

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica
de Saúde Pitangui, Extremoz / RN**

Charles Robinson Valiente

Pelotas, 2015

Charles Robinson Valiente

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Pitangui, Extremoz / RN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPel, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

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

V172m Valiente, Charles Robinson

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos E/Ou Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Pitangui, Extremoz / RN / Charles Robinson Valiente; Mateus Casanova Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Santos, Mateus Casanova Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho aos meus pais, cubanos e brasileiros, minha noiva e meus amigos.

Agradecimentos

Quero agradecer profundamente a Deus pela oportunidade de chegar ao Brasil e conhecer um pouco de sua história e poder ajudar a sua gente.

A minha mãe e meu irmão que me aconselham e apoiam sempre e que são minhas fontes de inspiração para atingir minhas metas.

A Simone Simão da Silva, minha noiva, que me acompanhou todo o tempo no desempenho do Curso.

Às orientadoras Cristiane Veeck e Aline Basso da Silva e ao orientador Mateus Casanova dos Santos pela paciência e pelos conselhos oportunos.

Resumo

VALIENTE, Charles Robinson. **Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Pitangui, Extremoz / RN.** 92f. - Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS Pitangui, em Extremoz, RN, Brasil. A intervenção se desenvolveu em doze semanas e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, dentro dos eixos pedagógicos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Antes de realizar a intervenção, não se tinha antecedentes sobre um trabalho educativo diretamente com usuários diabéticos e/ou hipertensos. Havia, em alguns momentos, a realização de um cadastro de usuários pelos funcionários da Farmácia Popular. A intervenção foi realizada na comunidade costeira de Pitangui, onde é atendida uma população estimada de 6.300 habitantes que conformam as comunidades de Pitangui 1 e Pitangui 2. O meu acompanhamento no Programa Mais Médicos se deu na área de Pitangui 1, responsável por 2.249 usuários cadastrados. Na comunidade de Praia Pitangui 1 se tem um total de 167 usuários hipertensos e 84 diabéticos. Participaram da intervenção 109 usuários, sendo 99 hipertensos, e 39 diabéticos, deles 26 são hipertensos e diabéticos, com idade média de 60,3 anos. A cobertura na atenção atingida foi de 59,3% (n = 99) para os usuários hipertensos, e em relação aos diabéticos foi de 46,4% (n = 39) ao final da intervenção. Melhorou significativamente a qualidade na atenção aos usuários diabéticos e hipertensos, já que o 99 % dos hipertensos e 100% dos diabéticos receberam as indicações de seus exames e receberam seus medicamentos pela Farmácia Popular. Atingiu-se 100% dos usuários hipertensos e diabéticos que participaram na intervenção e receberam as orientações sobre alimentação saudável, exercícios físicos, abandono do tabagismo e higiene bucal. Foi importante para na comunidade, já que contam com um bom serviço básico de saúde, foi importante para o serviço porque ficou como método de trabalho diário e foi importante para a equipe devido a atingir melhor comunicação entre os membros para atingir as metas.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Hospital Maternidade de Extremoz Outubro, 2014	12
Figura 2	Imagens das salas da UBS Pitangui, 30 de outubro de 2014	14
Figura 3	Dados do território da Equipe ESF Pitangui 1	16
Figura 4	Distribuição por idade e sexo da Equipe ESF Pitangui 1	17
Figura 5	Síntese das coberturas das ações programáticas pelo CAP	24
Figura 6	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS (ESF Pitangui 1)	62
Figura 7	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS (ESF Pitangui 1)	62
Figura 8	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 9	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 10	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	65
Figura 11	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	65
Figura 12	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	67
Figura 13	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	67
Figura 14	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	68
Figura 15	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	68
Figura 16	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 17	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 18	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	71
Figura 19	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	72

Figura 20	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	73
Figura 21	Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	73
Figura 22	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	74
Figura 23	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	75
Figura 24	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	75
Figura 25	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	76
Figura 26	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	76
Figura 27	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SPP.	Serviço de prontuário de paciente
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos.....	28
2.2.3 Metas.....	28
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	31
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	77
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências	85
Apêndices.....	86
Anexos.. ..	88

Apresentação

Este volume trata sobre uma Intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde pertencente à comunidade costeira de Praia de Pitangui, município Extremoz, Estado do Rio Grande do Norte. Todo o trabalho realizado visou melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos neste Serviço. Descrevem-se neste volume onde está localizada na comunidade, a quantidade de população atendida, os principais resultados obtidos e como foi o desenvolvimento do médico na equipe e na comunidade.

O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso de Especialização UFPEL/UNASUS conforme demonstrado a seguir: passamos pela análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 12 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Pitangui está localizada na vila costeira de Pitangui, município Extremoz, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. A UBS é composta por duas unidades médicas correspondentes às duas populações separadas. A unidade também tem um consultório odontológico, uma farmácia, dois consultórios de enfermagem, sala de nebulização, uma sala de vacinas, uma sala de cura, uma despensa, um arquivo, uma sala de reuniões para os agentes comunitários de saúde, 3 banheiros e uma sala de fisioterapia, uma sala de ginecologia, sala de acupuntura, uma sala de coleta, uma sala de materiais de reserva e sala de primeiros socorros. A UBS foi reformada com pintura e reparação geral.

A equipe de saúde é composta por 2 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem, 2 dentistas, e um agente de serviço geral. O horário de funcionamento é de segunda à quinta-feira entre oito horas e dezesseis horas. As segundas e terças-feiras são atendidas a população adulta, na quarta-feira de manhã se faz visita domiciliar para usuários que não podem frequentar por sua condição física a nossa Unidade de Saúde. Na manhã quinta-feira para atender as crianças e grávidas de tarde. Sextas-feiras são dias de estudo. As relações com a equipe eu penso que não começam bem, já que não existia muita comunicação. Só se realizou uma reunião em que concordamos trabalhar juntos para o bem de toda a comunidade. Depois disso, existe um pouco mais de felicidade para todos.

No trabalho as relações com os usuários nos primeiros 4 meses não foram as melhores, parte por mim, por minhas atitudes e em parte pelo hábito indesejável de alguns elementos da comunidade que trataram de prejudicar minha reputação.

Mas, eu notei isso e decidi a tarefa de mudar minha forma de atuar com eles. Agora estou aplicando mudanças na minha atitude com eles, acredito que em breve vou-me a tornar mais que um médico, um médico amigo para eles. Agora lhes explico bem devagarzinho, para que possam entender meus planejamentos e poder para reverter à situação. Eu observo que é um trabalho árduo a mudança de hábitos e costumes de uma população onde existe um médico estrangeiro, mas não impossível. Eu tive a oportunidade de receber o agradecimento deles de uma forma ou outra. Espero em um dia com muita dedicação e trabalho duro inteiramente ganhar a confiança dos usuários. Meu objetivo é que a comunidade este satisfeita com o meu desempenho e meu trabalho com eles todos os dias. A equipe de saúde, a partir de agora, tem a ideia que sejamos uma equipe que realmente trabalhe como uma unidade, onde exista comunicação, dinamismo e coesão em nosso trabalho diário. Espero encontrar muitos bons amigos. Espero que para o bem dos brasileiros e da amizade de Cuba e do Brasil, fique aqui um programa tão completo como Mais Médicos, onde você aprende fazendo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Extremoz se encontra situado no litoral do Estado do Rio Grande do Norte. Pertencente à Microrregião de Natal e à Mesorregião do Leste Potiguar, bem conhecida como à Região Metropolitana de Natal e ao Polo Costa das Dunas, localiza-se ao norte da capital do estado, distante desta 23,5Km. Ocupa uma área total de 139.575km², dos quais 15.001km² são de área urbana, e sua população estimada em 2014, de acordo com o IBGE, era de 27.107 habitantes, o que o classifica como o vigésimo município mais populoso do Rio Grande do Norte e no último de sua microrregião. O município de Extremoz se emancipou de Ceará - Mirim na década de 1960. Seu nome se deve à sua localização estratégica a norte da capital Potiguar. Abriga ainda diversos pontos turísticos, como Genipabu, considerado como o cartão-postal mais famoso do Estado do Rio Grande do Norte.

O município apresenta 10 serviços de saúde, sendo 09 estabelecimentos públicos e um estabelecimento privado. Os públicos não têm internação, mas tem um com atendimento ambulatorial e com atendimento médico em especialidades básicas. E tem um com apoio diagnóstico e terapia privado. Há quatro

estabelecimentos com atendimento odontológico e com dentista. No município existe um eletrocardiógrafo.

O Hospital Maternidade Presidente Café Filho de Extremoz (Figura 1) está com todos os serviços funcionando na sua plenitude, com a maternidade funcionando a pleno e em casos de procedimentos de média ou alta complexidade. O município pactuou as referências das unidades do Hospital Santa Catarina e Maternidade Januário Cicco, em Natal, com recursos já alocados pela Prefeitura para tais procedimentos. O hospital oferece sala de estabilização e Pronto Socorro 24 horas, com médicos e equipe de enfermagem e apoio. Na frente do Hospital se encontra o Centro Laboratorial de Extremoz que processa as análises de todos os pacientes dos povos vizinhos.



Figura 1 - Hospital Maternidade de Extremoz Outubro, 2014. Fonte: Registros do autor.

Em Extremoz, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está vinculado a oito Unidades de Saúde da Família, distribuídas na zona rural e urbana, sendo elas no Centro, Estivas, Vila de Fátima, Genipabu e Pitangui (minha comunidade). A Unidade de Saúde Pitangui apresenta duas equipes das Estratégias Saúde da Família (ESF), com os nomes ESF Pitangui I e II, com CNES 2409348-596796, se encontra no bairro Pitangui, que pertence ao município de Extremoz. Nosso modelo

de atenção é em Estratégia de Saúde de Família, que atende parte da população de Pitangui 1 mais os povos vizinhos: Contenda, Barra do Rio e Graçandú. É uma unidade rural sem vínculo algum com instituições de ensino. Nosso vínculo com o Sistema Único de Saúde é por meio da Secretaria de Saúde de nosso município Extremoz. É nossa Secretaria de Saúde que processa os encaminhamentos as diferentes especialidades para a atenção dos usuários.

Também temos vínculo com a Prefeitura de Extremoz para os pagamentos dos meses trabalhados. A UBS foi construída a partir de 2004 como uma Unidade Básica Saúde. Apresenta 2 consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de almoxarifado, de vacinação, uma farmácia, uma sala de Triagem-Preparo (Figura 2), um arquivo, uma sala de reuniões, 2 consultórios de enfermagem, uma sala de fisioterapia, uma sala de curativos, uma cozinha e 4 banheiros.



Figura 2 – Imagens das salas da UBS Pitangui, 30 de outubro de 2014.
Fonte: Registros do autor.

Os aspectos positivos no desenvolvimento do processo de trabalho são que a Unidade de Saúde fica perto da nossa casa. Ou seja, estamos inseridos e moramos na comunidade onde trabalhamos. Isso nos permite uma interação com os moradores da comunidade. Existe um Cronograma de Atendimento para todos os usuários. Demonstra que existe organização para trabalhar. Estamos inseridos em um curso Educativo à Distância que nos permite atualizarmos sobre as tendências

novas que são aplicáveis em medicina. Existe e se fortalece na comunicação entre os membros da equipe de saúde para traçar estratégias e alcançar metas.

Os aspectos negativos no desenvolvimento do processo de trabalho são: pouca preocupação pela Secretária/Prefeitura de Extremoz pelos problemas que nos limitam a fornecer uma atenção de maior qualidade. Até hoje, 30 de outubro de 2014, a Secretaria do município não há realizado uma visita que nos estimule a continuar nosso trabalho. A Equipe de Saúde está incompleta. Por exemplo: eu não tenho enfermeira até hoje, dia 30 de outubro de 2014. Demora mais de um mês em nos atendimentos com especialistas. Muitas vezes, os usuários devem acessar aos Serviços Privados e o seguimento pela Atenção Pública se perde. Demora mais de 30 dias em na entrega dos resultados dos exames de sangue, mamografias e citopatológicos, que dificulta o seguimento dos usuários. Não temos acesso a Internet no Posto de Saúde. Eu percebo que se devem tomar estratégias para superar ou minimizar estas deficiências. Uma única estratégia existe para minimizar os problemas é alocar os recursos em função das necessidades. Eu acredito que se deve fornecer uma relação do trabalho mais próxima entre na Secretaria de Saúde, os especialistas e os funcionários da UBS para ofertar uma melhor atenção a nossa comunidade, completar a equipe da saúde com mais médicos de outras especialidades, rapidez na atenção especializada, rapidez na entrega dos resultados dos exames complementares, alocar Serviços de Internet na UBS.

Os aspectos positivos nas atribuições das equipes são que estamos identificando as pessoas, os grupos e famílias expostos a maior risco de vulnerabilidade. Atualizam-se mensalmente as famílias, os grupos de usuários, informação que se envia ao Ministério de Saúde. Cuidamos a saúde dos pacientes em as consultas e nas visitas domiciliares. Realiza-se pesquisa ativa de usuários de risco. As ações de saúde são registradas nos prontuários clínicos individuais. Educa-se em saúde a toda a população. Existem atribuições que a equipe não consegue atender e isso tem seu impacto em atenção à saúde da população. Não existe uma data fixa para as reuniões da equipe de saúde. Tem repercussão no planejamento das ações de saúde para a população e nas opiniões da população sobre nosso trabalho.

O trabalho interdisciplinar é nulo. O NASF está criado em nosso município, mas não está trabalhado em conjunto com essa estrutura de trabalho. Não temos uma referência de outros especialistas para oferecer uma atenção de maior

qualidade na nossa comunidade. Não se trabalha com grupos operativos e/ou terapêuticos de usuários. O trabalho com usuários priorizados (hipertensos, diabéticos, idosos, grávidas) é de transmissão de conhecimentos, de educação em saúde e é feito de forma individual com cada um nas consultas e visitas domiciliares. Não existe participação, nem ativa e nem passiva, da comunidade nas ações de saúde. Alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições são refletidas no sentido de fixar uma data para as reuniões de equipe que permitam avaliar nosso trabalho, corrigir nossos erros e planejar ações futuras, incorporar outras disciplinas em nossa equipe a tempo parcial ou completo para ampliar a qualidade da atenção da atenção de saúde e ganhar em experiências. Ademais, trabalhar com grupos de pacientes (adolescentes, hipertensos, idosos) para incorporar e fazer a nossa comunidade participe nas ações de saúde.

Nas Figuras 3 e 4 refletem-se a na distribuição populacional da ESF Pitangui 1, em que se atua mais diretamente como forma de atuação pactuada entre o Programa Mais Médicos e a realidade da Gestão Municipal.

Dados do território da Equipe ESF Pitangui 1	
Número de pessoas no território da equipe	2249
Número de pessoas de 15 ou mais anos	1345
Número de mulheres de 10 a 59 anos	555
Número de gestantes	26
Número de crianças menores de 2 anos acompanhadas	39
Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas	36
Número de crianças menores de 4 meses acompanhadas	5
Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas	9
Número de hipertensos do território	167
Número de diabéticos do território	84
Número de gestantes com pré-natal no mês	9
Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares	0
Número de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo	5
Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo	9
Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	33
Número de crianças menores de 2 anos pesadas	36

Figura 3 - Dados do território da Equipe ESF Pitangui 1. Fonte: Registros SIAB da UBS Pitangui.

Idade	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	15	31	46
1 a 2 anos	20	65	85
3 a 4 anos	30	43	73
5 a 9 anos	45	81	126
10 a 14 anos	59	87	146
15 a 19 anos	61	98	159
20 a 30 anos	238	287	525
40 a 49 anos	190	130	320
50 a 59 anos	150	40	190
60 a 69 anos	86	83	169
70 a 79 anos	97	183	280
80 a 89 anos	34	46	80
90 e mais anos	37	13	50
Total	1062	1187	2249

Figura 4 - Distribuição por idade e sexo da Equipe ESF Pitangui 1. Fonte: Registros SIAB da UBS Pitangui.

[...] cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe [...] (BRASIL, 2011, p.8).

