi difícil devido ao idioma, mas com empenho e dedicação tudo saiu muito bem e aprendi muito. Ao início por mais que foi cansativo, mas se tornava interessante, pois nunca é demais um momento de estudo e reflexão e os assuntos eram todos cotidianos do trabalho na saúde coletiva.

Acredito que a realização da análise situacional, foi de vital importância para obter dados da população da área de abrangência, porque só assim conhecemos os principais problemas de saúde da população, para uma posterior intervenção.

Acho que o período de mais trabalho e mais cansativo foi durante a intervenção, mas com ajuda dos membros da equipe a intervenção foi um êxito.

Conheci muitas bibliografias que agora sei que posso utilizá-las durante o processo de trabalho. Não posso deixar de elogiar a orientação que foi fantástica, se não fosse a minha orientadora talvez tivesse desistido no meio do caminho porque estava achando impossível realizar algumas tarefas, mas com sua paciência e conhecimento tudo foi seguindo de maneira normal, sua ajuda foi incrível.

O mais importante da realização do projeto de intervenção foi que a equipe toda entendeu sua importância, além que o maior benefício foi para a população, que agora recebe um melhor atendimento.

Os registros, a ficha espelho, foram instrumentos importantes durante a realização da intervenção, foram bem utilizados, pois eram de fácil compreensão e preenchimento, além de facilitar a leitura e entendimento dos resultados posteriormente.

Foi de vital importância à realização das tarefas e as correções feitas pela orientadora, já que agora formam parte do TCC, facilitando o trabalho.

O curso significou um reto para mim como médico, pois, me ajudou muito a conhecer toda a população, conhecer também cada problema dos usuários e a trabalhar em equipe, mostrando uma vez mais que a união faz a força. O mais relevante para mim foi a participação de todos os pacientes nas atividades de grupos realizadas, ver como os usuários se preocupavam com seu estado de saúde e como mudar seu estilo de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ATENCAO Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Sade, Departamento de ATENCAO Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

| Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|---|--|---|--|---|--|--|---|---|--|---|--|
| Índices para Coleta | Número do paciente | Nome do paciente | Idade do paciente | O paciente é hipertenso? | O paciente é diabético? | 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 medicamento? | Todos os medicamentos são da lista do Hipertenso ou da Farmácia Popular? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico. | O paciente está faloso às consultas de acordo com o protocolo? | 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 sobre a prática de atividade física regular? | O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo? | O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal? |
| Orientações de reenchimento | de | Nome | Em anos | 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 | 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 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