Assim, na UBS Pitangui, particularmente na ESF Pitangui 1, se percebe o cumprimento do requisito da Portaria nº 2448, já que atendemos a 2249 pessoas que pertencem à população nas consultas e visitas domiciliares. Para viabilizar na atenção da comunidade se deve ter como estratégia um cronograma semanal do atendimento que permite na organização do trabalho semanal, mensal e anual.

Os pontos positivos na atenção à demanda espontânea são a boa comunicação entre os membros da equipe de saúde. Na motivação própria do pessoal de Saúde da UBS a oferecer na atenção à comunidade. Na organização do processo de trabalho semanal, mensal e anual. As dificuldades relativas ao acolhimento da população são uma equipe de saúde incompleta. Por exemplo: eu não tenho enfermeira para compartilhar as ações de atendimento na comunidade. Os atendimentos que devem ser feitos por ambos profissionais é feito só pelo médico. Não temos uma sala de recepção e acolhimento para os usuários. Não

temos apoio dos gestores ou na Secretaria de saúde do município em quanto material de escritório: cadernos, folhas de atendimento, canetas. Nas ações que podem auxiliar a superar ou minimizar as dificuldades encontradas são: completar minha equipe de saúde; alocar uma sala só para registro e acolhimento dos usuários; ter maior apoio da Secretaria de Saúde e Gestores quanto a todo o necessário para uma boa recepção dos usuários no Serviço.

Na UBS Pitangui, quanto à Saúde da Criança, se realiza nas ações de: Puericulturas ou consultas a crianças menores de 1ano. Realiza-se diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em sentido geral. Realiza-se diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal. Realizam-se imunizações a crianças de diferentes idades e prevenção de anemia com o fornecimento de sulfato ferroso. Trabalha-se na prevenção de violências em conversas em consultas e visitas domiciliares. Faz-se promoção de hábitos alimentares saudáveis. Faz-se promoção da saúde bucal. Realiza-se pela única enfermeira da UBS o Teste do Pezinho. Além disso, se visita os recém-nascidos antes dos 7 dias depois do parto. Nesta visita, deve ser feita pela enfermeira, mas eu estou visitando as crianças recém-nascidas pela falta de uma enfermeira, que compreende a ESF Pitangui I. Conta-se com um instrumento implementado pelo Curso de especialização que e o Caderno de Ações Programáticas como fonte de calculo dos indicadores apresentados.

Os atendimentos às crianças são feitos nas quintas-feiras, mas em qualquer dia da semana são atendidas suas necessidades. As ações são registradas nos prontuários clínicos das crianças, em registro específico das ações. Não existe um pessoal que monitore as ações. Os aspectos positivos da atenção à saúde da criança são, segundo o CAP, a cobertura na atenção as crianças em nossa Unidade de Saúde estão caracterizadas como total e completa.

O número de crianças menores de um ano residentes na área, em estimativa pelo CAP, é 33. O total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS é 33. Assim, é total porque se fornece a todas as crianças entre 0 e 3 anos uma atenção de qualidade sem importar raça, sexo ou condição social. É completa porque se atende a todos esses usuários e com eles se realizam: orientação para aleitamento materno exclusivo, prevenção de violências, promoção de hábitos alimentares saudáveis e Teste do Pezinho em consultas e visitas domiciliares. Temos uma cobertura em na atenção das crianças em 100%, o

que avalio como excelente e que demonstra que existe vontade para trabalhar e oferecer uma atenção de qualidade. Não existe dificuldade relativa à cobertura da atenção à saúde da criança em meu serviço. Na UBS atende uma especialista em Pediatria uma vez semanal. Entre ela e nos não existe uma relação com o objetivo de intercambiar formas de fazer, de atuar, mais nesta falta de comunicação entre os profissionais não afetou na cobertura total nas crianças. Eu acredito que um especialista é quem deve avaliar as ações de saúde fornecidas às crianças. A comunidade está se educando quando devem acessar a UBS, se não é nada urgente. Em uma pesquisa feita no mês de junho na comunidade resultou que 71,4% se sentiam satisfeitos com a atenção fornecida às crianças. Segundo os indicadores de qualidade do CAP, em nossa Unidade, todas as ações de saúde em crianças são oferecidas, que os alocam em 100%. É um trabalho que devemos manter e melhorar.

Neste resultado está em jogo o papel de todos os membros da equipe de saúde, já que todos se esforçam ao máximo para dar o melhor para as crianças da comunidade. Os registros de acompanhamento no mês de maio do ano de 2015 foram 39 crianças menores de 2 anos acompanhadas, 36 crianças menores de 1 ano acompanhadas, 5 crianças menores de 4 meses acompanhadas e 6 crianças menores de 6 meses acompanhadas.

A atenção ao pré-natal se torna uma prioridade no Serviço. Segundo a base de dados que se envia ao Ministério até o mês de setembro, temos 22 gestantes. A todas se realiza avaliação pré-natal iniciada no 1º Trimestre. Realiza-se consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da saúde. Faz-se solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados. Faz-se vacina com vacina antitetânica conforme protocolo. Faz-se prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Faz-se exame ginecológico por trimestre. Faz-se avaliação de saúde bucal. Faz-se orientação do cuidado das mamas para o futuro aleitamento exclusivo. As consultas a pacientes grávidas são programadas para as quintas-feiras as tardes. Se alguma gestante não pode assistir nas quintas-feiras, se agenda para quando ela pode acessar a UBS, já que muitas trabalham. Registram-se as consultas nos prontuários clínicos. O monitoramento das gestantes não é feito por nenhum profissional na UBS, o que vem a fragilizar o acompanhamento desta população-alvo.

Avaliando os aspectos positivos da atenção à saúde da usuária grávida, segundo o CAP, temos uma cobertura de 65% (22 usuárias) de acordo com a quantidade de pacientes grávidas. Os indicadores de qualidade se comportam de forma excelente e, por isso, se percebe na Unidade de Saúde a atenção às gestantes é boa e tende a melhorar. A principal dificuldade relativa à cobertura da atenção à saúde das gestantes no Serviço é a falta de um ginecologista na nossa Unidade de Saúde para o planejamento das ações de saúde desta ação programática. Nossas gestantes conhecem seus direitos e a resposta quanto aos atendimentos tem sido satisfatória. O sucesso do nosso trabalho está na comunicação com todos os membros da equipe de saúde para planejar os atendimentos a estas usuárias. Em relação ao puerpério, pelo CAP, o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses foi de 10 (30%). Destas usuárias, todas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado. Porém, inexistiu a realização do exame ginecológico, a avaliação do estado psíquico e a avaliação quanto a intercorrências, o que demonstra certa fragilidade a aperfeiçoar no programa puerperal.

Na UBS se realizam para o rastreamento e a prevenção do Câncer de Mama e de Colo de Útero ações, tais como: indicam-se exames citopatológicos a mulheres em idade de risco, falamos como prevenir esta doença na mulher, se fala sobre a importância de proteger-se nas relações sexuais, sobre a importância de não fumar. Faz-se exame de mama, orienta-se autoexame de mama e, nas usuárias com estes exames alterados, indica-se mamografia. Também, se aplica as orientações segundo o Instituto Nacional do Câncer, que preconiza que no método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. E todas as mulheres maiores de 35 anos se lhes orienta autoexame de mama e mamografia se no exame de mama resulta alterado, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), e se desenvolve o rastreamento conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. Todas as ações são registradas em prontuários clínicos das usuárias, livros de registros e formulário especiais para citopatológico e mamografia.

Não existe um monitoramento periódico das ações feitas. Os aspectos positivos são um índice de cobertura muito alto e bom, de 95% (538) para Prevenção de Câncer e de Colo de Útero e de 80% (135) para prevenção de Câncer de Mama. A Unidade tem um perfil básico, onde os indicadores de qualidade para Câncer de Mama se comportam de forma excelente. O negativo no desenvolvimento de nosso trabalho é a falta de pessoal em nossa UBS impede a realização de mais exames citopatológicos. Não participa um Mastologista ou Ginecologista no planejamento e monitoramento das ações preventivas. Mais nesta falta não impede que continuemos melhorando indicadores de qualidade na prevenção do Câncer de Colo de Útero. A comunidade tem respondido de forma satisfatória, já que entendem nas orientações feitas pelos médicos da UBS e ativamente e voluntariamente participam em campanhas tais como: "Outubro Rosa". Na educação em saúde se faz em todo momento nas consultas e visitas domiciliares com todas as usuárias. Nossa principal forma de educar é transmitir nossos conhecimentos a nossa comunidade em cada consulta e visita domiciliar. Na educação em saúde participam todos os membros da equipe de saúde: médicos, enfermeira, técnicos em enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, sendo estes os protagonistas.

A atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético na UBS tem muita prioridade. Neste sentido, temos uma população de 167 (36%) hipertensos e 84 (63%) diabéticos. Com todos os usuários se realizam atividades, tais como: realizar de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, fornecer prioridade para que não atrase em no agendamento da consulta agendada em mais de 7 dias, realizar-lhes exames complementares periódicos, exame físico dos pés aos usuários diabéticos, palpar os pulsos tibiais posterior e na sensibilidade dos pés, orientar-lhes sobre na prática de atividade física regular, orientar-lhes sobre a prática nutricional para alimentação saudável, realizar-lhes avaliação de saúde bucal é classificar os pacientes hipertensos de acordo o seu risco cardiovascular por critério clínico. Os pacientes diabéticos e hipertensos tem o maior volume de atenção em nossa Unidade com 3 turnos programados em toda a semana, feitos em 2 seções.

As ações com estes usuários são registradas nos prontuários clínicos e nas fichas de atendimento odontológico. Não existe um monitoramento regular destas ações. O negativo no nosso trabalho é que temos uma baixa cobertura de atenção estimada em um 36%, independentemente que prioriza aos usuários com estas doenças. Eu percebo que 36% como índice de cobertura não está em

correspondência com o trabalho feito individual esta população-alvo. Temos uma maior cobertura além da estimativa. Muitos usuários são hipertensos ou diabéticos e não acodem a nossa UBS já que pagam serviços privados. Esta cobertura está em franca relação com os usuários hipertensos e diabéticos registrados e conhecidos. É muito positivo que existe muita vontade de trabalhar por minha parte para melhorar na atenção de saúde aos usuários HIPERDIA. Dificulta-nos muitas vezes que os usuários não tenham a tempo seus medicamentos anti-hipertensivos e para o controle da glicemia. Dificulta-nos nosso trabalho que não temos um monitoramento e uma avaliação dos especialistas em cardiologia e endocrinologia. Na participação dos especialistas em nossa UBS para na coordenação, no planejamento das ações com estes pacientes é garantia de uma maior cobertura na atenção dos usuários. No mês de maio do ano de 2015, como forma de exemplificar os registros dos atendimentos, foram atendidos 43 hipertensos e 17 diabéticos, necessitando expandir este foco de atendimento.

Com o mesmo empenho de fornecer uma atenção de qualidade às crianças, às usuárias e/ou mulheres gestantes e puérperas, hipertensos e/ou diabéticos, os usuários idosos também são nossa prioridade. Temos registrados 166 (68%) usuários maiores de 60 anos. Destes são 138 hipertensos e 51 diabéticos. A todos se garante que tenham uma Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, tenham seu acompanhamento em dia, tenham uma avaliação de risco para morbimortalidade, se investiga nos indicadores de fragilização na velhice, orientar-se adequados hábitos alimentares, orienta-se atividades físicas de forma regular, realizar-lhes avaliação de saúde bucal. Os usuários idosos são atendidos todos os dias, em ambas as seções de trabalho, tendo em conta esse dia quem tem maior prioridade. As ações são registradas em os prontuários clínicos, em fichas de atendimento odontológico e nas fichas de espelho de vacinas. Não existe um monitoramento por um pessoal das ações ao paciente idoso. Os aspectos positivos na atenção à Saúde do Idoso são nossa vontade de trabalhar na organização em nosso trabalho e no fortalecimento comunicacional entre nos membros da Unidade de Saúde. Dificulta-nos que não temos em nossa Unidade a participação de um especialista em atenção geriátrica para avaliar nosso trabalho com os usuários idosos. Além disto, não trabalhamos com eles fora das consultas e visitas domiciliares, como grupo de usuários por falta de pessoal. Não temos como instrumento de trabalho na Avaliação Multidimensional do Pacientes idoso para a avaliação geral do indivíduo maior de 60 anos. Nossa

proposta de atenção tem a aprovação dos 71,4% da população. Fornecemos uma cobertura de 68%, o que qualifico como boa, tendo em conta que temos carências de instrumento de trabalho muito importantes. Na educação aos usuários idosos e na importância de evitar o tabagismo, na importância em na realização de atividades físicas é muito importante para mudar hábitos, costumes e ter uma vida saudável. Neste objetivo cobram um papel fundamental todos os membros da equipe de saúde, principalmente os médicos da UBS, técnicos em enfermagem, a enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde.

Os maiores desafios que o Serviço apresenta são: manter os indicadores de atenção alcançados e melhorar os que estão muito baixos, que se aloquem os recursos que precisam para brindar uma maior e melhor atenção a nossa comunidade tais como: medicamentos, material de sutura, de primeiros auxílios, Rede de Internet. Precisamos de uma participação dos especialistas da Atenção hospitalar em nossa Unidade para fornecer uma maior cobertura em na atenção a todos nossos pacientes. Precisamos que na Secretaria de Saúde de nosso município se preocupe pelos problemas da Unidade de Saúde. Outro dos maiores desafios é melhorar na Atenção Odontológica.

O maior recurso com que contamos é o recurso humano com muita disposição para trabalhar, para fazer coisas, para mudar a situação de nossa comunidade. Graças ao curso de Especialização em Saúde Familiar me sento com muitas motivações para transformar a minha população. O curso há servido como ferramenta para atualizar e oferecer uma melhor atenção em saúde. Em síntese, estas são as coberturas das ações programáticas essenciais em Atenção Primária à Saúde que o CAP e análise situacional nos permitem conscientizar, conforme a Figura 5.

Pré-Natal	98%
Puerpério	30%
Saúde da Criança	100%
Câncer de Colo de Útero	95%
Câncer de Mama	80%
Hipertensão	36%
Diabetes	63%
Saúde da Pessoa Idosa	68%



Figura 5 – Síntese das coberturas das ações programáticas pelo CAP. Fonte: Análise Situacional, CAP, 2015.

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

Comparando o texto da análise situacional com o texto inicial, percebe-se que tem um formato muito melhor para a compreensão dos leitores. Demonstra que a distância não importa, importa na vontade de mudar e melhorar como especializando. Existe uma pequena diferença entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. Eu acredito que agora a equipe, com mais acerto que desacerto, está um pouquinho mais unida no trabalho que ao início da Intervenção. Existe um pouco mais de comunicação entre os membros da equipe, o que garante de mais tranquilidade para trabalhar. O trabalho diário nos uniu a todos um pouco em um

esforço comum que ofertar a maior soma de felicidade possível a nossa comunidade.

Comparando com no texto: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" da Unidade de Ambientação com o presente relatório, sinto que se tem melhorado um pouco na comunicação e as relações entre nos membros de minha equipe de saúde, se há melhorado um pouco em o compromisso com o trabalho médico da UBS, se tem melhorado bastante na relação com meus usuários. Percebo que os usuários já me vêm como um amigo não como um estranho; a população está se educando dia a dia nossas consultas e visitas domiciliares, tenho maior confiança para colocar tratamentos aos pacientes e nossa comunidade está satisfeita em 71,4%. Existe uma maior aceitação em nosso trabalho. Se há melhorado em a utilização do Curso de Especialização em Saúde da Família como ferramenta comunicacional é aplicativa em nas ações de saúde com nossos pacientes. Por isso eu acredito que fornecemos uma consulta com todas as informações que nossos usuários precisam. Está mudando na estrutura construtiva da UBS. Conforme muda Brasil, vai ir mudando a comunidade da área de abrangência. Estamos trabalhando e fica muito por fazer, mas eu tenho vontade de fazer, de mudar.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são doenças de rápido crescimento e fácil controle na população mundial. No mundo, existem 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que 5% da população até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Segundo esta sociedade (SBH, 2014) se estima que haja 30 milhões de hipertensos no Brasil, cerca de 30% da população adulta.

São doenças que têm mantido um crescimento acelerado nos últimos anos e tendem a continuar crescendo. Ter nestas doenças na comunidade e não conhecer suas cifras reais e fator de risco de muito cuidado que se converte em um perigo quando não são tratadas. Para todo funcionário médico que tenha a responsabilidade da atenção de uma comunidade e vital conhecer a quantidade real de pacientes hipertensos e diabéticos que tem. O médico não pode estar fora da realidade, seu dever é comprovar se essa realidade que enfrenta todos os dias é similar à na realidade mundial.

A Unidade Básica de Saúde está composta por 2 populações em ESF. Destas, eu atendo mais diretamente a que se chama Pitangui 1. A Unidade tem 2 consultórios médicos, 2 consultórios de enfermagem, uma farmácia, uma sala de Triagem-Preparo onde se recebe aos pacientes, e um consultório odontológico. Minha equipe está composta por um médico, 5 Agentes Comunitários de Saúde, um

dentista, e um técnico em enfermagem. Eu atendo uma população de 2.249 pessoas, sendo que 167 são hipertensos e 84 são diabéticos. Neste aspecto e que chama muito a atenção, é uma população grande ter uma cobertura de atenção ao hipertenso e/ou diabético baixa, isto é, 34% e 51%, respectivamente, que representa o 7,1% e 3% do total da população por estes registros do Serviço, percebendo-se que estes valores não correspondem com a realidade mundial. Deve existir uma população muito maior ainda não cadastrada ou estudada pela equipe de saúde, essa razão me motiva a enfocar minhas forças em ampliar a cobertura de atenção para 100% para os hipertensos e diabéticos.

Observa-se na população que a maioria dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes é do sexo feminino. A idade média é de 71,3 anos. Os medicamentos mais usados pelos usuários são enalapril e hidroclorotiazida para os hipertensos e metformina para os diabéticos.

Tendo em conta as dificuldades que apresentei na UBS, observa-se que a população hipertensa e/ou diabética segue as orientações e mantém seus planos de tratamento que evitam as complicações tão temíveis como, por exemplo, o pé diabético.

Em nossa UBS estamos desenvolvendo o Registro HIPERDIA com a atualização de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos segundo idade, sexo e medicamentos que usam para o controle de suas doenças. Todos os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade se encontram atualizando a quantidade de hipertensos e/ou diabéticos adscritos a sua área. Todos estão trabalhando com muito esmero e cuidado para que o trabalho fique o melhor possível.

Todo projeto tem limitações que pode atrasar o resultado final. Na UBS, as principais dificuldades são: não há enfermeira para planejar em conjunto as ações aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, não há relação com um especialista em Cardiologia ou Endocrinologia para a avaliação integral dos pacientes e do Projeto. Mas, viabilizam sua realização os aspectos seguintes: o curso de especialização e a Internet que, através deles, estou atualizado sobre o acontecer mundial dessas doenças, muita vontade de trabalhar e uma boa comunicação com minha equipe de saúde e organização em meu trabalho.

Eu acredito que nossa intervenção pode ampliar até 100% a cobertura na atenção aos usuários diabéticos sempre que as limitações sejam diminuídas. Podemos ganhar mais em confiança dos pacientes hipertensos e diabéticos com os

serviços do Sistema Único de Saúde e diminuir a diferença com os Serviços Privados. Quando nossa UBS ofereça uma cobertura de 100% para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, todos, em geral, vamos a ter uma comunidade mais saudável e com maior esperança de vida. O sucesso está em alocar todos os esforços individuais e coletivos em alcançar os objetivos propostos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Pitangui, Extremoz/ Rio Grande do Norte.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

- Metas relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

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

- Metas relativas ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou 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. 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.

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

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

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

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

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

-Metas relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

- Metas relativas ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

- Metas relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Pitangui 1, Extremoz/Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção, a princípio, 167 hipertensos e 84 diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das Ações

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

- ✓ Meta 1.1 Cadastrar o 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus de minha 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico atualizará e monitorará o número de pacientes de hipertensos e diabéticos cadastrados novos no Registro HIPERDIA do Posto de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ 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 e medir (esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, glicômetro) na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico do Posto com seus Agentes Comunitários garantiram o registro, acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- ✓ Os técnicos de enfermagem garantiram que todos os médios de trabalho (esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, glicômetro) tenham bom estado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ 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:

✓ Os Agentes Comunitários informaram a nossa comunidade que existe um Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

✓ O médico informará e orientará a sua comunidade sobre a importância da toma da tensão arterial uma vez ao ano logo de 18 anos cumpridos.

✓ O médico orientará a sua comunidade a importância da pesquisa de pacientes diabéticos em adultos com tensão maior de 135/80 mmHg e os fatores de risco para desenvolver HAS e DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

✓ Capacitar à equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e medição da glicemia forma criteriosa, incluindo uso adequado do esfigmomanômetro e glicômetro.

Detalhamento da ação:

✓ O médico capacitará a os Agentes Comunitários de Saúde e o resto da equipe para o correto cadastramento dos pacientes novos hipertensos e diabéticos de minha área e para a verificação correta da glicemia aos adultos com cifras de tensão arterial maiores de 135/ 80 e a correta toma da pressão arterial.

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

- ✓ 2. 7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.
- ✓ 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos
 - ✓ Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
 - ✓ Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
 - ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico monitorará a boa realização dos exames clínicos aos hipertensos e diabéticos quais têm feito exames de laboratório cada 3 meses.
- ✓ O médico de conjunto com seu odontólogo priorizaram o atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos com necessidade de atenção odontológica.
- ✓ Os técnicos de enfermagem monitorizaram que não faltem os medicamentos necessários aos pacientes hipertensos e diabéticos, e de ser assim fazer as coordenações necessárias com a Prefeitura/Secretaria.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- ✓ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ✓ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde
- ✓ 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.

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

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico definirá que atribuições têm cada membro da equipe para que façam os exames clínicos de acordo com os protocolos estabelecidos.
- ✓ O médico garantirá a realização dos exames aos pacientes hipertensos e diabéticos cada 3 meses
- ✓ Os técnicos de enfermagem revisaram a data de vencimento dos medicamentos.
- ✓ O gestor municipal agilizará a realização dos exames complementares de importância para nestes pacientes.
- ✓ Os técnicos de enfermagem atualizaram o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- ✓ Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ✓ Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico orientará em consultas e visitas domiciliares aos pacientes e a toda sua comunidade os riscos da Hipertensão e a Diabetes em sua saúde, sobre os cuidados dos pés nos pacientes diabéticos, e que eles devem examinar-se seus membros cada certo tempo.
- ✓ O médico orientará em consultas e visitas domiciliares a realização de exames aos pacientes hipertensos e diabéticos cada 3 meses assim como

comunicar seu direito a desfrutar de uma boa saúde bucal e receber oportunamente seus medicamentos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- ✓ Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- ✓ Realizar atualização do profissional no tratamento da Hipertensão e Diabetes.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- ✓ Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico capacitará a sua equipe baseada em a importância da realização de exames complementares e de um exame clínico de qualidade.
- ✓ O médico se atualizará mensalmente no tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- ✓ O médico capacitará a toda a equipe sobre como obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a necessidade do serviço odontológico.

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

- ✓ 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas aos pacientes hipertensos e diabéticos previstos no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação:

- ✓ O médico monitorará que as consultas aos pacientes hipertensos e diabéticos têm ao dia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

- ✓ A equipe de saúde ordenará o acolhimento aos hipertensos e diabéticos faltosos que chegam das visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

✓ Ações:

- ✓ 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:

- ✓ O médico informará a seus pacientes em consultas e visitas domiciliares sobre a importância das consultas periódicas e ouvirá a todos sobre medidas que podemos oferecer em caso de que exista excesso de pacientes hipertensos e diabéticos sem consultas ao dia.
- ✓ O médico orientará a todos seus pacientes diabéticos e hipertensos a importância de acudir periodicamente a consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- ✓ Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

- ✓ Os Agentes Comunitários de Saúde receberam capacitação pelo médico para orientar a nossos hipertensos e diabéticos em quanto à periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

- ✓ 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

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

Detalhamento da ação:

- ✓ O médico monitorará que os registros dos pacientes hipertensos e diabéticos de sua comunidade tenham a qualidade requerida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

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

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico vai a manter as informações do SIAB sempre a atualizadas logo de pactuado com a equipe o registro das informações.
- ✓ O médico será o responsável do monitoramento dos registros.
- ✓ Com ajuda da equipe de saúde criar um sistema de registro que nos alerte situações de risco para os pacientes diabéticos e hipertensos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

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

Detalhamento da ação:

✓ O médico em as consultas orientará a seus pacientes para que conheçam seus direitos na manutenção de seus registros de saúde e que tem acesso a outros serviços se eles assim o consideram.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

✓ Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético

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

Detalhamento das ações:

✓ O médico capacitará aos membros de sua equipe para o correto completamento dos registros dos pacientes hipertensos e diabéticos assim como registro oportuno das ações clínicas nas consultas.

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

✓ Meta 5. 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

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

Detalhamento da ação:

✓ O médico vai a monitorar a realização pelo menos uma vez ao ano da estratificação de risco aos pacientes diabéticos e hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

✓ Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

✓ Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

✓ O médico de conjunto com minha equipe de saúde priorizaremos o atendimento ao paciente avaliado de alto risco oferecendo prioridade no agendamento aos pacientes hipertensos e diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

✓ 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:

✓ O médico falará a seus pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância do seguimento periódico e seu controle sobre os fatores de risco mudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

✓ Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

✓ Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

✓ Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

✓ O médico capacitará aos funcionários da sua Unidade de Saúde para conheçam como realizar estratificação de risco com o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como a importância de registrar na avaliação e como controle dos fatores modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

✓ 6.3Garantir 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 e diabéticos.
- ✓ 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico monitorará as orientações nutricionais, de atividade física regular, dos riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal aos pacientes hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- ✓ 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:

✓ O médico organizará com seus pacientes práticas coletivas tais para falar sobre alimentação saudável, de exercícios físicos.

✓ A equipe de saúde reclamará aos gestores para atingir um serviço de qualidade a participação de nutricionistas, educadores físicos e de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

✓ Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

✓ Orientar hipertensos e diabéticos 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 diabéticos seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

✓ O médico nas consultas e visitas domiciliares a pacientes hipertensos e diabéticos falará sobre a importância de uma alimentação saudável, de uma prática de atividade física regular, e da higiene bucal assim como falar com pacientes hipertensos e diabéticos tabagistas sobre como deixar o tabagismo graças ao tratamento.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

- ✓ Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- ✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

- ✓ O médico capacitará a sua equipe de saúde para transmitir aos pacientes hipertensos e diabéticos informações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, para o tratamento de pacientes tabagistas hipertensos e diabéticos, higiene bucal e de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

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

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

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.

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares 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.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos 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.

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos 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. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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.

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

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

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.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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.

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

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.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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.

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

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 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus adotaremos desde o mês de dezembro como protocolo de trabalho os Cadernos Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde do ano 2013 e forma complementar a eles o PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM HIPERTENSÃO E DIABETES do ano 2011. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação pelos Cadernos Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM HIPERTENSÃO E DIABETES para que toda a equipe utilize esta referência na atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Esta capacitação ocorrerá na própria UBS. Para isto, serão reservadas 2 horas ao final das quintas férias do mês de fevereiro, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe em a sala dos Agentes Comunitários de Saúde. Os membros da equipe coordenaram o momento de estudo coletivo, que serão as primeiras 4 semanas logo do início da Intervenção.

Utilizaremos ficha de hipertensos e diabéticos disponíveis na Unidade de Saúde. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, eu vou a registrar em meu computador em formato EXCEL todos os indicadores necessários. Com minha intervenção estimo alcançar o 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos. Para o acompanhamento mensal da intervenção se está utilizando desde novembro Caderno de Ações Programáticas da Unidade 1 do curso de Especialização.

Para organizar o registro específico do programa, os Agentes Comunitários de Saúde revisarão a partir de mês de fevereiro o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos 3 meses. Eu vou a revisar os atendimentos feitos ao pacientes hipertensos e diabéticos os últimos três meses e se transcreverá todas as informações disponíveis para meu computador em formato EXCEL.

O principal objetivo da intervenção está em ampliar a cobertura na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Para atingir esse objetivo em termos de organização e gestão do serviço eu e meus agentes comunitários vamos a garantir a partir de mês de dezembro o correto registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa na minha Unidade de Saúde. Eu já tenho no computador

o registro HIPERDIA de forma digital que se está completando semanalmente com as informações de todos meus Agentes Comunitários de Saúde. A sala de Triagem-Preparo e o centro onde os técnicos de enfermagem acolhem aos hipertensos e diabéticos. A Unidade tem garantido os equipamentos para atender aos pacientes hipertensos e diabéticos tais como: esfigomanômetro, glicômetro, fitas métricas, balanças. Os técnicos de enfermagem revisam sempre que nestas equipes tem em bom estado de funcionamento.

Todo projeto é um conjunto de ações que se devem ir fazendo ao mesmo tempo. Eu assumi monitorar e registrar desde o mês de novembro todos os pacientes hipertensos e diabéticos que temos em nossa Unidade cadastrados e os que aparecem de “novo ingresso” que pertencem a Pitangui 1. Meus agentes comunitários têm a orientação desde esse mês de informar sempre que tenham novos pacientes hipertensos e diabéticos. De essa forma se atualiza o registro HIPERDIA de minha Unidade de Saúde e cresce a cobertura na atenção a estes pacientes.

Nesta intervenção é de muita importância para a comunidade, por eu conjuntamente com meus agentes comunitários vamos a informar a partir de dezembro a todos os pacientes a existência de um Programa HIPERDIA onde eles têm o direito de cadastrar-se, ser acompanhados e receber de forma regular seus medicamentos. Todos os pacientes maiores de 18 anos quando são recebidos verifica-se sua tensão arterial pelo menos uma vez ao ano, nesta tarefa vai a ser feita por mim pessoalmente e pelos técnicos de enfermagem. A mesma coisa acontece com o rastreamento aos pacientes com suspeita de Diabetes. Eu na consulta e visitas domiciliares de conjunto com os agentes comunitários em suas pesquisas diárias rastreamos a todos os pacientes que tenham cifras tensionais maiores de 135/ 80 mmHg e com alterações em suas cifras de glicemia. Para contar com toda a ajuda possível e ter uma maior qualificação da prática clínica eu vou a capacitar a meus Agentes comunitários a partir do mês de fevereiro para que eles aprendam como se faz a toma corretamente a todos pacientes da tensão arterial e como se faz teste de glicose em caso de ser necessário. Eu acredito que é muito importante que os Agentes Comunitários de Saúde se não possam realizar nestas ações, pelo menos tenham noção de como corretamente é feito nesta ação.

Outro dos objetivos de minha intervenção é melhorar a qualidade na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Todos os funcionários de minha Unidade de

Saúde conhecem quais são suas atribuições e até agora a funcionado muito bem. Eu vou incentivar a pesquisa de informação atualizada a todos os funcionários do Posto que nos permita oferecer uma atenção de qualidade aos hipertensos e diabéticos. Eu vou definir a partir de dezembro o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes do ano 2011 e os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes do ano 2013 para o atendimento a nestes usuários que deve estar nas mãos de todos os funcionários da UBS para que eles recebam capacitação uma vez ao mês todas as quintas feiras no horário da tarde.

Na Unidade de Saúde desde que eu comecei a trabalhar transmite-se a todos os usuários, incluindo os hipertensos e diabéticos, que tem o direito de solicitar exames a cada 3 meses. Já que é uma decisão unânime dos usuários, realizarem-se estes exames em laboratórios privados, eles demoram muito em avaliar-se. Eu vou a consertar com nosso supervisor do Programa Mais Médicos que tem uma maior relação de trabalho com as autoridades de saúde para que os exames que os pacientes faz-se pelo Sistema Único de Saúde não demorem tanto tempo para que tenhamos os resultados. Quando seja instalado o compressor da UBS para que funcione o serviço de Odontologia, eu vou dialogar com a odontologista da ESF para organizar os atendimentos odontológicos na consulta de Odontologia aos usuários hipertensos e diabéticos.

Os medicamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos serão revisados cada mês pelos técnicos de enfermagem.

A qualificação da prática clínica dependerá se nossa preparação e estudo diário. Deve-se aplicar o método clínico para na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos por todos os funcionários da ESF. Os Agentes Comunitários buscarão os pacientes faltosos a consultas em visitas domiciliares já que muitos por sua condição física não podem comparecer a consulta. Organizaremos a agenda para que esses usuários possam ser atendidos. Eu e os agentes comunitários ouviremos na comunidade as estratégias em caso de existirem excesso de pacientes faltosos. Com a comunidade e eu vou a realizar reuniões 1 vez ao mês para informar os aspectos mais relevantes da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

Como parte da qualificação da prática clínica eu vou a orientar a partir de fevereiro aos Agentes Comunitários de Saúde para transmitir aos pacientes hipertensos e diabéticos a importância de ter as consultas em dia. Além disso, eu vou verificar os usuários que não tenham estratificação de risco segundo a clínica ou

não tenham compensada sua doença. Eu vou a monitorar que meus registros ao pacientes hipertensos e diabéticos tenham ótima qualidade. Isso será feito pela revisão semanal de todas as fichas espelho preenchida nos atendimentos da semana. Como parte do engajamento público eu vou a informar em as consultas e visitas domiciliares através da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde que em seu Quarto Principio estabelece que estes pacientes têm direito acessar o seu registro de paciente em casso de querer consultar com outro médico de outro serviço já que podem escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação. Para a qualificação clínica ensinar a partir de janeiro nas quintas feiras, em minha consulta, depois das consultas, aos Agentes Comunitários o correto preenchimento dos registros das ações clínicas aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Outro dos objetivos da intervenção é manter a avaliação de risco para doença cardiovascular nos pacientes hipertensos e diabéticos. Para atingir estes objetivos eu vou a oferecer prioridade no agendamento e atendimento aos pacientes diabéticos e hipertensos de alto risco a partir de fevereiro de 2015. Além disso, eu estou avaliando pessoalmente desde o mês de dezembro, pela estratificação de risco (Escore de Framingham) a todos meus pacientes hipertensos e diabéticos ação que continuará em 2015 até atingir que todos tenham pelo menos uma avaliação ao ano. Tendo em conta sempre o critério da população eu vou a informar a partir do mês de fevereiro toda a população hipertensa e diabética a importância de que sempre tenham acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde e médico para receber todas as orientações necessárias. Uma delas que se faz em consultas e visitas domiciliares aos pacientes hipertensos e diabéticos e que eles compreendam a importância que tem mudar os hábitos de alimentação atuais por hábitos saudáveis. Como parte da qualificação da prática clínica eu vou a capacitar a partir de fevereiro a minha equipe de saúde na estratificação de risco segundo Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Também eu vou a capacitar a partir de dezembro aos Agentes Comunitários para que expliquem a importância da estratificação de risco que tem seus pacientes hipertensos e diabéticos. Também eu vou a capacitar a partir de dezembro através do Protocolo de atendimento em Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde no horário da tarde, na Sala de reuniões da UBS, aos agentes comunitários para que possam explicar quais são aqueles fatores de risco que os pacientes hipertensos e diabéticos devem mudar. Já

todos têm em seu poder uma folha com os fatores de risco que devem pesquisar em seus pacientes.

Meu último objetivo é manter a promoção de saúde aos pacientes hipertensos através de ações tais como: eu vou a incentivar a partir do mês de fevereiro a organização destes usuários em grupos ou coletivos em número de 10 para reunir-nos 1 vez por semana e para ensinar entre outras coisas, como mudar sua alimentação com acompanhamento da nutricionista que em ocasiões oferece consultas no Posto, eu vou a falar a partir do mês de fevereiro com meu supervisor para que se reúna com as autoridades locais de saúde sobre a necessidade de um nutricionista a tempo completo ou cada 15 dias para que possa orientar aos pacientes hipertensos, a necessidade de um educador físico para que possa trabalhar com estes pacientes, a necessidade de comprar medicamentos para que os pacientes abandonem o tabagismo.

Eu, como médico, vou a preparar-me dia a dia para garantir as consultas com pacientes hipertensos e diabéticos se desenvolva com qualidade. Eu vou a monitorar a partir de fevereiro que as todas as indicações nutricionais sejam oferecidas aos pacientes hipertensos e diabéticos. Eu desde sempre incentivo aos pacientes hipertensos e diabéticos que de forma moderada realizem atividades físicas. Com o registro HIPERDIA atualizado se conhecem que pacientes hipertensos e diabéticos são fumadores e se deixam o tabagismo.

Em consulta ou visita domiciliar o médico recolherá o dado se fuma ou faz quanto deixou de fumar. Eu vou a partir de fevereiro a trabalhar com o dentista para que os todos pacientes hipertensos e diabéticos tenham uma avaliação bucal especializada ao ano, além da revisão geral oferecida por mim nas consultas. Eles serão agendados e avaliados pelo médico e dentista todas as quintas-feiras a partir de fevereiro de 2015. Além disso, eu vou a orientar a partir de fevereiro a nossos pacientes hipertensos e diabéticos e seus familiares em consultas e visitas domiciliares para que conheçam a importância da alimentação saudável, para que conheçam a importância da atividade física regular, para que conheçam nossos pacientes hipertensos e diabéticos tabagistas que existe um tratamento para abandonar o tabagismo, para que meus pacientes hipertensos e diabéticos e seus familiares conheçam a importância da realização de uma avaliação de saúde bucal pelo menos 1 vez ao ano. Em a qualificação da prática clínica as principais ações a desenvolver são capacitar a partir de fevereiro a minha equipe de saúde em temas

de educação para os hipertensos e diabéticos tais como: alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo, saúde bucal.

Para sensibilizar a comunidade eu e os agentes comunitários faremos a partir de fevereiro contato com todos os moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do mesmo aos pacientes hipertensos e diabéticos. Solicitaremos a partir deste mês apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos, além disso, eu vou a esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional sempre respeitando seu poder de decisão e autodeterminação. Todo o desenvolvimento do projeto, na ampliação da cobertura da atenção ao paciente hipertenso e diabético se mostrará no Caderno de Ações Programáticas mês por mês a partir de fevereiro de 2015.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe de saúde sobre os protocolos de HAS e DM	x	x	x	x												
Estabelecer a atribuição de cada profissional na ação programática	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Preenchimento do SIAB				x				x				x				x
Cadastrar os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atividade de educação em saúde sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, riscos para tabagismo, higiene bucal nos usuários hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimentos clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atividades com os diferentes grupos de hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitar as ACS na busca ativa de usuários diabéticos e hipertensos faltosos às consultas e orientações sobre a periodicidade de consultas	x															
Priorizar medicamentos da Farmácia Popular aos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa de usuários faltosos às consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visita domiciliar para avaliação e consulta dos usuários acamados e/ou com dificuldades de locomoção		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação odontológica dos usuários hipertensos e/ou diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Controle do estoque de medicamentos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação da intervenção				x				x				x				x

3 Relatório da Intervenção

No acompanhamento da intervenção que aconteceu entre os meses de fevereiro e maio do ano de 2015, apresento o relato das atividades desenvolvidas. A intervenção teve início no dia 2 de fevereiro de 2015 e terminou no dia 28 de maio de 2015, compreendendo as orientações do curso. Assim, terminei as 12 semanas de Intervenção na comunidade de Praia de Pitangui, demonstrando que acrescentou a confiança da comunidade em meu trabalho. Na Intervenção permitiu meu crescimento no pessoal e profissional. Na Intervenção acrescentou o vínculo com o estudo diário e permitiu que fornecesse em cada consulta ao usuário as melhores dicas para sua saúde. Na Intervenção, aumentou a cobertura na atenção para os usuários hipertensos e diabéticos. Mais para atingir as metas propostas e preciso pelo menos o dobro de tempo fornecido pelo Curso de Especialização.

Atualmente me sinto parte da comunidade e mais que o médico, eu sou amigo dos usuários, respeitando a função que me foi assinada aqui. Na intervenção tive sucesso apesar de que o tempo que estive de férias em Cuba e que não houvesse continuidade na coleta de dados. A intervenção foi planejada para ser desenvolvida no Curso em dezesseis, mas houve re-orientação para o trabalho ser desenvolvido em doze semanas de intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No UBS cada enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde conhece sua função diária. Na intervenção só reforçou os conhecimentos de todos para desempenhar corretamente as suas respectivas funções. Nesta ação foi fundamental na intervenção e aprendemos uma lição que se dever manter para sempre: devemos trabalhar em equipe, todos conhecem suas

funções e cada qual é responsável pelo papel que deve ter em mente em cada momento.

Devido a que se informava dia a dia se aparecia um usuário hipertenso e/ou diabético de “novo ingresso” na comunidade e que em abril se realizou o Cadastro dos pacientes HIPERDIA pelos funcionários da Farmácia Popular. Ainda faltam muitos usuários HIPERDIA “novos” por cadastrar, já que esses têm atenção privada com planos de saúde e não acham necessário acudir ao Serviço para verificar sua tensão arterial ou solicitar seus exames complementares de rotina. Acredito que três meses de intervenção não são suficientes para cadastrar uma comunidade que muda constantemente como Praia Pitangui. E, por isso, que deve continuar nesta ação por um tempo longe.

A coluna central da intervenção foram as consultas e as visitas domiciliares aos usuários HIPERDIA, que me permitiu examiná-los clinicamente, indicar seus medicamentos e exames complementares de controle. Também, dar-lhes algumas orientações sobre alimentação saudável, higiene dental, prática de atividades físicas e métodos para abandonar ao tabagismo. Nesta ação foi levada completamente nos três meses de intervenção, só afetada no mês de março quando foram as férias e fui a Cuba. Nesta viagem foi o que marcou a mudança na relação médico-paciente com minha comunidade. Antes das férias a comunidade estava muito desconfiada com meu trabalho devido a alguns erros e mal-entendidos desafortunados. Assim, eu comecei uma série de mudanças no comportamento que resultaram em uma comunidade hoje muito mais confiada no trabalho de todos e no meu próprio, resultaram no agradecimento dia a dia de uma população tão carente de atenção.

Como parte das funções dos agentes comunitários e minha própria se realizaram buscas ativas aos usuários hipertensos e diabéticos em todo o tempo da intervenção, função que já é parte de minha forma de relacionar-me com os usuários da comunidade com doenças crônicas. Não há dificuldades, nem pelos agentes comunitários, nem pela minha pessoa de estabelecer um diálogo em qualquer lugar da comunidade, com a certeza de que o usuário vai à consulta ou lhe será realizada uma visita domiciliar, sem que ele receba de nossa parte na atenção que procura e merece.

É fundamental para controle das doenças crônicas contar em todo momento com um estoque de medicamentos bem abastecido. Eu, semanalmente, revisei o estoque de medicamentos da Farmácia da UBS. Foi assim que pude detectar que,

muitas vezes, os usuários não levam os tratamentos com qualidade, já que não há o remédio na Farmácia da UBS porque não chegou mensal ou porque era escasso. Então, tem que comprá-lo na Farmácia Popular existente na comunidade. Porém, também há um papel chave o fato que muitas vezes eles não têm o dinheiro para compra-los, já que são caros. Não é suficiente prescrever corretamente um remédio ao um usuário e é preciso saber e conhecer que tenho na Farmácia ou estabelecer relações com a Farmácia Comunitária para que o usuário tenha uma boa adesão ao tratamento.

A intervenção foi monitorada dia a dia por mim e pela Equipe. Mais que uma intervenção, converteu-se em estilo de trabalho diário. Converteu-se em compromisso pessoal de levar na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos a cifras elevadas e extrapolar essa atenção a toda a comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

No decorrer da intervenção, não foi possível capacitar o pessoal da UBS, já que não mostraram motivação em nenhum momento para recebê-la e em várias ocasiões, falei do tema com eles, mas o resultado sempre foi o mesmo. Eles não estão dispostos a fazer mais que sua função e como eles acreditam que deve ser. Eu fiz a proposta e não obtive nenhuma resposta deles. Além disso, os agentes comunitários têm um horário que não permite realizar atividades de capacitação e eles estão com muito desgosto, já que as autoridades de Saúde prometem melhorar suas condições de trabalho, fornecer uma melhor atenção para eles e não há sido assim. Eles se limitam a cumprir com seu horário de trabalho e suas funções. Eu não posso forçar um pessoal a realizar algo que não desejam fazer.

A comunidade não tem líder capaz de reuni-los e as autoridades não se preocupam por melhorar as condições de vida e saúde dos moradores. Percebo que é uma comunidade muito esquecida pela Prefeitura e a Secretaria de Saúde municipal. Eu estou há 1 ano e 3 meses trabalhando na comunidade e sempre escuto as queixas dos moradores da comunidade e que suas queixas não são escutadas pelas autoridades políticas e de saúde. Se essas autoridades se comportam assim com os moradores de Pitangui, com os médicos é a mesma coisa. Em todo este tempo as relações com as autoridades de Saúde do município há sido de afastamento e há sido impossível falar com eles para que apoiassem mais esta

intervenção, ou pelo menos que conhecessem de que se trata. Hoje, continua sendo um problema, por exemplo, a falta de Nutricionista ou Educador Físico a tempo parcial ou completo, especialistas necessários para complementar nosso trabalho e que os moradores da comunidade precisam de esses serviços.

Também, não foi possível celebrar reuniões com a comunidade já que ao princípio toda a comunidade me viu como inimigo. Eu cometi erros que fizeram que eles se afastassem e me vieram com muita desconfiança. Logo chegarem minhas férias, que foi onde tudo começou a mudar devido a que antes de minhas férias, eu comecei a mudar no comportamento com eles. Os meses de abril e maio foram de muito trabalho, tratando de que as pessoas vieram que eu não sou inimigo, eu fui tratando de ganhar a confiança dos moradores. Acredito que a confiança se ganha pouco a pouco. Se a intervenção durasse mais tempo, eu efetuaría, pelo menos, uma reunião com os moradores para que conhecessem as intenções do Projeto. Encontrei a forma de transmitir os conhecimentos nas consultas individuais e visitas aos usuários hipertensos e diabéticos. Entende-se que não era o planejado, mas foi o que a realidade obrigou a fazer.

Tampouco foi possível organizar grupos de hipertensos e diabéticos para fornecer dicas sobre como mudar estilos de vida devido a que as pessoas reconhecem que estão doentes, mas gostam de viver a seu jeito, sem que se lhes mude sua forma de ver a vida. Eu só me limitei, para não forçar um estilo de vida já enraizado em grupos de pessoas, em fornecer as indicações nas consultas e nas visitas domiciliares. Eu acredito que formar esses grupos se atinge se eles mostram interesse pelos temas que se preparam. Também, as condições da UBS se revelaram muito precárias e não permitiram reuni-los.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Das ações previstas no Projeto de Intervenção, foi desenvolvido o correto preenchimento do Sistema de Informação na Atenção Básica, sendo desenvolvida com muita facilidade devido à boa conectividade a Internet na minha residência. A coleta de dados mensal e cuidadosamente arquivada para ao final do mês fosse computada e enviada a Secretaria de Saúde do município de Extremoz, através dos enfermeiros e ao Ministério de Saúde.

A Planilha de Coleta de Dados foi uma tarefa que eu fiz com muito cuidado para não deixar nenhum usuário atendido por preencher. Rotineiramente, logo de terminada a jornada de trabalho, eu preenchia os pacientes atendidos. Só cometi um erro de percepção que foi logo de finalizado o mês 1 da intervenção, continuei colocando os usuários do mês 2 abaixo dos usuários do mês 1. Outra dificuldade encontrada foi referente à estratificação de risco que não era preenchida em muitos casos quando o paciente era inserido no Projeto, quando se lhes indicavam os exames. Na estratificação de risco era atualizada quando o usuário trazia os exames indicados, especificamente o perfil lipídico.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Já finalizada a intervenção para o Curso, ficam como parte dos atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos indicar seus exames complementares, com a posterior avaliação dos mesmos. Também, já é costume aos que se vão incorporando de “novo ingresso” fornecer de forma individual as dicas sobre alimentação saudável, abandono do tabagismo, pratica de exercícios físicos e a manutenção da higiene bucal. Para melhorar nesta ação, além dos exames de rotina aos usuários da ação programática, como muitos são idosos, indicava-se densitometria óssea como uma forma de atenção não só à Hipertensão e a Diabetes, mas também para atender a Osteoporose, característica freqüente nessas idades.

Temos incorporado na rotina da UBS revisar os medicamentos que mais demandam aos moradores da comunidade. Ajudou muito e deve continuar com mais sistematicidade o Cadastro feito pelos funcionários da Farmácia Popular aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Hoje, já os usuários estão recebendo de forma gradual os benefícios deste Cadastro, ou seja, seus remédios.

Computam-se os dados mensais e são enviados à Secretaria do município e ao Ministério de Saúde. Nesta ação era feita desde antes de começar a Intervenção. Agora, eu sou o responsável de computar e enviar os dados dos usuários atendidos, entre eles os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Continuam as pesquisas na comunidade aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, fundamentalmente pelos agentes comunitários e por mim. A promessa de que serão indicados e avaliados trimestralmente seus exames há sido a

premissa para ir somando usuários que não acodem com muita frequência a consulta, já que eles custeiam o serviço com planos de saúde.

Para que estas ações continuem e se perpetuem no tempo, deve existir uma maior participação das autoridades de saúde no conhecimento das atividades diárias que se realizam na UBS para a comunidade. Eu acredito que algumas coisas se estão fazendo para que a Secretaria de Saúde e Prefeitura fique mais atenta com os funcionários do Posto e a comunidade, mas não é suficiente. Não é suficiente só o médico acordar-se cedo para assistir ao trabalho e fornecer uma boa atenção aos usuários. Deve haver incentivo a continuar nossa obra mais unidade e trabalho de conjunto, ou seja, autoridades sanitárias - funcionários da UBS - comunidade. Incentiva mais apoio e preocupação para que com o maior esforço de todos, alcançar uma comunidade mais saudável e feliz.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Logo de finalizado três meses de intervenção na comunidade de Praia de Pitangui, é o momento de analisar os resultados obtidos nesta atividade desde o ponto de vista quantitativo e qualitativo. É válido destacar que ao princípio o Cronograma deste Projeto foi de 16 semanas e não 12, mas foi transformado dessa forma, tendo em vista as férias de fevereiro do ano de 2015. Nesse tempo não houve coleta de informação e/ou continuidade na intervenção, já que existiam diferenças e pouca comunicação entre eu e os membros da equipe.

O principal objetivo de minha intervenção foi aumentar para 100% a cobertura na atenção dos usuários diabéticos e/ou hipertensos. A principal meta da intervenção era cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Pensou-se neste número para os objetivos e as metas já que eu não conhecia a cobertura real de usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos na UBS. Também, se pensou neste número para os objetivos e as metas, pois nunca na UBS se havia realizado um estudo do tema.

A comunidade que eu atendo é Praia Pitangui 1 e tem um total de 167 usuários hipertensos e 84 diabéticos. Participaram na intervenção 109 usuários, deles 26 hipertensos e diabéticos, sendo 99 hipertensos e 39 diabéticos, com idade média de 60,3 anos. A cobertura na atenção atingida foi de 16,8% (n=28) no primeiro mês, 42,5% (n=71) no segundo mês e ao final da Intervenção foi de 59,3% (n=99) para os usuários hipertensos (Figura 6) e de 11,9% (n=10) no primeiro mês, 32,1% (n=27) no segundo mês e 46,4% (n=39) ao final da intervenção para os usuários diabéticos (Figura 7). Ao longo da Intervenção a cobertura na atenção foi

crecendo devido às buscas ativas feitas aos usuários do Serviço. Assim, sempre foi prioridade na atenção aos pacientes HIPERDIA e se realizou um cadastro concomitante dos usuários HIPERDIA pelos funcionários da Farmácia Popular. Com isto, todos os dados dos usuários participantes na intervenção foram coletados adequadamente, mas ao final não foi atingida na meta, já que existem muitos pacientes que não acham necessário assistir nas consultas porque pagam o serviço com planos de saúde e porque nas minhas feiras não houve continuidade na coleta de dados. Tem muita importância ampliar a cobertura na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, pois permite saber a quantidade real de usuários que temos área com doenças crônicas. Para melhorar estes resultados se precisa de um tempo maior de intervenção e desenvolvimento das ações, se precisa maiores condições para trabalhar e atender melhor aos usuários, assim como um apoio mais forte das autoridades sanitárias do município.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou 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

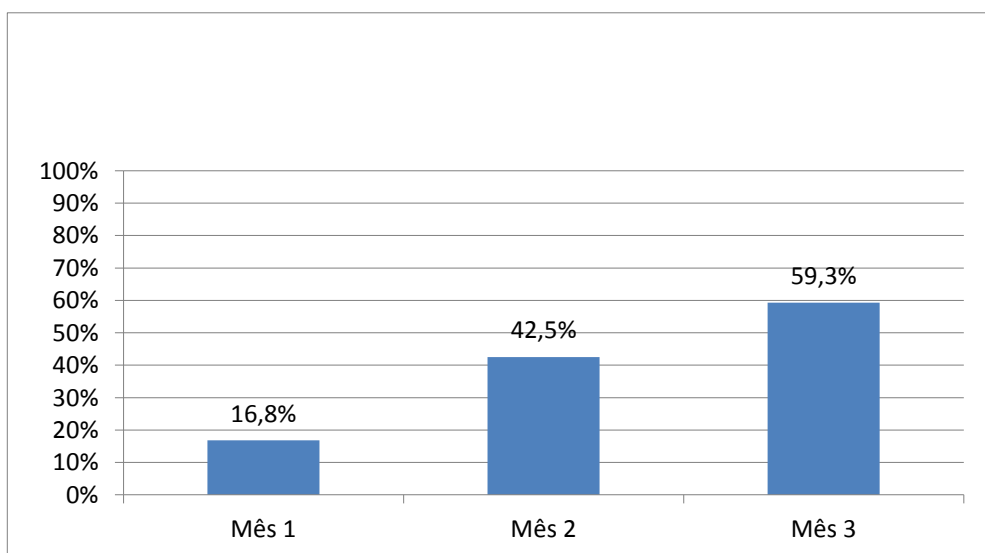


Figura 6- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde (ESF Pitangui I)

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.

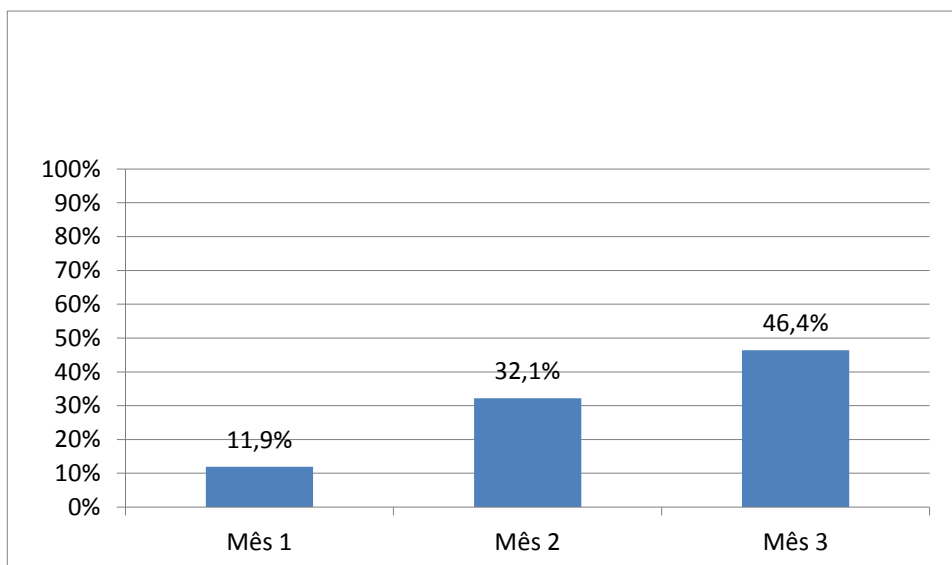


Figura 7 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde (ESF Pitangui I)

Os resultados do objetivo específico 2, conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados. Assim, destaca-se que nas metas relativas ao objetivo de qualidade elas foram estipuladas em 100%.

O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 8, no mês 1 obteve-se 100% (n=28), no mês 2 80,3% (n=57) e no mês 3 100% (n=99).

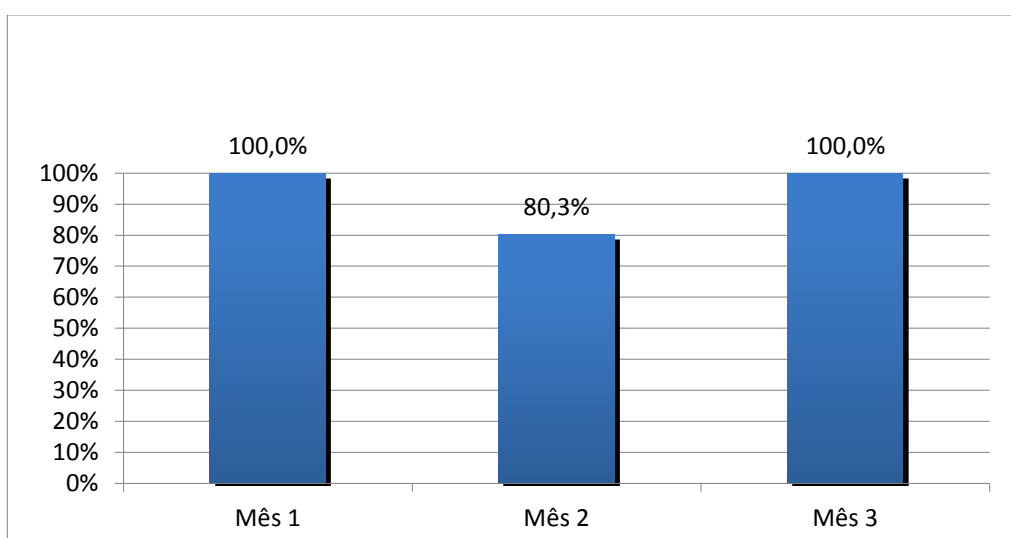


Figura 8 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

A proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, observou-se, em acordo com a Figura 9, que no mês 1, obteve-se 100% (n=10), no mês 2 85,2% (n=27) e no mês 3 100% (n=39.)

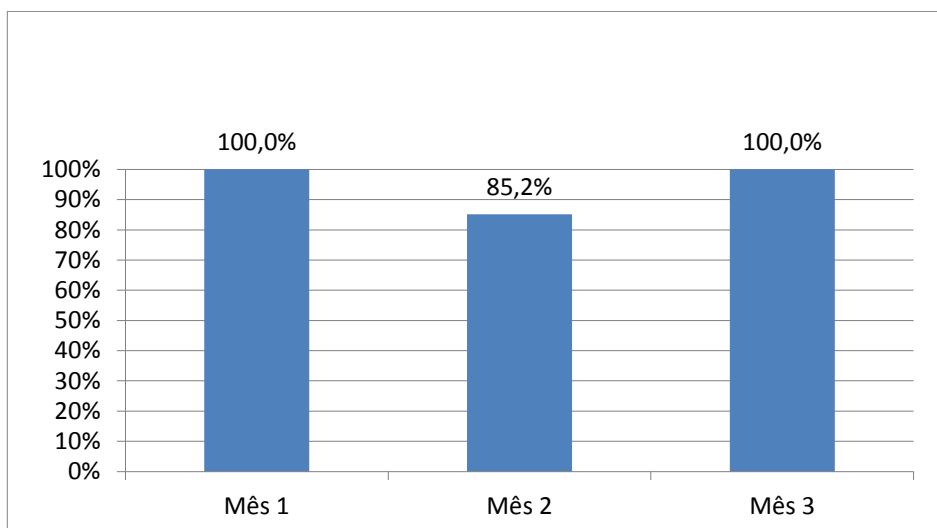


Figura 9 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

As metas foram atingidas completamente, com uma leve queda no segundo mês para os hipertensos a 80,3% e 85,2% para os diabéticos, já que se atenderem menor quantidade de pacientes HIPERDIA de minha área de abrangência, além de eu atender toda a comunidade de Pitangui, já que outro médico estava de férias em Cuba. Mas, se atingiu finalmente a meta de 100% ao final da intervenção devido a que foi uma constante o correto exame clínico para todos os usuários sejam novos ou conhecidos. Neste indicador eu dei máxima prioridade, pois o usuário e/ou a usuária se senta em confiança com o médico e se deve escutar com atenção e examinar exaustivamente, ação que realizei em cada consulta e visita domiciliar. É importante para eu, como médico, e para uma comunidade tão carente, que se mantenha nesta ação, já que se vão somando pacientes que ainda não estão cadastrados na medida em que cresce o conhecimento de que o médico comunitário examina corretamente seus usuários.

A proporção de usuários hipertensos com os exames complementares ao dia de acordo com o protocolo compreendeu no primeiro mês 96,4% (n=27), no segundo mês 78,9% (n=56) e no terceiro mês 99% (n=98), enquanto os diabéticos teve no primeiro mês 100% (n=10), no segundo mês 85,2% (n=23) e no terceiro mês 100% (n=39), em conformidade com as Figuras 11 e 12. Pensou-se neste número

para os objetivos e as metas, já que é fundamental a realização dos exames com periodicidade para olhar seu comportamento e comprovar se os usuários têm um bom controle metabólico.

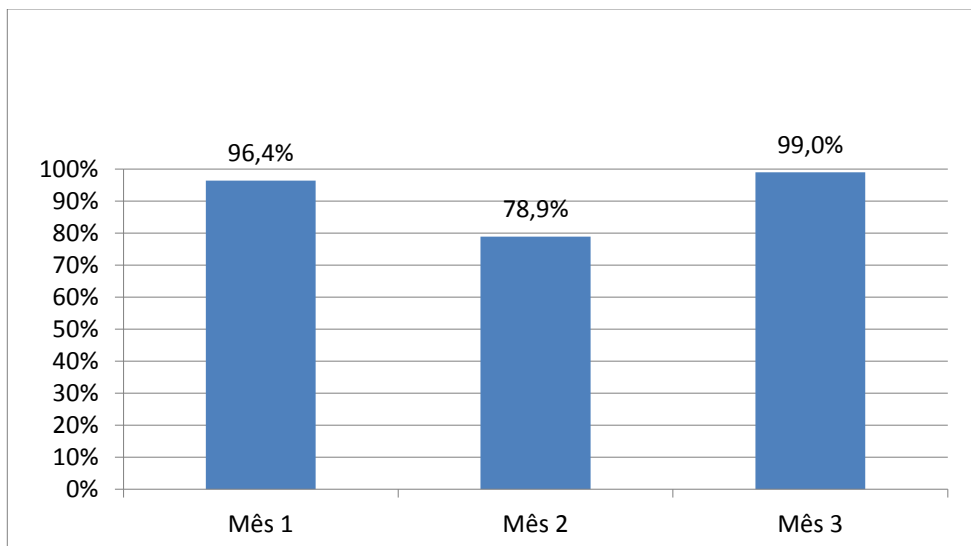


Figura 10 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

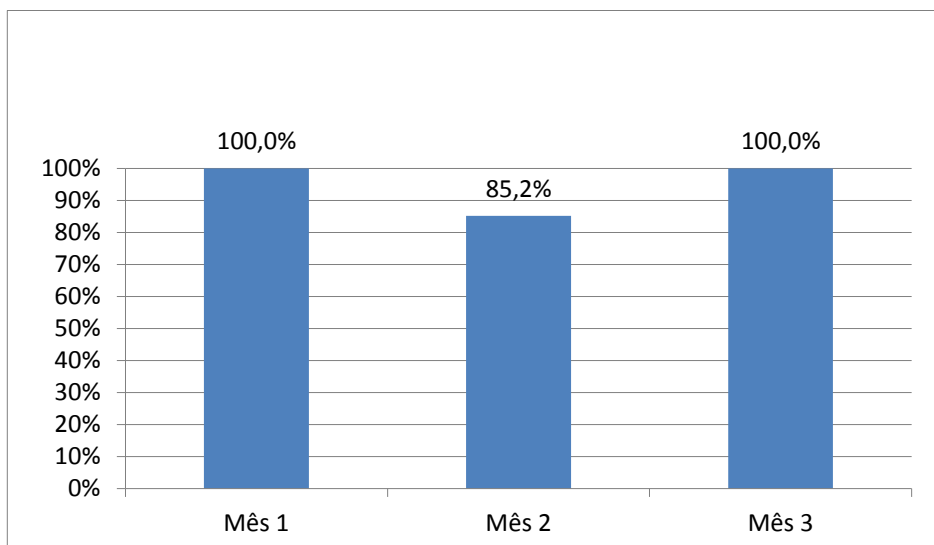


Figura 11 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Houve uma leve queda no mês de abril na indicação dos exames complementares devido a que nesse mês estive eu sozinho atendendo toda a comunidade e se agendarem menos pacientes de minha área de abrangência, enquanto se encontrava de férias o outro médico da UBS. Embora isto, todo o trajeto do estudo foi constante quanto à indicação dos exames complementares trimestrais, nas consultas e visitas domiciliares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Foi

uma das ações que também sempre teve máxima prioridade. A correta coleta de dados diariamente foi fundamental no resultado final. Uma das maiores atrações dos usuários nesta ação programática, em sentido geral, foi conhecer o resultado de “sua checagem”, sendo uma das premissas para somar pacientes ao processo de implementação da intervenção. Indicar exames trimestralmente aos pacientes será mantido como forma de trabalho, mas se precisa de maior compromisso e uma maior qualidade no trabalho do pessoal de Laboratório Municipal na entrega dos exames complementares para os cidadãos. Muitas vezes, os exames não se correspondem com a clínica real do usuário ou chegam com atraso.

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figuras 12 e 13, percebeu-se que nos usuários hipertensos, respectivamente nos meses 1, 2 e 3 obteve-se 96,4% (n=27), 100% (n=57) e 99% (n=98) e em relação aos usuários e/ou usuárias diabéticas, consolidaram-se 92% (n=46), 92,6% (50), 93,5% (n=87) e 94,1% (n=95) de prescrições priorizadas. Quase a totalidade da população-alvo precisa de medicamentos para o controle de suas doenças provenientes da Farmácia Popular. Um dos motivos de assistência à consulta mais frequentes dos usuários, particularmente os que estão no HIPERDIA, é a procura das receitas de seus remédios.

Neste indicador não houve quedas ao longo do estudo, já que se trabalhou para que todos os usuários inseridos na intervenção se lhes indicara seus tratamentos medicamentosos. Pensou-se neste número para os objetivos e as metas já que depende muito para um bom controle das doenças crônicas que os usuários tenham a indicação de seus remédios. Foi uma tarefa de alta prioridade em todo momento. Também ajudou muito o Cadastro aos usuários HIPERDIA que hoje ainda rende seus frutos, já que muitos dos pacientes cadastrados recebem seus medicamentos de forma gratuita e gradual. Além disso, se tem uma estreita relação com a Farmácia Comunitária para com os usuários, fazendo com que se o remédio não esteja na UBS, o procurem nesse lugar.

Aqui se chegou aos 99% para usuários hipertensos e 100% para os diabéticos com a indicação de seus medicamentos. A chave do sucesso que justifica neste resultado foi o correto preenchimento dos dados coletados na Planilha e o compromisso com uma correta prescrição aos pacientes. Para uma melhor atenção e que se mantenham nestes indicadores e preciso ter uma Farmácia sempre bem

abastecida, a Secretaria de Saúde de meu município deve conhecer os remédios que são mais necessários na comunidade e deve manter-se uma relação de colaboração com a Farmácia Comunitária.

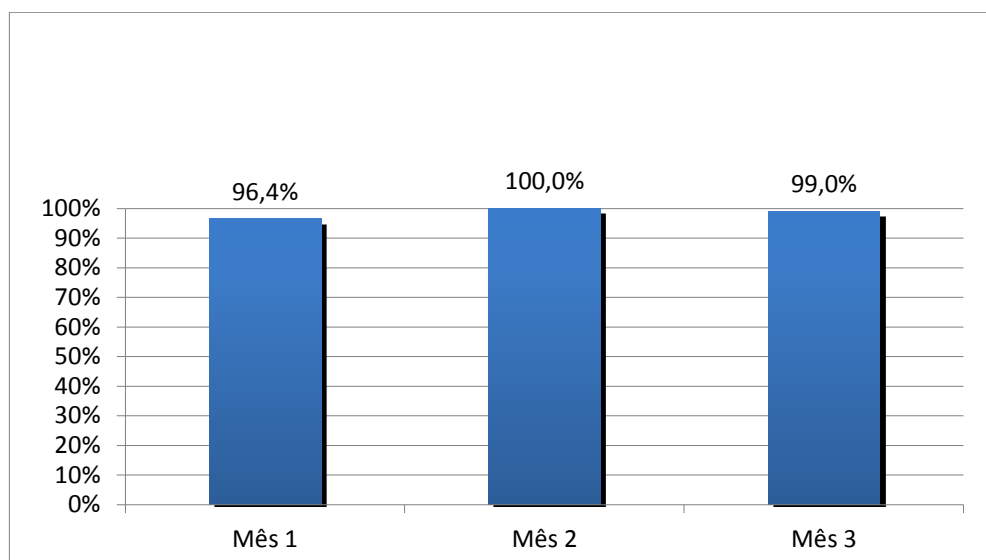


Figura 12 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

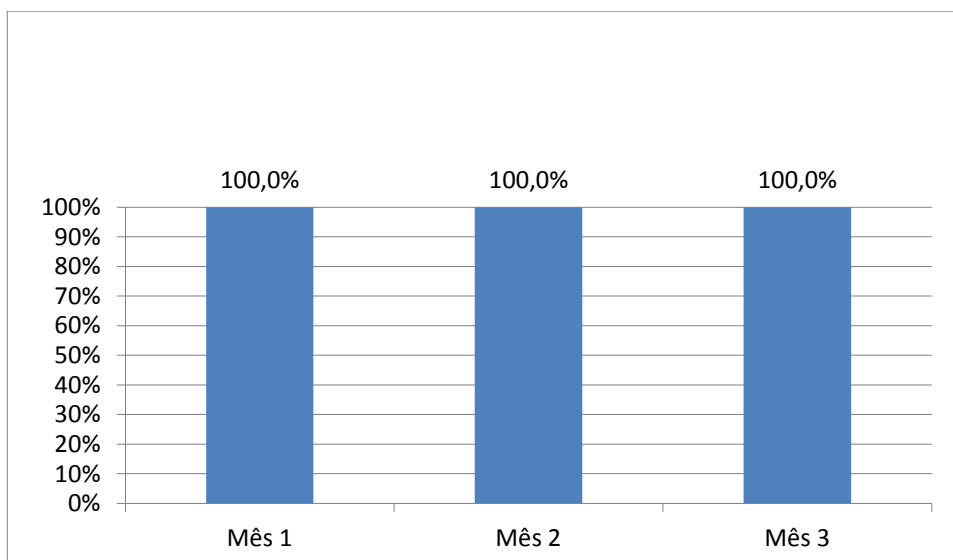


Figura 13 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conforme a Figura 14,

configurou-se no mês 1 em 75% (n=21), no mês 2 63,4% (n=45) e no mês 3 86,9% (n=86).

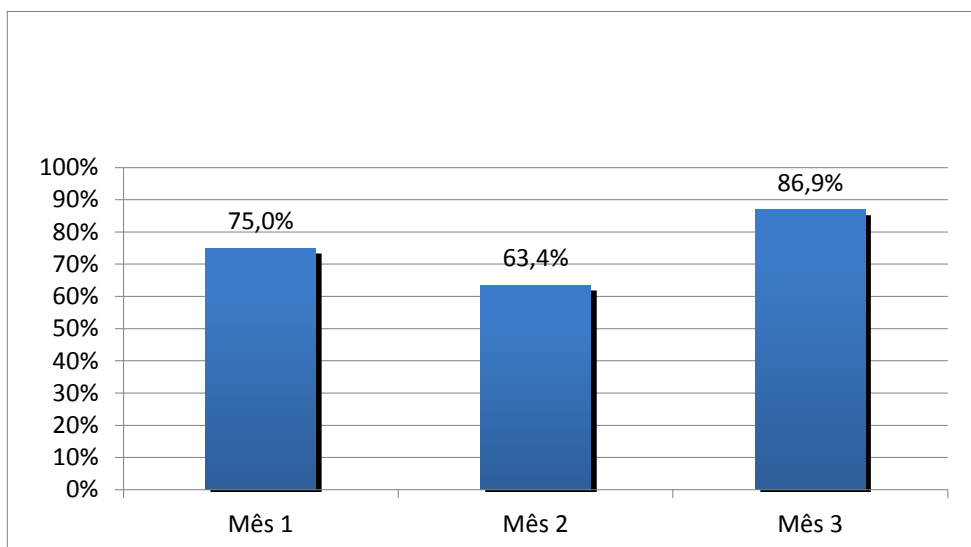


Figura 14 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no mês 1 em 80% (n=8), no mês 2 66,7% (n=18) e no mês 3 87,2% (n=34), como destaca a Figura 15.

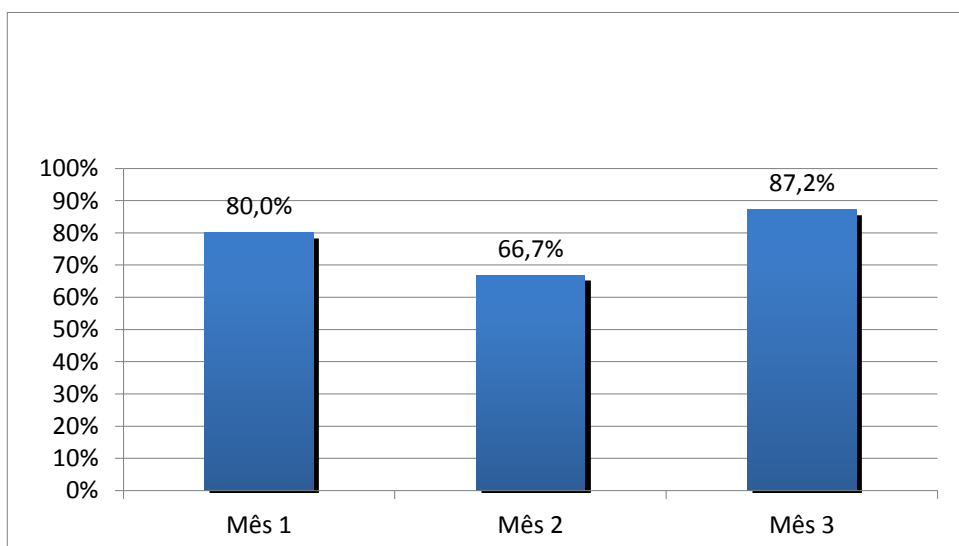


Figura 15 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Não se cumpriu a meta porque o Serviço de Odontologia da UBS não presta todos os serviços, o que obriga aos usuários a acudir aos serviços privados. Também os usuários se afastaram do Serviço pelos problemas materiais e técnicos

que, em certas ocasiões, atentam contra o bom desenvolvimento da Unidade de Saúde. Além disto, estive na UBS com um dentista muito tempo para toda uma comunidade. Ao longo da intervenção, pelos problemas aqui referidos e não participação das autoridades sanitárias para conhecê-los, neste indicador não se trabalhou com a profundidade requerida. Hoje, já existem duas dentistas na UBS mais os usuários não se consultam, já que persistem os problemas e de que não se fornecem nenhum dos atendimentos odontológicos pela falta especificamente de Auxiliar de Odontologia. Para melhorar neste indicador é preciso que a Secretaria Municipal de Saúde preste mais preocupação pelo serviço de Odontologia da UBS em apoio de material logístico e pessoal sempre tão necessário. É importante que a comunidade tenha um bom serviço de Odontologia, o que evita gastos econômicos em ocasiões caras e que repercute na saúde geral da população-alvo da intervenção.

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

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

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

O fluxo de usuários foi constante nos três meses que durou na intervenção e dois pacientes hipertensos e um diabético que estiveram com consultas em atraso e não houve possibilidade de encontrá-los nas visitas domiciliares, já não estiverem presentes nos domicílios. Mas, o correto preenchimento dos diários das consultas, as vistas domiciliares com buscas ativas dos agentes comunitários me permitiram brindar consultas aos 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos inseridos na intervenção durante os três meses da intervenção. Pensou-se neste número para os objetivos e as metas, já que os usuários que faltam a consultas ou não é possível realizar visitas domiciliares são cidadãos que não recebem atenção da UBS e se converte em controles menos que ficam no caminho. Este indicador se manteve sempre ao longo do estudo, atingindo a meta prevista. É uma ferramenta mais incorporada na rotina de nosso trabalho e que vai a continuar para cadastrar a maior quantidade de usuários hipertensos e/ou diabéticos possíveis.

O objetivo específico 4 que visa melhorar registros das informações as metas relativas ao objetivo dos registros são 100%. Então, a meta de manter a ficha

de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento é mostrado na Figura 16. No mês 1 obteve-se 100% (28), no mês 2 80,3% (71) e no mês 3 100% (99).

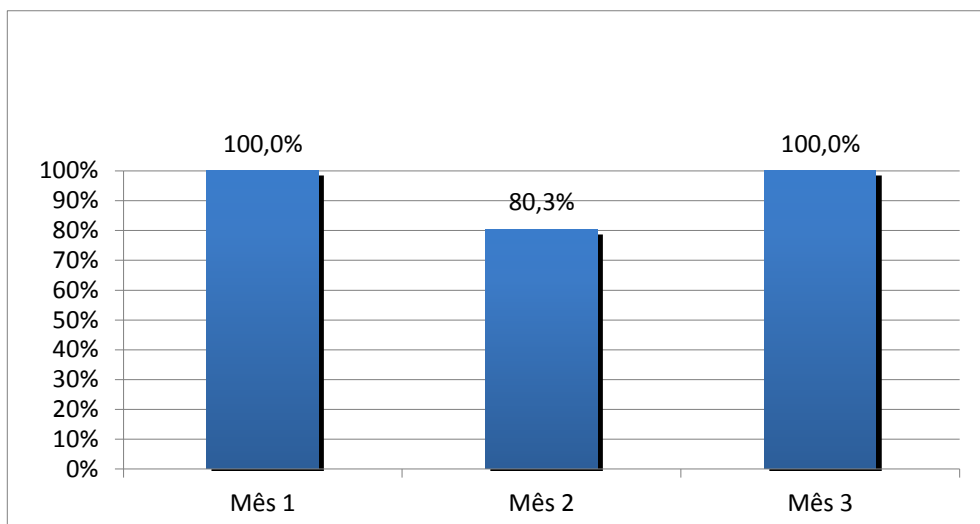


Figura 16 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, como indica a Figura 17, no mês 1 100% (n=10), no mês 2 85,2% (n=27) e no mês 3 100% (n=39).

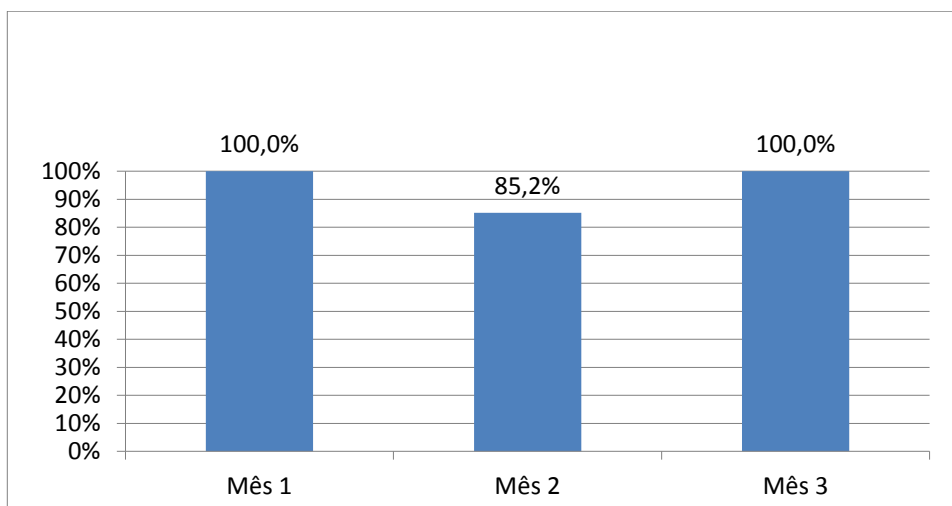


Figura 17 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Neste indicador tive um bom desenvolvimento durante todo o estudo, pois tivemos o apoio dos prontuários de cada usuário e as fichas de espelho não permitiu que ficassem pacientes sem preencher. Ao final da Intervenção foi atingida a meta de 100% da população-alvo, com adequado registro na ficha de acompanhamento.

Pensou-se neste número para os objetivos e as metas, já que permite registrar o trabalho diário que se faz com cada usuário em particular. Houve uma leve queda no mês de abril aos 80,3% para os pacientes hipertensos e 85, 2% para os pacientes diabéticos devido a que esse mês eu trabalhei sozinho na UBS. Neste mês também se agendaram menos pacientes de minha área de abrangência. Mas, foi uma tarefa que, como parte das consultas e visitas domiciliares, teve sempre máxima prioridade. Agora, se estão mudando muitos dos prontuários velhos e inadequados por novos, tarefa levada pelos técnicos de enfermagem. Assim, é importante o registro adequado aos usuários porque que permite a retroalimentação com cada um deles para uma consulta posterior.

O objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%. Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se, como destaca a Figura 18, no mês 1 35,7% (n=10), no mês 2 21,1% (n=15) e no mês 3 19,2% (n=19).

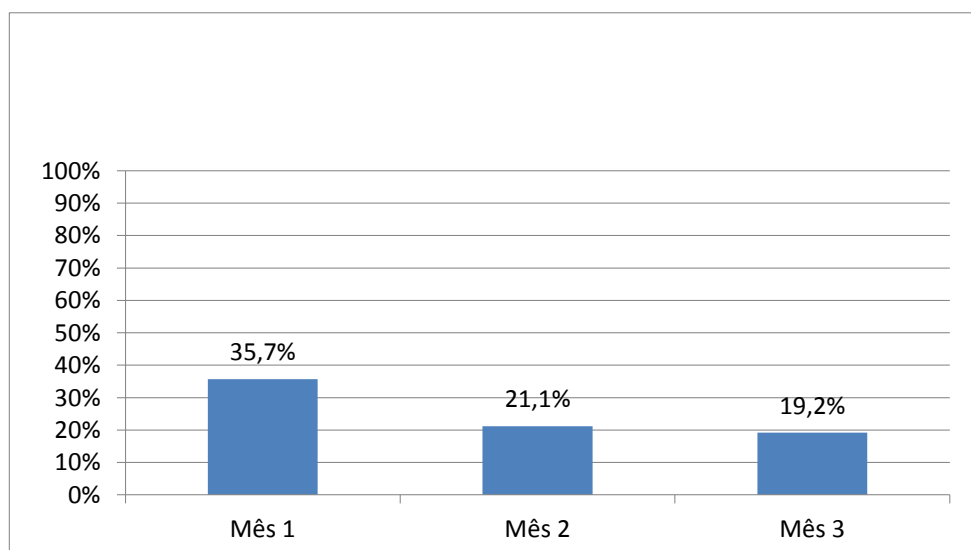


Figura 18 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se, conforme ilustra a Figura 19, no mês 1 30% (n=3), no mês 2 14,8% (n=4) e no mês 3 20,5% (n=8).

Neste indicador não se comportou de forma positiva para os usuários hipertensos. Foi evoluindo negativamente, já que clinicamente se examinava ao usuário na consulta, mas os resultados do exame complementar do perfil lipídico demoravam em chegar. Pensou-se em chegar a 100% para os objetivos e as metas, já que é preciso estratificar nossa população-alvo, trabalho nunca feito antes.

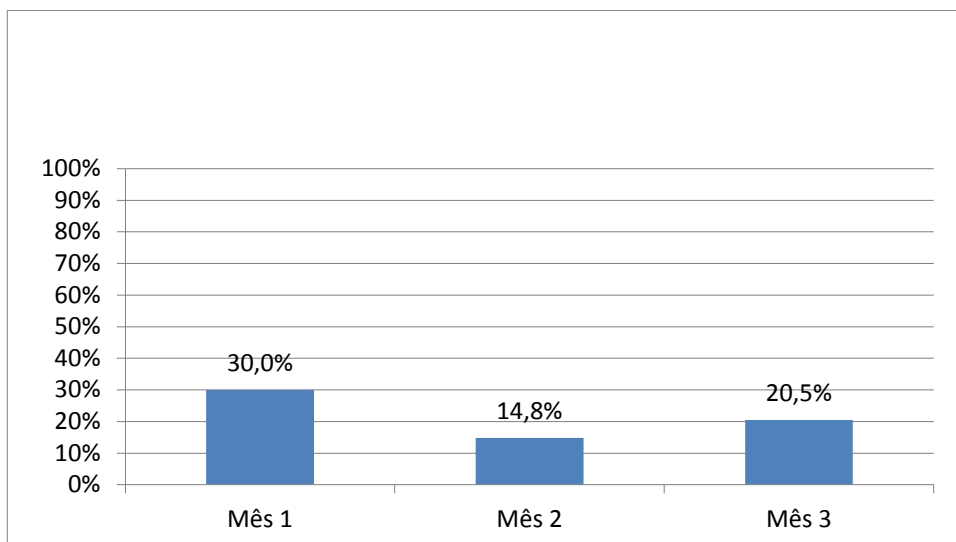


Figura 19 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

No caso dos usuários diabéticos, o saldo foi por baixo do esperado. Além de que foi sempre prioridade nas consultas examinar adequadamente aos usuários, para classificá-los de alto, médio ou baixo risco era preciso os resultados do perfil lipídico. Tive que ver com este resultado as demoras ou não entregas dos exames complementares pelo Laboratório Municipal aos pacientes. Acredito que a melhoria deste indicador depende em grande medida de maior preocupação e rapidez na entrega aos pacientes dos resultados de seus exames complementares depende de que se continue indicando o exame de investigação do perfil lipídico a todos os usuários da população-alvo de novo ingresso. É muito importante classificar estes pacientes em alto, médio e baixo risco, já que permite formular um plano de atendimento individual.

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 20, obteve-se no mês 1 92,9% (n=26), no mês 2 77,5% (n=55) e no mês 3 100% (n=99).

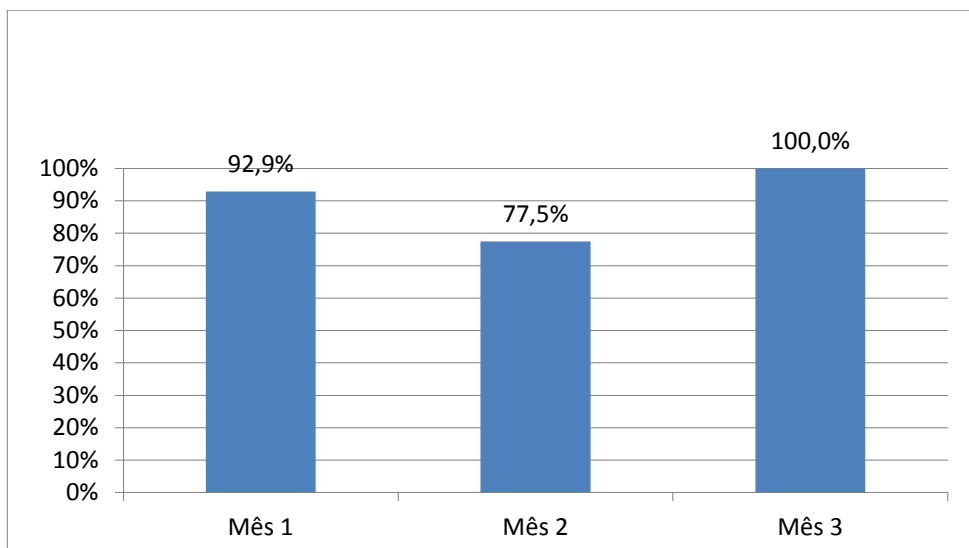


Figura 20 – Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 21, conseguiu-se no mês 1 90% (n=9), no mês 2 81,5% (n=22) e no mês 3 100% (n=39).

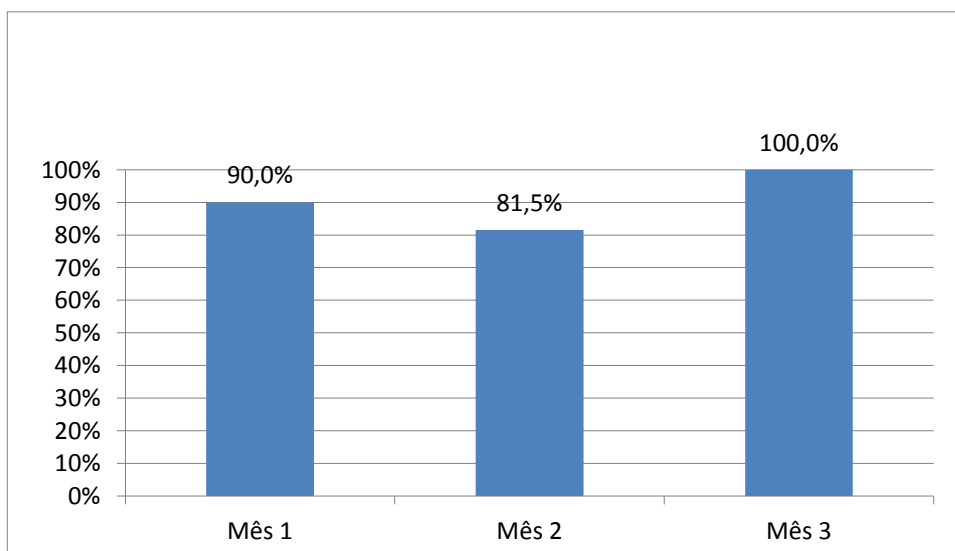


Figura 21 – Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

No mês de fevereiro houve pacientes que estavam agendados para nas consultas e não assistiram e não foi possível procura-los nas visitas domiciliares. Não houve continuidade no trabalho de promoção na coleta de dados no mês de

março onde estive de férias. No mês de abril do ano de 2015 foi agendado menos usuários de minha área de abrangência para ser atendidos devido às férias de outro médico da UBS. Mas, foi atingida a meta de orientar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à dieta saudável. Foi uma tarefa de máxima prioridade. Fornecer uma boa alimentação complementa o tratamento medicamentoso do usuário. Já forma parte da rotina das consultas aos usuários brindar-lhes dicas de uma alimentação saudável. Para melhorar este indicador deve-se manter nas consultas as dicas de boa alimentação, além de que a comunidade precisa de uma consulta de Nutrição para ensinar os usuários a obter uma saúde melhor com uma ótima alimentação.

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 22, obteve-se no mês 1 92,9% (n=26), no mês 2 77,5% (n=55) e no mês 3 100% (n=99).

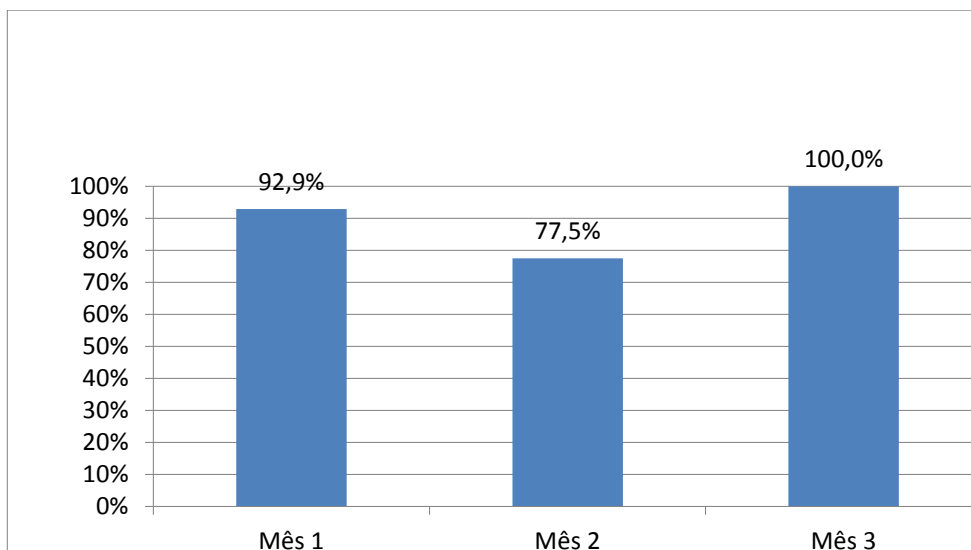


Figura 22 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 23, conseguiu-se no mês 1 90% (n=9), no mês 2 81,5% (n=22) e no mês 3 100% (n=39).

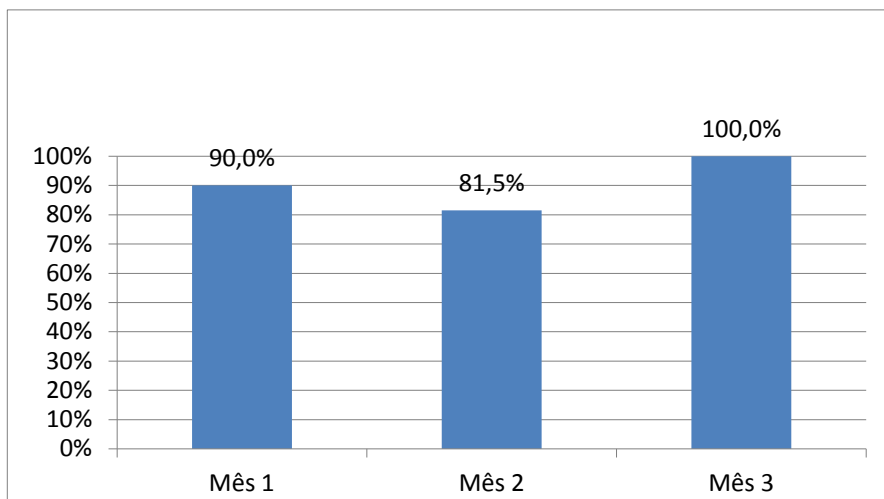


Figura 23 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Estes indicadores são provas que as orientações sobre atividades físicas sempre devem estar presente nas consultas e visitas domiciliares aos usuários para promover neles estilos de vida saudáveis. Para melhorar nestes indicadores é necessário contar com um preparador físico na UBS para que não deixar só a vontade do usuário na prática de atividade física. Uma vez criado um grupo de operativo de hipertensos e/ou diabéticos, eles podem vir a praticar com um preparador físico e se convertam em exemplo para somar a outros pacientes que desejem melhorar sua qualidade de vida.

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em conformidade com a Figura 24, obteve-se no mês 1 92,9% (n=26), no mês 2 77,5% (n=55) e no mês 3 100% (n=99).

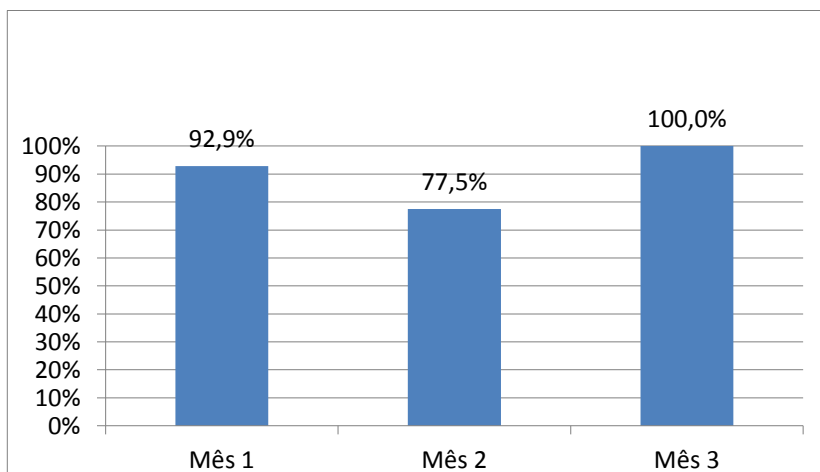


Figura 24 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em acordo com a Figura 25, conseguiu-se no mês 1 90% (n=9), no mês 2 81,5% (n=22) e no mês 3 100% (n=39).

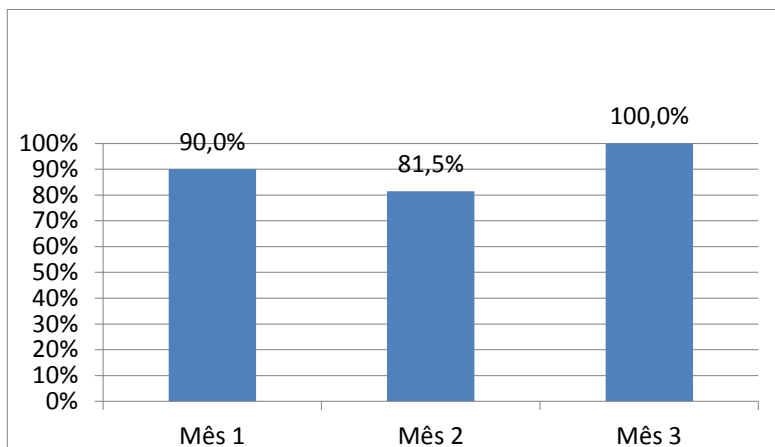


Figura 25 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Como mesmo tem importância uma alimentação saudável e praticar exercícios físicos para os usuários, também é importante eliminar o tabagismo devido a sua relação direta com o agravamento da saúde. O conhecimento dos riscos do tabagismo nos usuários pode impulsionar a que eles tomem consciência de que sua vida está em jogo e partir de esse mude seu estilo de vida e abandonem o habito de fumar. Percebo que a consulta não está completa se não se menciona ao usuário que deve fazer se ele deseja abandonar o tabagismo.

Na ação em orientação sobre higiene bucal o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, em diálogo com a Figura 26, obteve-se no mês 1 92,9% (n=26), no mês 2 77,5% (n=55) e no mês 3 100% (n=99).

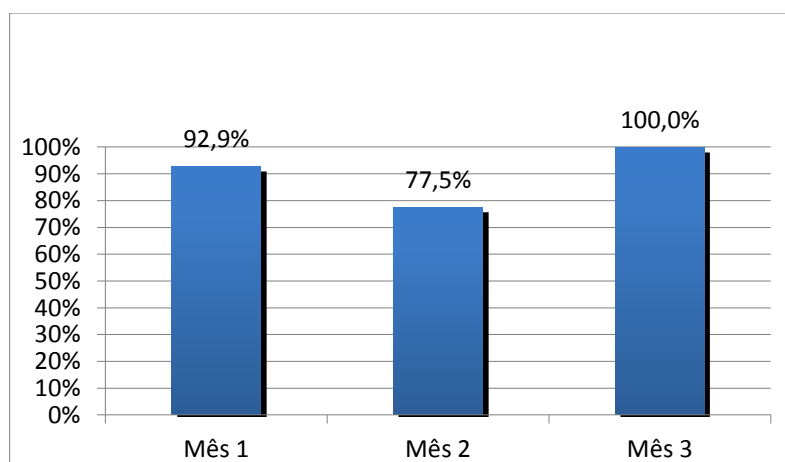


Figura 26 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, em acordo com a Figura 27, conseguiu-se no mês 1 90% (n=9), no mês 2 81,5% (n=22) e no mês 3 100% (n=39).

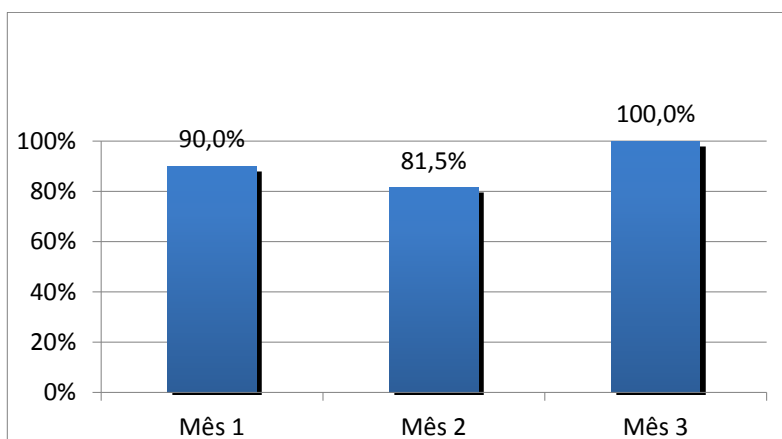


Figura 27 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

A proporção de usuários da população-alvo com orientação sobre higiene bucal se comportou na mesma medida que os indicadores alimentação saudável, prática de exercícios e abandono do tabagismo em toda a intervenção. Nestes indicadores tem maior importância nos usuários diabéticos, já que são mais propensos a infecções bucais. E, por isso, que é tão importante para os dois grupos de usuários a higiene bucal para o cuidado da higiene em sentido geral. Nesta ação, é rotina nas consultas e visitas domiciliares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para manter neste indicador e melhorá-lo se deve continuar as dicas de boa saúde bucal nas consultas de Medicina e Odontologia.

4.2 Discussão

Com a intervenção na UBS se propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame clínico e complementar para os usuários, a prescrição adequada e contínua dos medicamentos, a pesquisa sempre ativa dos usuários faltosos a consultas, na estratificação de risco cardiovascular dos grupos, e que os cidadãos tenham consciência da importância que tem para sua vida futura na alimentação saudável, deixar o tabagismo, a higiene bucal e a prática de atividades físicas.

A intervenção precisava que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade não foi possível levar em execução pela agenda de trabalho tão distinta que apresentam os Agentes Comunitários de Saúde e os técnicos de enfermagem. Além de que quando começou a intervenção, não se contava com enfermeiro e agora há. Ele também tem um horário e cronograma distinto ao meu trabalho. Mais com minhas férias, uma reunião de grupo, e a participação de todos no Cadastro feito pelos funcionários da Farmácia Popular se atingiu a unidade e tão necessitada comunicação de equipe para evitar moléstias e fornecer um melhor serviço à comunidade. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, tais como: odontologia, que apesar de não poder fornecer todos os serviços, se observou uma maior comunicação e unidade entre seus membros com atenção mais esmerada para a população, embora não se contasse com todos os recursos.

A intervenção me ajudou a melhorar meu estilo de trabalho e estudar cada dia mais para poder fornecer um melhor serviço. Os usuários conhecem que trimestralmente devem solicitar seus exames complementares ou serão indicados pelo médico. Os agentes comunitários mantiveram suas pesquisas, informando a presença de usuários e organizando-se suas consultas e visitas domiciliares, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros dos usuários HIPERDIA viabilizou um melhor agendamento para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido fundamental para priorizar os atendimentos dos mesmos. Antes e depois da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes continuam concentradas no médico. Quando foi de férias a Cuba, se deixou de recolher na informação de usuários HIPERDIA. A preocupação de que os usuários tenham trimestralmente a indicação dos exames foi de minha responsabilidade. A indicação correta dos medicamentos para que não lhe faltem aos pacientes é problema que devemos resolver. O seja realmente o serviço depende em grande medida das ações do médico e para agravar a situação agora estão em greve os Agentes comunitários de saúde e eu não posso contar pelo momento com sua colaboração.

O impacto da intervenção se percebe pela comunidade. Os hipertensos e/ou diabéticos são quase a grande maioria pessoas idosas, porém os outros indivíduos na sala de espera esperam seu turno com paciência já que conhecem o motivo

desta priorização. Além disso, a comunidade está contente e muito agradecida por ter a oportunidade de contar com os médicos sempre que precisam. Estão contentes, já que vão a UBS a receber a atenção que eles merecem. Estão contentes, pois tem médicos comprometidos com a saúde deles e sempre farão tudo o que tem em suas mãos para brindar-lhes a melhor das atenções. Apesar de ampliar um pouco a cobertura do programa, ainda ficam muitos hipertensos e/ou diabéticos sem cobertura, já que se trabalhou em levar a atenção a todos, mas acredito que o tempo foi muito pouco para um trabalho de tanto detalhe.

A intervenção poderia ter sido facilitada um pouco melhor se eu tivesse discutido as atividades com mais profundidade e com mais tempo com a equipe. Também buscaria o tempo para reunir algumas pessoas de confiança da comunidade para explicar-lhes que se quer atingir com nesta Intervenção. Começara-se agora a Intervenção solicitava uma reunião com a Secretaria de saúde de meu município para que pelo menos conhecesse de que trata o Projeto e como trabalhamos para a comunidade. Também me reuniria com os funcionários do Laboratório Municipal para que entregassem em tempo e forma os exames complementares. Nestes três meses eu acredito que a equipe está mais comunicativa e a intervenção ficou como meu estilo de trabalho individual que não só procura uma melhor relação médico - paciente, também procura a união médico - comunidade.

A intervenção já é parte da rotina do serviço diário. Eu vou manter o trabalho ligado ao estudo diário. Isto para promovermos as melhores e mais atualizadas dicas de saúde nas consultas aos usuários. Isto tem sido de vital importância para ganhar em confiança com os usuários. Também, melhorar o sistema de visitas domiciliares para poder chegar pouco a pouco a todos os usuários que ficarem afastados da intervenção. Nesta melhoria somará mais usuários a UBS e serão mais os pacientes controlados e satisfeitos pela atenção e crescerá a cobertura. Manter priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Manter a indicação dos exames complementares aos pacientes trimestralmente com a posterior avaliação e toma de condutas se estivessem alterados.

Uma vez terminado o tempo de greve dos Agentes Comunitários de Saúde e se incorporem a suas microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos aumentando as visitas aos usuários da população-alvo que ficaram afastados no Projeto. Eu quero centrar-me nesses pacientes que ainda

não estão inseridos na UBS e que pagam caros planos de saúde pela indicação de um exame.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezada Gestora:

Entre os meses de fevereiro e maio se realizou uma Intervenção na comunidade Praia Pitangui. O objetivo da Intervenção foi ampliar a cobertura na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Foram inseridos no Projeto 109 pacientes, deles 99 hipertensos e 39 diabéticos. Com nesta Intervenção atingimos um 59,3 % de cobertura para os usuários hipertensos e 46,4 % para os diabéticos. Atingiu-se que o 100% dos pacientes inseridos receberam a indicação dos exames complementares e seus medicamentos. Atingiu-se que o 100% recebeu nas orientações sobre atividades físicas para sua saúde, abandono do tabagismo, higiene bucal o que demonstra minha intenção de ajudar a melhorar a qualidade das consultas para na comunidade. Realizou-se um cadastro pelos funcionários da UBS e da Farmácia Popular que hoje é muito importante para que os usuários hipertensos e diabéticos recebam sem necessidade de receita seus medicamentos. A principal dificuldade encontrada durante toda a intervenção foi sua falta de apoio e preocupação, de comunicação com os funcionários para conhecer pelos problemas do Posto, da comunidade. Não houve de sua parte nunca gestão nenhuma. E, por essa razão, que os convidamos a apoiar mais nosso trabalho. Se seu interesse é melhorar a saúde comunitária devemos trabalhar unidos e não afastados uns de outros. Nossa união será de grande ajuda para todos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade Praia Pitangui:

Entre os meses de fevereiro e maio se realizou uma intervenção na comunidade para ampliar a 100% na cobertura na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Como parte de esta Intervenção se realizarem várias ações a de atingir a meta proposta, que hoje formam parte da rotina do serviço que lhe brindamos, tais como: a indicação de seus exames cada 3 meses a todos pacientes hipertensos e diabéticos, o cadastramento dos pacientes “novos” na comunidade, o correto preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica com os atendimentos feitos mensais, entre outras. Antes desta Intervenção só eram atendidos um estimado do 36% da população hipertensa cobertura que se acrescentou e hoje são atendidos o 59.3 % .Hoje o 100 % dos pacientes diabéticos recebe na indicação dos exames complementares. Houve outras ações que não realizarem já que não houve suficiente interesse de sua parte. Mais ficou feliz já que a Intervenção se extrapolou a toda a comunidade, hoje a comunidade está com muito orgulho e fala assim: “Hoje temos médico que nos respeita e nos escuta”. “Hoje temos médico que se preocupa por nossa saúde”. Nesta Intervenção e muito importante para nossa equipe de saúde já que hoje temos na equipe mais unida e se pode trabalhar com mais tranquilidade. A Intervenção e importante para o serviço já que fica como método de trabalho para atingir aquele paciente que ainda não estão cadastrados, não foi avaliado clinicamente ou que não se há feito nunca exames complementares. Os convido a que participem mais, que falem desta tarefa com amigos e familiares, que ajudem a nossa equipe comunicando como trabalhamos e quanto fazemos e que mais podemos fazer entre todos para que nossa comunidade tenha a Saúde Pública que necessita e merece.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei a trabalhar no Brasil e comecei o Curso de Especialização minhas expectativas foram muito grandes. Queria entender tudo o que acontecia no país, no Estado, no município, saber sua história, sua cultura, sua música, sua arte, suas tradições, seus costumes. Queria fazer amigos e ganhar a confiança dos usuários. Queria conhecer a situação clínico-epidemiológica de minha comunidade. Enfim, ajudar a melhorar a saúde do povo brasileiro.

Ao princípio o Curso de Especialização me resultava difícil e tedioso pela exigência com que deviam ser tratados os temas e na pontualidade com que deviam entregar-se nas tarefas a cada semana. Com o desenvolvimento do Curso e no trabalho diário me foi gostando a ideia de relatar a realidade do dia a dia nas entregas das tarefas. Hoje, já quase finalizando o curso, eu observo que minhas expectativas iniciais não foram atingidas e superadas. Foi importante o Curso de Especialização, pois hoje conheço um pouco mais sobre os costumes dos brasileiros, suas histórias e tradições. Foi importante o Curso porque abriu meu apetite pelo conhecimento e transmitir esse conhecimento aos pacientes. Foi o Curso que ajudou a melhorar meu português e poder comunicar-me melhor com os pacientes.

Foi o Curso de Especialização e o trabalho diário que me sensibilizou com a dor dos pacientes. Devo-lhe ao Curso de Especialização sentir-me melhor pessoa e melhor profissional. Foi o Curso que me ajudou procurar formas de atender melhor minha comunidade e a educar sem maltratar aos pacientes. Foi o Curso que me ensinou que com esforço e com amor em o que se faz sempre haverá recompensa. Foi o Curso que ensinou que sempre você mostre interesse e preocupação por resolver as dificuldades, por muito pequenas ou grandes que elas sejam você nunca estará sozinho.

Haverá sempre uma alma que te aconselhe e te apoie. Resumindo, acredito que meu processo pessoal de aprendizagem foi de menos a mais e hoje dou graças a Deus e aos que idearem nesta forma de educar e formar profissionais à distância.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de Outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

Apêndices

Apêndice A – Registros de imagens da intervenção



Consultas e Visitas domiciliares aos usuários



16 de abril de 2015 – Cadastramento dos usuários com o apoio dos funcionários da Farmácia Popular.

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 Srª

Profª Ana Cláudia Gastal 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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

Eu, Charles Robinson Valiente, Clínico Geral CRM 2400161 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Charles Robinson Valiente _____
Nome

Contato:

Telefone: (9666-4288)

Endereço Eletrônico: charlesrobinson640@gmail.com

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante