

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4**



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
E/OU E DIABETES MELLITUS NA ESF DE GRAVITO, CATU / BA**

JORGE LUIZ DOS SANTOS REIS

Pelotas, 2014

Jorge Luiz dos Santos Reis

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial e/ou e diabetes mellitus na ESF de Gravito, Catu / BA

Trabalho acadêmico apresentado à Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Elisiane Bisognin

Pelotas, 2014

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

R375m Reis, Jorge Luiz dos Santos

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial e/ou e diabetes mellitus na ESF de Gravito, Catu / BA / Jorge Luiz dos Santos Reis; Elisiane Bisognin, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica
4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Bisognin, Elisiane, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A DEUS, por minha existência, e por permitir que nos momentos certos surgissem as oportunidades em minha vida para obter tudo o que sempre sonhei, principalmente saúde. DEUS, meus sonhos não acabaram!

A minha mãe pilar fundamental em minha vida e alicerce crucial na construção do sonho de exercer a odontologia de forma ética, sempre com um olhar e uma palavra de carinho no momento necessário e uma solução para todos os problemas apresentados;

Ao meu pai, pela construção de minha moral, pelo apoio e ajuda em momentos difíceis e por ser meu exemplo de serenidade e razão;

Ao meu irmão, pela oportunidade de estarmos juntos nessa vida e podermos dividir momentos felizes e momentos difíceis;

A minha noiva, por tudo que representa em minha vida minha fonte de motivação, carinho, juntos na construção de um sonho;

Agradecimento

Ao minha orientadora, Elisiane Bisognin, por seu crédito e empenho que me possibilitaram chegar até aqui. Sua paciência constante com minhas dificuldades e dúvidas e sua presteza incondicional em todos os momentos, demonstram que ele é muito mais que um grande orientadora, mas, um ser humano de especial grandeza.

Aos colegas de trabalho que com certeza são os principais responsáveis pela concretização e execução desse projeto, tendo o papel principal, a todos sem qualquer distinção credito esse trabalho e a minha amizade, pela convivência e adoção á essa equipe, que rompeu as barreiras do coleguismo instituindo uma família, companheira, unida e solidaria, a todos o meu muito obrigado.

“Enfim, depois de tanto erro passado
Tantas retaliações, tanto perigo
Eis que ressurge noutro o velho amigo
Nunca perdido, sempre reencontrado.

É bom sentá-lo novamente ao lado
Com olhos que contêm o olhar antigo
Sempre comigo um pouco atribulado
E como sempre singular comigo.

Um bicho igual a mim, simples e humano
Sabendo se mover e comover
E a disfarçar com o meu próprio engano.

O amigo: um ser que a vida não explica
Que só se vai ao ver outro nascer
E o espelho de minha alma multiplica...”

Vinicius de Moraes

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	56
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	56
Figura 3	Proporção de hipertensos faltosos ás consultas com busca ativa.	57
Figura 4	Proporção de diabéticos faltosos ás consultas com busca ativa.	58
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 8	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 9	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista de hiperdia ou farmácia popular.	61
Figura 10	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista de hiperdia ou farmácia popular.	61
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	62
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	62
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinico em dia.	63
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinico em dia.	63
Figura 15	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.	64
Figura 16	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.	64
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação.	65

- Figura 18 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. **65**
- Figura 19 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. **66**
- Figura 20 Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. **66**
- Figura 21 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. **67**
- Figura 22 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. **67**

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
DSTs	Doença Sexualmente Transmissível
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
EaD	Educação à Distância
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1	ANÁLISE SITUACIONAL	15
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação	15
1.2	Relatório da Análise Situacional	18
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
2	ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
2.1	Justificativa	29
2.2	Objetivos e Metas	32
2.3	Metodologia	34
2.3.1	Ações	35
2.3.2	Indicadores	42
2.3.3	Logística	46
2.3.4	Cronograma	48
3	RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO	50
4	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	54
4.1	Resultados	54
4.2	Discussão	70
4.3	Relatório da Intervenção para o Gestor	73
4.4	Relatório da Intervenção para a Comunidade	75
5	REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	76
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	78
	ANEXOS	79

RESUMO

REIS, Jorge L. S.. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na ESF de Gravito, Catu/BA.** 2014. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família Modalidade à Distância Universidade Federal de Pelotas- UNASUS/UFPEL.

A hipertensão arterial sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial considera-se valores pressóricos maiores ou igual a 140/90 mmHg. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo em que os níveis altos de glicemia provocam o agravamento do quadro sistêmico. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudável, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes e hipertensão em todo o mundo. Na comunidade de Gravito em Catu-Bahia, através do curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL realizamos a análise situacional que identificou fragilidades no cuidado desta população. Assim foi elaborado o projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde. Para realizar a intervenção em Hipertensão e Diabetes foi adotado o Manual Técnico do Caderno de Atenção Básica - nº15 e 16. O trabalho estabeleceu metas e indicadores que objetivaram avaliar os resultados a partir dos objetivos e para os quais ações foram propostas nos eixos do engajamento público, qualificação da prática clínica, organização e gestão e monitoramento e avaliação. A intervenção ocorreu no período de quatro meses de 20 de setembro a 19 de dezembro de 2013. Avaliando o atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos observamos avanços significativos como o comprometimento conjunto da equipe nas atividades de formação, planejamento e execução. Houve mobilização da comunidade integrando as ações de promoção de saúde, palestras, orientação com a comunidade. Nos resultados observamos que houve o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes aumentando para 80% os cadastrados e acompanhados na unidade, melhora na adesão em 79,7% hipertensos e 100% dos diabéticos, participação nas atividades educativas e orientações comunidade e melhoria nos registros e dados atingiu 100% de cobertura para hipertensos e diabéticos, promover a integração entre os profissionais de saúde com o foco de promover sempre uma melhoria na saúde. Portanto ressalta a importância do trabalho integrado entre os profissionais de saúde e a comunidade com melhora e adequação a unidade de saúde a realidade das necessidades de saúde. Assim a intervenção concretizou-se na modificação do processo de cuidado da equipe a qual foi incorporada a rotina do serviço de forma a manter o trabalho integrado e qualificado.

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

Abstract

REIS, Jorge L. S.. Improving care to users with hypertension and / or diabetes mellitus na FHS of Gravito, Catu / BA. 2014. 88f. Work Course Conclusion - Specialization in Family Health Distance Mode Federal University of Pelotas- UNASUS / UFPEL.

Hypertension is a serious public health problem in Brazil and worldwide. With the current diagnostic criteria of hypertension is considered greater than or equal to 140/90 mmHg pressure values. The prevalence in the urban adult population ranges from 22.3% to 43.9%. Diabetes Mellitus is configured today as a worldwide epidemic, translating into major challenge for health systems around the world that high blood glucose levels cause the worsening of systemic involvement. An aging population, increasing urbanization and the adoption of unhealthy life such as physical inactivity, poor diet and obesity are largely responsible for the increased incidence and prevalence of diabetes and hypertension worldwide. In community Gravito in Catu-Bahia, through the course of specialization in Family Health UNASUS / UFPEL conducted a situational analysis that identified weaknesses in the care of this population. Thus the intervention project aiming to improve the quality of care provided to hypertensive and diabetic health unit was prepared. To perform the procedure in Hypertension and Diabetes was adopted Technical Manual Notebook Primary Care -. No. 15:16 The work set targets and indicators aimed at evaluating the results from the objectives for which lawsuits were filed in the axes of public engagement, clinical skills, organization and management, and monitoring and evaluation practice. The intervention occurred within four months of September 20, 2013 to December 19, 2013. Evaluating the care provided to hypertensive and diabetic observed significant progress in establishing how the whole team commitment in training, planning and implementation activities . There was community mobilization integrating health promotion activities, lectures, orientation to the community. In the results it is observed that there was the registration of persons with hypertension and diabetes increasing to 80% the registered and monitored in unit improvement in adherence in 79.7% and 100% of hypertensive and diabetics, participation in educational activities and guidance and community improvement the records and data reached 100% coverage for hypertensive and diabetics, to promote integration between health professionals with the focus always promote improved health. Porting emphasizes the importance of integrated between health professionals and the community and improving the health unit suiting the reality of health needs work. Thus the intervention manifested itself in the modification of the care team process which was incorporated into routine service in order to maintain the integrated and skilled work.

Keywords: Family health; Primary health care; Chronic disease; Diabetes mellitus; Hypertension.

Apresentação

A Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), por meio do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, em parceria com as Faculdades de Odontologia e Enfermagem da mesma Universidade, firmou convênio no ano de 2010 com a UNASUS para ministrar o curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade Educação a Distância (EaD).

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) é um programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde que tem por objetivo integrar universidades, serviços de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na educação permanente dos profissionais que atuam na rede pública.

A proposta pedagógica do Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS-UFPEL está focada em propiciar ao estudante oportunidade para a construção do conhecimento em atenção primária à saúde, principalmente no enfoque da estratégia de saúde da família, de forma prática, com objetivo claramente definido e através de aprendizagem autorreferida, isto é, aprendizagem a partir do trabalho sobre a realidade do serviço em que o estudante atua.

No capítulo um é apresentada a análise situacional da Estratégica de Saúde da Família (ESF) através de texto inicial que aborda a situação da UBS em que foi realizada a intervenção com foco voltado para saúde. Também é mostrado o relatório da análise situacional desta UBS, descrevendo aspectos importantes da estrutura e da organização das ações programáticas na unidade de saúde.

No segundo capítulo, o trabalho apresenta à análise estratégica com a descrição da proposta a intervenção para melhoria da saúde da população incluindo objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores e logística a ser desenvolvida pela equipe de saúde na busca da qualificação da atenção. Já no

terceiro capítulo o relatório da intervenção, no quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão da intervenção, sua importância para a comunidade e os profissionais da saúde. No quinto capítulo, e concluindo o trabalho apresenta-se a reflexão crítica sobre o processo de formação pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção incluindo o significado do curso para a prática profissional.

Destaca-se como importante e necessário desenvolver o olhar atento dos profissionais no tocante à população adstrita.

ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação

A Unidade de Saúde de Gravito está em funcionamento a cerca de doze anos. É uma das quinze (15) unidades que integram o Sistema Único de Saúde do município de Catu- BA, não está vinculada a nenhuma instituição de ensino e não desenvolve nenhuma atividade de ensino ou estágio. Nela são oferecidos dez (10) turnos de trabalho semanal sendo que dois turnos são destinados à reunião entre a equipe e avaliação e sistematização dos dados.

A equipe em estudo atende 645 famílias distribuídas em menores de um ano em 27 crianças, idosos maior de sessenta anos em 173 idosos, diabéticos 71 (que fazem uso de insulina 11), 11 gestantes, 201 hipertensos e 2 acamados (os quais são visitados periodicamente pelos profissionais da equipe. A unidade não acompanha pessoas com tuberculose e hanseníase, pois não há nenhum identificado. É seguido pela unidade, o calendário básico do Programa Nacional de Imunização.

A área geográfica integra cinco microáreas, cada uma dessas áreas conta com um agente comunitário de saúde (ACS). A UBS conta com uma equipe completa de Saúde da Família integrado por uma enfermeira, um dentista, um médico, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e um auxiliar de enfermagem. Também dispõe de uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista.

Para os atendimentos especializados, a unidade também conta com sistema de referência e contra referência para o atendimento dos usuários na atenção de média e alta complexidade. Estes atendimentos em sua maioria são oferecidos em outros municípios.

A estrutura física da unidade em estudo é deficitária e carece de mudanças, pois localiza-se em uma casa que foi doada para instalação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela comunidade. Dispõe de uma rampa na entrada que facilita o acesso de usuários cadeirantes, portadores de deficiência visual e idosos, porém o banheiro de uso da comunidade não tem acessibilidade para

cadeirantes e não conta com áreas de apoio aos idosos. A UBS conta com 12 salas, sendo que todos os equipamentos disponíveis estão em estado de conservação precário, apresentando desgastes promovidos uso e pelo tempo como ferrugem, falta de peças e rasgos. As salas da unidade são assim distribuídas:

1 - Uma sala para enfermeira possui duas macas, uma para preventivo e outra para atendimento de rotina, um armário, uma pia com torneira, uma mesa e um armário.

2 – Uma sala de curativo possui um armário, uma pia com torneira, um armário com chave e duas caixas térmicas.

3 – Uma sala para médica apresenta uma pia com torneira, uma maca e uma mesa.

4 – Uma sala odontológica, com um equipo odontológico (cadeira odontológica está enferrujada em sua base), uma mesa, um armário com chave, um mocho, um aparelho de ar condicionado e um amalgamador.

5 – Uma sala de esterilização com apenas uma estufa.

6 – Copa com fogão, geladeira (comprados pela equipe de saúde).

7 – Dois banheiros (um para funcionários e outro para os usuários)

8 – Sala de medicamentos, com dois armários com chave e uma estante.

9 – Lavanderia com duas pias.

As atividades executadas pela equipe são debatidas nas reuniões de equipe, momento em que os agentes comunitários de saúde e funcionários do posto integram as ações de planejamento tanto a serem desenvolvidas na unidade como na comunidade.

Nas reuniões são realizadas análises da situação de saúde das microáreas, verificando as particularidades e necessidades. Assim é determinado a cada mês um cronograma de atividades com a visita domiciliar e escolar. Também são estabelecidos dias específicos para os atendimentos às pessoas com hipertensão e diabetes.

Uma dificuldade identificada pela equipe nas nossas reuniões refere-se a educação da população, pois a comunidade mantém uma visão curativista identificando a unidade como pronto atendimento e não um local com ações voltadas a atenção integral com desenvolvimento de ações preventivas. Esta

situação de busca constante de atendimentos na unidade de saúde gera a utilização excessiva dos serviços e sobrecarga para a equipe, dificulta o processo de trabalho e o planejamento das ações e serviços de saúde.

Atualmente, como iniciativa da gestão em mudar o processo de trabalho da equipe e acolher as necessidades da população na busca de maior resolutividade, a unidade participa inicialmente do projeto piloto de acolhimento no município que após experimento, será levado a todas as outras unidades de saúde. Em reunião realizada com todos os funcionários e a equipe de supervisão ficou acordado a participação de todos da equipe no processo de acolhimento, sendo indicada a médica da unidade e uma agente comunitária de saúde para a capacitação realizada na Dires - (Diretorias Regionais de Saúde) e depois repassada para toda a equipe em reuniões e atividades que serão desenvolvidas no decorrer dos meses, um dia por mês estaremos nos encontrando com a supervisão para apresentação de ideias e discussão de resultados das práticas adotadas no acolhimento.

Na unidade são realizadas consultas agendadas e demanda livre, além das urgências. Em média são realizados treze atendimentos médicos, seis de enfermagem e dez odontológicos. Estes números referem-se aos atendimentos agendados. Além das consultas também são ofertados a população procedimentos de curativos, vacinação, dentre outros.

Avalia-se que o número de atendimentos poderia ser maior se não fosse os problemas na estrutura do posto como calor e falta de conforto nas salas (médico, enfermeira e dentista), demandando atendimentos insalubres. Outro aspecto de fragilidade refere-se a falta de materiais e instrumentais, principalmente na parte odontológica, pois a unidade dispõem apenas duas bandejas de instrumentais, o que limita a capacidade de atendimento devido a esterilização dos materiais. Para garantir atendimento a equipe de saúde bucal precisa improvisar recursos alternativos mantendo os cuidados de biossegurança em cada atendimento.

Nas visitas domiciliares são feitas avaliações médicas, odontológicas e de enfermagem e quando identificada a necessidade, são agendados atendimentos. Essas visitas possuem agenda semanal durante um turno, organizadas por um cronograma que contempla microárea dos agentes comunitários de saúde. A prioridade de quem será visitada e discutida em reunião de equipe. São assim

definidas quantas pessoas necessitam de atendimento, quantos familiares moram na residência.

A cada trimestre é realizada visita a escola da área da ESF pelo odontólogo, momento em que são avaliadas as condições bucais, escovação, aplicação de flúor e marcação de atendimento na unidade de saúde das crianças que apresentam higiene bucal precária ou necessidade de acompanhamento clínico. Os atendimentos odontológicos clínicos das crianças ocorrem em três turnos semanais, bem como, dos grupos específicos como diabéticos, gestantes e idosos.

As informações sobre a produção de saúde para alimentação dos sistemas de informação são concentradas pela enfermeira (coordenadora da unidade) que compila os dados e transmite para supervisão da Secretaria Municipal de Saúde mensalmente. A comunidade de Gravito está situada na área rural do município de Catú-BA e caracteriza-se por apresentar vulnerabilidade social. O vínculo com a unidade de saúde é constante, pois na unidade como referência de cuidado.

É comum em dias festivos e datas específicas como dia da mulher, criança a unidade desenvolver atividades coletivas na comunidade sobre as temáticas. Aproveita-se para apresentar as ações realizadas, explicando muitas vezes a ausência dos profissionais na unidade para visita, atividade educativa, cursos de capacitação e palestras. É comum o questionamento dos usuários a respeito da falta dos profissionais na unidade. Destaca-se que as características da comunidade atuantes favorecem a discussão das políticas públicas e é uma ferramenta de pressão aos gestores públicos que muitas vezes não vislumbram as necessidades como imediatas e quando colocados em pressão “votos” tratam de se mobilizar para atender as reivindicações.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Catú-BA, está localizado á 80km da capital do Estado e apresenta uma topografia montanhosa com muitas inclinações. Toda área urbana apresenta saneamento básico e facilidade de acesso. As zonas rurais são próximas da sede o que facilita locomoção de profissionais e materiais.

Apresenta uma população de 51.075 habitantes destes 24.820 do sexo masculino e 26.255 do sexo feminino, possui 15.066 domicílios habitados segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010). Com relação ao sistema de saúde local, o município está habilitado no modelo de gestão plena do sistema municipal. Esta modalidade de gestão confere a gerência de todas as ações e serviços de saúde executadas no âmbito municipal. A descentralização das ações de saúde no município oportunizou o protagonismo no gerenciamento da saúde com autonomia administrativa com vinculação hierárquica que no Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo: União, Estados e municípios.

O sistema de saúde local está organizado através de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e rede complementar. O fortalecimento da APS é buscado através do modelo de atenção denominado de Estratégica de Saúde da Família em que quinze unidades de saúde (seis na zona rural e nove na zona urbana) todas com equipe de saúde bucal que desenvolvem ações integrais de saúde na lógica da territorialização. Nestas unidades são realizados atendimentos da atenção básica, encaminhamentos para rede especializada e solicitado exames complementares conforme as demandas dos usuários. Os atendimentos nas unidades são organizados através de ações programáticas com dias específicos para o atendimento de hipertensos, gestantes, diabéticos, crianças e idosos respeitando a particularidade da comunidade, adequando o cronograma.

Em relação à atenção especializada, o município possui um ambulatório com especialidades médicas incluindo dermatologia, pediatria e endocrinologista, entre outros. Possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com três consultórios odontológicos ofertando atendimento as pessoas com deficiência, tratamentos cirúrgicos, periodontais e endodônticos. Há ainda o Núcleo de Apoio à

Saúde da Família (NASF) composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga e educador físico a disposição da população e das unidades básicas de saúde.

A unidade hospitalar conta com cinquenta e dois (52) leitos e atua no município acolhendo as demandas encaminhadas pelas unidades de saúde. São ofertados atendimentos de urgência, emergência, especialidades médicas e pequenas cirurgias, assim como atendimentos em obstetrícia.

A unidade de Gravito que está em funcionamento acerca de 12 anos. Não está vinculada a nenhuma instituição de ensino e não desenvolve atividade de ensino ou estágio. São oferecidos dez (10) turnos de trabalho semanais sendo que dois (2) turnos mensais são destinados a reunião de equipe e uma vez por mês um (1) turno e ao monitoramento dos dados e planejamento das ações.

A ESF em estudo abrange 645 famílias totalizando 2580 pessoas. As crianças menores de um ano somam 27. Os idosos maiores de sessenta anos são registrados totalizando 173 pessoas. Já as pessoas com diabetes 71 (que fazem uso de insulina) são 11 e pessoas com hipertensão são 201 pessoas. O número de gestantes perfaz 11 e há o registro de 2 acamados (os quais são visitados periodicamente pelo médico, dentista e enfermeira). Não há registros pessoas com tuberculose e hanseníase.

Destaca-se que na unidade possui um quadro com o registro das características da população, auxiliando a visualização da equipe das condições de saúde e de vulnerabilidade. O acompanhamento e análise do perfil epidemiológico local são de responsabilidade de todos os integrantes da equipe. Também estão disponíveis os dados para a população, através de um quadro na recepção e que é atualizado periodicamente.

A área geográfica da ESF de Gravito é composta por cinco microáreas e está organizada em mapa que fica disponível para a visualização na espera da unidade de saúde. Cada uma dessas microáreas possui um agente comunitário de saúde. Essas áreas são mapeadas de acordo com a distribuição geográfica e o perfil epidemiológico, assim analisamos quais as ações deverão ser implantadas, melhorando o atendimento.

A equipe da ESF em estudo caracteriza-se por ter uma composição completa conforme o que preconiza o Ministério da Saúde com uma enfermeira, um dentista, um médico, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e uma auxiliar de enfermagem.

Também há uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista e cinco agentes comunitários. A organização do cuidado está baseada na coordenação pela ESF, neste sentido, há um sistema de referência e contra referência para o atendimento dos usuários ao sistema de atenção secundária.

A estrutura física da ESF é deficitária e necessita adequações para atender as necessidades da equipe. As acomodações estão em uma casa que foi doada para instalação da ESF. Há uma rampa na entrada da unidade que facilita o acesso de pessoas cadeirantes, portadores de deficiência visual e idosos, porém o banheiro não tem acessibilidade para cadeirantes e não conta com áreas de apoio aos idosos.

O espaço físico da UBS pode ser considerado adequado, mas há a necessidade de realizar as reformas para oportunizar um ambiente mais acolhedor para a população. Também os materiais e equipamentos estão em um estado de conservação precário, apresentando desgastes promovidos pelo tempo como ferrugem, falta de peças e rasgos nos estofados das cadeiras. Os insumos e materiais de consumo sofrem desabastecimento frequente.

Quanto aos materiais e equipamentos a sala da enfermeira é composta de duas macas, uma para a coleta do exame citopatológico e outra para atendimento de rotina, um armário, uma pia com torneira, uma mesa e um armário a de curativo um armário, uma pia com torneira, um armário com chave e duas caixas térmicas. Na sala da médica, possui uma pia com torneira, uma maca e uma mesa.

A sala odontológica possui um equipo odontológico em precárias condições de conservação pois a cadeira odontológica está enferrujada em sua base. Possui ainda uma mesa, um armário com chave, um mocho, um aparelho de ar condicionado e um amalgamador. Na sala de esterilização há uma estufa não tendo disponibilidade de esterilização por autoclave. Na copa possui fogão, geladeira (comprados pela equipe de saúde), dois banheiros (um para funcionários e outro para os usuários).

Na sala de medicamentos possui dois armários com chave e uma estante, em caixas de papelão adaptadas pela técnica de saúde, que forras todas as caixas e identifica à parte frontal a medicação contida em cada recipiente. Também possui lavanderia com duas pias. Não há área de lazer e descanso e essa situação compromete a logística da unidade gerando maior desgaste dos profissionais, não

possuindo um local apropriado para as refeições e descanso, pois estes permanecem na unidade no horário do meio dia.

Quanto ao processo de trabalho, as atividades são discutidas através de reuniões com toda a equipe de saúde para o planejamento das ações em saúde. É realizada análise de cada microárea verificando suas particularidades e necessidades. Assim determina-se a cada mês um cronograma de atividades como visita domiciliar e escolar contando com a participação de toda a equipe. São organizados dias específicos de atendimentos as pessoas com hipertensão e diabetes, momento em que são realizadas atividades educativas de sala de espera e palestras multiprofissionais.

A equipe tem debatido nas reuniões e identificado como problema encontrado a questão da sensibilização da comunidade para acolher e aderir aos processos de educação popular. A comunidade possui a cultura curativista em que a unidade de saúde é entendida como espaço para tratamento imediato das suas demanda, confundido com pronto atendimento e possuem pouca adesão as propostas de cuidado longitudinal. As estratégias de superação esta fragilidade tem sido centradas no projeto piloto de acolhimento no município que será levado a todas as outras unidades.

O acolhimento é desenvolvido por todos os funcionários e tem o apoio de uma equipe supervisão que acordou que o processo será acompanhado por todos os envolvidos. Um dia por mês será discutido os resultados das práticas adotadas no acolhimento. Foi indicada a médica da unidade e uma agente comunitária de saúde para realizar a capacitação na Diretoria Regional de Saúde (DIRES). Estas profissionais após o retorno organizarão a capacitação de toda a equipe.

Em nosso processo de atendimento por dia são realizadas consultas marcadas e demanda livre, além dos atendimentos de urgência. Em média são realizados atendimentos clínicos, treze atendimentos médicos seis de enfermagem e dez odontológicos, além dos demais procedimentos. Destaca-se que os profissionais relatam que haveria possibilidade de ampliar os atendimentos, mas frente aos problemas na estrutura como calor, falta de conforto nas salas (médico, enfermeira e dentista), falta de materiais e instrumentais, principalmente na parte odontológica, não são viáveis a ampliação dos serviços prestados.

Com o objetivo de melhorar o atendimento das visitas domiciliares são realizadas avaliações médicas, odontológicas e de enfermagem. Essas visitas são

feitas semanalmente em um turno. Cada agente comunitária de saúde informa na reunião quantas pessoas moram na residência, observando a necessidade da família é marcado o dia para o atendimento.

A cada trimestre é realizado visita a escola pelo odontólogo, momento em que são avaliadas as condições bucais, escovação, aplicação de flúor e uma marcação das crianças que apresentam uma higiene bucal precária com visita a família e intervenção na unidade. É organizado em três turnos de atendimento durante a semana o atendimento odontológico que prioriza as crianças e os grupos específicos como diabéticos, gestantes e idoso.

Todas as informações para alimentação dos sistemas são repassadas para a enfermeira (coordenadora da unidade), em uma reunião realizada no início de cada mês. Estes dados são consolidados e transmitidos para Secretaria Municipal de Saúde.

A comunidade de Gravito está localizada em uma área rural do município, caracterizada pela presença de vulnerabilidade social e busca da população pelos atendimentos na unidade de saúde é bastante frequente. Em datas festivas e específicas como dia da mulher, criança, realizam-se atividades coletivas para aproximar a comunidade das diversas ações que a equipe desenvolve, explicando muitas vezes a ausência dos profissionais na unidade, para visita, atividade educativa, cursos de capacitação e palestras, pois é comum o questionamento dos usuários a respeito da falta dos profissionais na unidade nesses turnos.

Boa parte das metas presentes no Plano Municipal de Saúde pactuada por quatro anos no Conselho Municipal de Saúde apresenta avaliação positiva por motivos que tratam de limitações físicas, como materiais e instrumentais. A equipe de saúde é produtiva, fomenta boa parte das ações planejadas em nossa UBS, partindo do engajamento desses profissionais com a saúde e da vontade de ajudar a melhorar a realidade na qual trabalhamos.

A equipe possui cobertura de 100% da população adstrita. Todas as famílias são cadastradas e acompanhadas por agente comunitário de saúde. Observa-se uma pequena variação no número total da população devido à proximidade de áreas que também possuem cobertura de outra unidade, filhos que residem em áreas próximas ficam por períodos na casa dos pais (cuidando), essa migração algumas vezes aumenta ou diminui o número de moradores.

Acredita-se que a implementação do acolhimento na UBS, pode minimizar as demandas e particularidades de cada usuário. O acolhimento tem incluído também os usuários agendados, realizando escuta de todas as pessoas que procuram a unidade e encaminhando para o atendimento necessário. Quando não possível o atendimento na unidade, há referência para o hospital. Há rodízio entre os profissionais de saúde para que o acolhimento sempre conte com um profissional de nível superior. Também é definido que todos os funcionários da unidade realizam o acolhimento.

A saúde da criança é um ponto a ser melhorada na unidade, além da puericultura que tem um turno semanal no cronograma de atividades na UBS, realiza-se a busca ativa das crianças que não estão frequentando o programa, pois a falta de rotina nas consultas é um ponto a ser trabalhado. As metas de vacinação são atingidas, porém a população é resistente às propostas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, visitando a UBS apenas em campanhas e cadastramentos. Os registros dessas informações são realizados em prontuários e espelhos de vacina, que são de acesso comum a todos os profissionais. As consultas são previamente marcadas sendo agendados e informadas aos pacientes a próxima data de seu retorno, data essa que ainda é lembrada pelo seu respectivo agente de saúde, um dia antes do atendimento, hipertensos, diabéticos e gestantes.

Há na ESF um número pequeno de gestantes que são atendidas. Nestes atendimentos são realizados atendimentos clínicos e palestras educativas sobre saúde da criança e cuidados com recém nascido, assim como o registro dos atendimentos. A cobertura deste programa é de 100%. Devido a pequena quantidade de gestantes (quatro), pode-se direcionar o trabalho de forma individualizada observando cada necessidade e atuando de forma direta nos problemas.

Durante o levantamento dos dados encontrou-se um problema durante o planejamento das ações as gestantes, em que o acompanhamento no primeiro trimestre não apresentava sintonia entre os diversos profissionais, especialmente entre a médica e enfermeira. Como todas as ações são discutidas na equipe, ficou estabelecido que as gestante realizassem todos os atendimentos com os profissionais de saúde no mesmo dia. Assim ficou estabelecido o plano de tratamento integrado durante a gestação, pois era comum encontrarmos relatos de gestantes com problemas odontológicos no final da gestação sem ter tido acesso

antecipado, o que dificultava a intervenção do profissional de saúde e os resultados satisfatórios do tratamento.

Segundo os indicadores da prevenção do câncer de colo de útero e da mama estão abaixo dos propostos pelo Ministério da Saúde perfazendo uma cobertura maior de 70%. A equipe dispõe de dois turnos semanais para o atendimento deste grupo. Entretanto observam-se resistência das mulheres quanto a adesão às propostas devido os fatores culturais, pois mulheres entre 50 a 69 anos são resistentes a realização do exame de mamas e mamografia, bem como, a realização de coleta de exame citológico por acharem muitas vezes que por não apresentarem vida sexual ativa ou com vários parceiros estão livres de qualquer doença e estes fatores interferem nesses índices não é rotineiro em nossa zona rural a busca pela prevenção.

Para melhorar a cobertura da prevenção do câncer de mamas e colo uterino, identifica-se a necessidade de realizar a busca ativa das mulheres. Neste sentido, os agentes comunitários de saúde, são fundamentais para o levantamento das mulheres que não realizaram os exames do câncer de colo e mama. Também a realização de atividades educativas é considerada pela equipe um fator positivo que reforça a importância dos cuidados de saúde e necessidades de realizar exames periodicamente.

Toda equipe é sensível às características da comunidade identificando as fragilidades, a forma de organização e costumes que tem gerado o acompanhamento de saúde. Em reuniões realizadas duas vezes por mês são debatidas as ações a serem realizadas para a melhora no atendimento e as estratégias que a equipe adotará para melhorar os indicadores. Como iniciativa imediata, os agentes comunitários de saúde realizam o levantamento específico em cada microárea das mulheres faltosas contribuindo para a melhora da adesão.

Outro ponto discutido nas reuniões de equipe é a atenção aos hipertensos e diabéticos, pois a UBS apresenta uma particularidade que todos os diabéticos são hipertensos, o que por sua vez demanda maior cuidado e planejamento nas ações programadas. A equipe realiza o acompanhamento cuidadoso desses usuários, através de visitas domiciliares tanto dos ACS como dos demais membros da equipe. Nestes atendimentos, avalia-se o uso correto das medicações, a adesão à dieta e acompanhamento dos valores da pressão e glicose. Também na unidade são realizados atendimentos clínicos sistemáticos.

No acompanhamento dos diabéticos e hipertensos, a equipe encontra resistência quanto à adesão de dieta saudável, devido às características da comunidade que está localizada na zona rural, local em que é comum, a ingestão de carnes conservadas no sal, juntamente com a farinha de mandioca, o que eleva consideravelmente os valores de glicose e hipertensão. Outro hábito bastante comum entre os usuários é a troca ou doações de medicação. Muitos familiares e vizinhos compartilham das medicações sem observar a dosagem ou indicação específica para o respectivo fármaco, por receberem a medicação em quantidade para o mês muitos oferecem sua medicação a um amigo ou familiar com a alegação que tem bastante para os dois, ou que sobrou do mês passado.

O trabalho de mudança de condutas e de hábitos de vida é um fator que é considerado pela equipe como desafio, pois as comunidades localizam-se na zona rural e possui pouco acesso às informações, porém através de atividades educativas já se observa acolhimento da comunidade e melhor adesão às atividades de promoção de uma melhor saúde. Como a grande maioria dos hipertensos e diabéticos são idosos, nas ações que realizamos incluí-se o cuidado ao idoso, além de realizarmos atividades educativas a respeito do estatuto do idoso, valorização e cuidados de promoção e prevenção de saúde.

Há atenção especial a vacinação dos idosos, pois realiza-se busca ativa e visitas domiciliares para aplicar as imunizações. A aposentadoria dos idosos, em sua maioria, é responsável pela manutenção da renda familiar. Este tem sido um foco de intervenção da equipe abordando temas como a valorização dos idosos e cuidados de saúde. Este trabalho tem contado com o apoio e parceria do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Referência a Assistência Social (CRAS) nessas ações, que fornecem as famílias o apoio psicológico e de assistência social.

O trabalho na Atenção Primária à Saúde a cada dia torna-se uma tarefa de dedicação, conhecimento e empatia. É sabido que nem sempre se tem as condições necessárias e materiais adequados para os profissionais de saúde viabilizarem a atenção à saúde através do atendimento humanizado e de qualidade. Destaca-se que as ações em zonas rurais exigem ainda mais desses profissionais que em sua maioria não são preparados em sua graduação para uma realidade antagônica aos livros e literatura. As particularidades como hábitos e costumes presentes nestes locais não são vivenciadas pelos profissionais e no trabalho cotidiano precisam ser decifrados e ajustados ao plano de tratamento ficando a responsabilidade desses

ajustes ao profissional que por sua vez é encontra-se despreparada para atuar no campo das relações pessoais.

As limitações no trabalho dos profissionais da equipe em estudo têm sido superadas através da união da equipe, colocando das diferenças de lado, focando nos objetivos comuns podemos desenvolver ações e colher fruto. Cabe ressaltar que o agente comunitário de saúde é o profissional que possui proximidade com a comunidade, contribuindo com informações relevantes sobre sua microárea e a população residente nela. Neste sentido, o ACS, é o ponto chave nas ações de educação e promoção de saúde. Por fim, há também o desafio de implantar o Conselho Local de Saúde, esclarecendo a população do seu papel responsável e co responsabilidade pela a saúde oferecida e agente fiscalizador de suas próprias cobranças, participando na elaboração de atividades e interferindo na rotina da unidade, já estamos disseminando a ideia e pretendemos até o final do ano ter esta estrutura instalada.

1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

O trabalho dos temas propostos pela especialização tem contribuído para melhor sistematização da realidade da equipe. Os questionários e as reflexões de cada ação programática têm contribuído com mudanças na forma de compreender a estrutura física, os processos de trabalho, a disponibilidade de insumos e medicamentos. O diagnóstico situacional oportunizou identificar fragilidades que foram adequadamente discutidas na equipe e encaminhadas para o gestor municipal sempre que a equipe avaliou como necessária. Contamos com promessas na melhoria da estrutura física, ainda não efetivadas.

É perceptível as diferenças no tratamento e recepção dos usuários, pois contamos com uma equipe de acolhimento que logo na chegada da unidade realiza a avaliação para verificação dos dados como cartão do SUS, identificação depois é realizada a escuta do usuário para verificar qual a queixa principal e encaminhar para o melhor atendimento já com o prontuário e todas as informações necessárias. Caso haja alguma demora no atendimento, não sendo urgência a pessoa aguarda o atendimento na sala de espera, sendo algum problema que não possa ser resolvido

na unidade é realizada a regulação e o encaminhamento para a atenção especializada.

Outro ponto avaliado como significativo foi o engajamento da equipe na busca dos dados das atividades programáticas. Este procedimento transcendeu a atuação burocrática da equipe e desenvolveu uma visão questionadora, associando a comparação entre os dados e avaliando os indicadores produzidos pela equipe possibilitando assim um respaldo no debate sobre as estratégias escolhidas pela UBS.

Atualmente a equipe possui subsídios técnicos para a adequação das propostas dos grupos prioritários como o atendimento as gestantes, hipertensos e diabéticos, dentre outros, pois observamos que nossos indicadores estavam muito aquém dos valores esperados. O acompanhamento da equipe da análise situacional tem propiciado o debate da escolha de estratégias a serem adotadas para melhorar a qualidade e os indicadores de saúde.

Os processos de trabalho sofreram influência positiva desta avaliação, pois escolhemos dias específicos para as consultas de grupos prioritários, montando ações educativas na sala de espera durante o decorrer do atendimento com temas específicos. Também as gestantes estão recebendo atendimento do enfermeiro, médico e odontólogo no mesmo dia.

As mudanças ainda são poucas, entretanto o melhor fruto é a movimentação que esses temas provocam na UBS, a visão que a estrutura física é a menor parte do sistema de uma UBS, que é possível realizar grandes ações com pequenas mudanças de conduta e rotina. A saúde é promovida através do comprometimento dos profissionais de serviços gerais ao enfermeiro, médico ou dentista. Com a melhoria da qualidade de vida, a expectativa de vida cada vez vem melhorando e aumentando, problemas como hipertensão e diabetes acompanham esse crescimento e o correto diagnóstico, bem como, a correta intervenção pode contribuir para a melhoria, a atuação na saúde integral.

ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiências renais. É responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial a pressão arterial 140/90 mmHg, a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% segundo a Portaria GM n.º 371, de 4 de março de 2002.

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes e hipertensão no contexto mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2012).

A Unidade de Saúde de Gravito tem cadastrados 210 hipertensos e 69 diabéticos, número inferior à estimativa projetada pelo Caderno de Ações Programáticas fornecidas pelo Curso de Especialização UFPEL 2013. De acordo com o referido instrumento, a cobertura apresentada na ESF em estudo configura-se em 39% dos hipertensos e 44% dos diabéticos. Buscando identificar e acolher a demanda de saúde das pessoas com hipertensão e diabetes na busca de qualificação da assistência a organização da unidade estruturou dois turnos semanais específicos para o atendimento com os profissionais da equipe.

Para as pessoas com hipertensão e diabetes, a distribuição de medicamentos é realizada diariamente na UBS, assim como, a aferição da pressão arterial e teste de glicemia capilar. Apesar da equipe já realizar o cuidado diferenciado aos hipertensos e diabéticos não possui sistematização de abordagem que siga um protocolo de cuidado específico. Neste sentido, o objetivo melhorar a atenção aos adultos com de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Também as ações da equipe serão voltadas a ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos aumentando percentual de 100%. Outro aspecto relevante a ser implementado com a intervenção refere-se à integralidade das ações de forma a garantir atendimento de qualidade a estas pessoas.

Observa-se a necessidade do trabalho integrado entre os trabalhadores da UBS, com a comunidade na busca de qualificação do cuidado tendo em vista que há resistência às mudanças de hábitos e adoção de práticas saudáveis. Também se tornam fundamentais o esclarecimento e apoio dos gestores locais para que auxiliem na execução desta ação tornando integrante da agenda política do município como uma prioridade do sistema de saúde local.

A escolha do tema baseou-se na análise do Relatório da Análise Situacional elaborada na unidade I do curso de Especialização. Para que fosse escolhido o foco da intervenção a equipe da UBS analisou a realidade local e as possibilidades de cuidado. A elaboração dos objetivos, metas e ações foi debatida com toda a equipe de saúde nas reuniões, momento em que houve a exploração dos materiais fornecidos pelo Curso de Especialização analisando quais pontos devem ser implementados e foi pactuado o comprometimento de toda equipe no projeto.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 - Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Estratégia de Saúde da Família de Gravito, no município de Catú, Estado da Bahia.

2.2.2 - Objetivos Específicos

2.2.2.1 Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

2.2.2.2 Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

2.2.2.3 Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

2.2.2.4 Melhorar o registro das informações

2.2.2.5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

2.2.2.6 Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos

2.2.3.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

2.2.3.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

2.2.3.6 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

2.2.3.9 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.2.3.10 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

Relativas ao objetivo 6: Promoção da saúde.

2.2.3.15 Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

2.2.3.16 Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Para realizar a intervenção em Hipertensão e Diabetes será adotado o Manual Técnico do Caderno de Atenção Básica - nº15 e 16 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, 2006. Utilizar-se-a ficha de cadastro contida no prontuário do usuário e o livro de HIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica e a ficha de acompanhamento. A ficha e o livro não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o cirurgião-dentista utilizará o registro nos prontuários.

Será realizado contato com o gestor municipal para dispor de mais equipamentos como tensiômetro e glicosímetro para realizarmos o monitoramento dos valores pressóricos e de glicemia. O acompanhamento da intervenção será feito através da planilha eletrônica de coleta de dados e monitorados mensalmente.

Para organizar o registro específico do programa, o cirurgião-dentista revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para controle da pressão, glicose e busca de medicação específica nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários desses usuários e realizará uma comparação de todas as informações disponíveis no livro e nas fichas de cadastro e acompanhamento, com os prontuários.

Ao mesmo tempo realizará o monitoramento do caderno de controle de atendimento da técnica de enfermagem, onde são anotados todos os procedimentos realizados incluindo a aferição da pressão artéria e glicose, comparando com o livro e fichas de hiperdia, com a finalidade de analisar os dados e o registro atual de consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais.

Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Para ampliar a cobertura á hipertensos e/ou diabéticos; no eixo da organização e gestão do serviço será planejado garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, melhorando o acolhimento para as pessoas com hipertensão e diabetes. Houve planejamento do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) assim como material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

No detalhamento da ação será desenvolvida no primeiro momento a busca ativa dos hipertensos e diabéticos da área que não estão cadastradas no programa através dos ACS, realizando o cadastramento dos mesmos e revisão do prontuário de todos os usuários cadastrados pela enfermeira. No eixo do monitoramento e avaliação será monitorado o número de hipertensos cadastrados. Serão revisados todos os prontuários, fichas de acompanhamento e livros de registro do Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica HIPERDIA para avaliar se todos estão acompanhados.

No eixo do engajamento público a comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, 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, bem como, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, envolvendo a comunidade para a sensibilização das pessoas e dos filhos que por ventura acompanham seus pais, através de sala de espera sensibilizando da importância das consultas e de outros programas através de realização de palestras em cada microárea.

Ainda visando a ampliação da cobertura do programa, no eixo da qualificação da prática clínica serão desenvolvidas capacitações dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Capacitação para a equipe quanto às técnicas de higiene bucal, nutritiva através do manual de saúde pela enfermeira ou médica da unidade na própria unidade em um horário dedicado a reunião de equipe.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

No intuito de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa no eixo da organização e gestão do serviço serão realizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e será organizada a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes destas buscas. Serão verificados os registros de HIPERDIA, analisando a última consulta e uso de medicação. No eixo da gestão do serviço o dentista da unidade irá analisar o livro de registro para elaborar a lista das pessoas que estão sem comparecer na unidade por mais de quatro meses, assim realizando a busca ativa dos diabéticos e hipertensos e já agendando a primeira consulta no domicílio ou na unidade para a realização das avaliações e orientações. No eixo do monitoramento e avaliação será organizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), análise do livro de registros e listagem dos atendidos e acompanhados pela médica e enfermeira.

Ainda na busca de ampliar a adesão, no eixo do engajamento público a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, e demais acompanhamentos. A realização de palestras em cada microárea será adequada a cada realidade da microárea como igreja, associação de moradores ou na casa de algum membro da comunidade.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

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

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

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

3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

As atividades educativas serão realizadas pelos membros da equipe especialmente a enfermeira da unidade e o dentista que terão por objetivo sensibilizar a comunidade para a realização das consultas na unidade de saúde, falando da importância dos cuidados de saúde e do acompanhamento proposto com explicitação do fluxo de atendimento e seus encaminhamentos.

No eixo da qualificação da prática clínica será realizado treinamento os ACS para a orientação de diabéticos e hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, bem como realização de consulta do HIPERDIA - Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, na unidade ou domicílio de acordo com a necessidade avaliando o quadro e desenvolvimento, como também acolhimento na unidade de saúde. Visando melhorar a qualidade do atendimento do hipertenso e/ou diabético no eixo da organização e gestão do serviço serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos e ainda será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Será disponibilizada a versão impressa do protocolo Manual Técnico do Caderno de Atenção Básica - nº15 e 16 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, 2006 na unidade de saúde. Será verificado se todos os pacientes que retiram a medicação na farmácia da UBS encontram se cadastrados. Desta ação será realizado o controle das prescrições e retirada da medicação da farmácia através do livro de controle de medicações que consta na unidade. No eixo do monitoramento e avaliação será monitorada a realização de exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos e será monitorado o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Também será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, avaliação do livro de medicações quanto a retirada

de medicação da unidade, realizando um comparativo com a listagem das consultas realizada pela enfermeira e médica.

No eixo do engajamento público será orientada a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também será orientada a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade desses exames. Os direitos dos usuários quanto ao acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, e possíveis alternativas para obtê-lo bem como, envolvê-los na discussão sobre a importância do acompanhamento e controle da diabetes e hipertensão e o uso correto da medicação;

No eixo da qualificação da prática clínica serão desenvolvidas capacitações a equipe para a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes e hipertensão. Os aspectos relativos ao acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, realização dos testes de glicemia e aferição da pressão arterial pela técnica, enfermeira ou médica da unidade, bem como na primeira consulta do usuário pela enfermeira ou médica da unidade, realizar o teste de glicemia, avaliação da pressão arterial, também serão padronizadas.

Destaca-se ainda que as orientações incluíram a prevenção de acidentes, a importância do uso correto das medicações e da alimentação equilibrada e sobre a higiene bucal.

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.

Pretendendo melhorar o registro das informações.

No eixo da organização e gestão do serviço está sendo planejada a atualização do SIAB e, implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Serão pactuados com a equipe a forma de registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros. A equipe se envolverá na organização de um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao

atraso na realização de consulta de acompanhamento de exame complementar, na não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

No eixo da organização e gestão do serviço será feito a organização dos livros de registro, dos prontuários e das fichas de acompanhamento, para realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas de rotina feita pelos ACS. No eixo do monitoramento e avaliação será monitorada a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

No eixo do engajamento público serão mantidas as informações do SIAB atualizadas, implantado a planilha/registro específica de acompanhamento pactuado com a equipe o registro das informações, definindo o responsável pelo monitoramento registros. Também será organizado o sistema de registro, hoje através do prontuário do paciente e a ficha de hiperdia de forma 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.

No eixo da qualificação da prática clínica será realizada atividades de formação e qualificação no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

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.

Atendendo o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

No eixo da organização e gestão do serviço será priorizado o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco, com organização da agenda de atendimento desta demanda. No eixo da organização e gestão será realizada a triagem clínica na unidade de saúde pela médica, enfermeira e dentista, para identificação de hipertensos e diabéticos com risco para doenças cardiovasculares.

No eixo do monitoramento e avaliação serão monitorados o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. No eixo do engajamento público os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). No eixo da qualificação da prática clínica será realizada a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés e capacitação da equipe para a importância do registro desta avaliação, e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

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

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

Para promover a saúde.

No eixo da organização e gestão do serviço será estabelecida a organização da agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso, estabelecendo a prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, demandando junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável, bem como, solicitar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, promovendo parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Também será solicitada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento ao tabagismo. Serão realizadas ações integradas entre todos os profissionais da unidade, bem como, os profissionais do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), com o objetivo de esclarecer a população sobre práticas saudáveis.

No eixo do monitoramento e avaliação será registrado e avaliado o número de atividades coletivas realizadas sobre as temáticas referentes a este projeto, monitorando as orientações nutricionais, orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos. No eixo do engajamento público a proposta é buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

No eixo organização e gestão serão mobilizados os gestores municipais para a disponibilização do atendimento com dentista com a priorização dos atendimentos. Também serão orientados os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável assim juntamente com a comunidade reforçar a importância da prática de atividade física regular, bem como orientar sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Já no eixo da qualificação da prática clínica será realizada a capacitação da equipe para a avaliação e tratamento bucal para os hipertensos, diabéticos, bem como, para o tratamento de pessoas fumantes e metodologias de educação em saúde.

2.3.1.2 Indicadores

Serão utilizados os indicadores listados abaixo, no monitoramento e avaliação do alcance dos objetivos e metas traçadas.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura à hipertensos e diabeticos

Referente à meta 1. 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

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.

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 adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Referente a meta 2. Buscar 100% dos diabéticos e hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.1 - Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta médica.

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

Objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Referente á meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 80% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 3.1 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 3.2 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 3.3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Indicador 3.4 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

Indicador 3.5 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Referente à meta 4. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Referente á meta 5. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

Objetivo 6 - Promoção da saúde.

Referente a meta 6. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.1 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7 - Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8 - 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.

2.3.3 Logística

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com a equipe. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico do Caderno de Atenção Básica - nº15 e 16 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde 2006, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos.

A capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada quatro horas duas vezes ao mês, no horário utilizado para reunião de equipe, determinando cada papel dos integrantes da equipe de saúde durante a intervenção no âmbito individual e coletivo. Compreenderão as abordagens de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Concomitantemente será realizada a qualificação dos agentes comunitários de saúde com o educador físico, que estabelecerá critérios para a prática da atividade física, acompanhando esses grupos até que organizem sua autogestão, sendo monitorado pela equipe de saúde e acompanhado pelos agentes comunitários de saúde.

A atividade de esclarecimento a comunidade, será realizada pelos agentes comunitários de saúde, juntamente com os demais profissionais de saúde por meio de ações coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares. Será investido nas orientações sobre as medidas de prevenção sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira, estimulando as pessoas a se organizarem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupo de caminhada, reavaliação clínica e atualização de receitas e trocas de receitas, técnicas de autocuidado.

Será verificado o comparecimento das pessoas com diabetes e hipertensão às consultas agendadas na unidade de saúde com busca ativa de faltosos, que logo

ao comparecer a unidade terá os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, conferidos e registrados. Os indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde serão acolhidos sem necessidade de alteração nas marcações agendadas avaliando sua necessidade e encaminhado para o atendimento imediato ou já sairão marcados para o atendimento compartilhado dos profissionais de saúde, participando antes de uma sala de espera.

Na sala de espera serão organizadas atividades com os temas sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados ao diabetes e hipertensão, hábitos de vida ligados à alimentação e à atividade física, medicamentos e automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.

Faremos contato com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos a importância da realização do monitoramento e controle da hipertensão e diabetes.

Semanalmente o cirurgião-dentista examinará o livro de registro dos atendimentos do HIPERDIA contendo dados de identificação, presença de complicações, tratamento, medicação, fatores de risco e doenças concomitantes e as fichas de acompanhamento contida nos prontuários onde são relatados toda a história pregressa do paciente bem como a rotina de tratamento e cadastro dos hipertensos e diabéticos contida no plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa em todas as quartas-feiras no cronograma de visitas domiciliares da UBS das pessoas que estão em atraso com as suas consultas e com histórico no prontuário de alterações na pressão e ou glicemia, o qual orientará o comparecimento a unidade para realizar uma nova consulta e exames com a finalidade de determinar seu ingresso ou não no grupo. Ao final de cada mês, as informações coletadas serão consolidadas na planilha eletrônica, que será monitorado o desempenho da intervenção.

2.3.4 Cronograma

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente.

As ações previstas no processo de intervenção objetivaram ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos. Para estabelecer planejamento das atividades, objetivos foram estabelecidos como garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA. Melhorar o acolhimento das pessoas com HAS e diabetes, garantir material e insumos adequados para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) assim como material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde dentre outros.

Em nosso processo de intervenção superamos as metas de cobertura da adesão ao hipertenso e diabético propostas para as pessoas com diabetes e ficamos 0,3% abaixo do valor proposto para os hipertensos, valor esse pactuado em 80%. Acreditamos que o percentual atingido desta meta refere-se ao fator silencioso. Muitas pessoas desconhecem possuir as patologias, identificando-as em consultas esporádicas na unidade de saúde. Ao analisar este indicador, observa-se que valor abaixo da meta chegou ao entendimento de que nosso processo de intervenção foi um sucesso, pois não tivemos dificuldades no alcance dessas metas. O trabalho desenvolvido até então ações.

Realizamos busca ativa, através dos agentes de saúde, dos hipertensos e diabéticos da área adscrita a UBS, não cadastradas no programa sendo realizado o cadastramento dos mesmos na ficha de hiperdia do plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, feito previamente pelo agente comunitário e depois completado pela medica da unidade. Também foi revisado o prontuário de todos cadastrados pela enfermeira. A revisão de todos os prontuários, fichas de acompanhamento e livros de registrou foi uma prática recorrente para avaliar se todas as pessoas cadastradas foram acompanhados no mês.

Houve grande incentivo da equipe na implementação de ações de orientação na comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. A comunidade foi sensibilizada para que não apenas as pessoas com hipertensão e diabetes tivessem seus hábitos de vida alterados, mas também os familiares. As atividades de sala de espera na unidade de saúde e as palestras em cada microárea integraram momentos significativos de convivência e trocas entre a equipe e a comunidade, pois sensibilizamos as pessoas e seus familiares da importância das consultas e de outros programas.

As atividades de capacitação oportunizaram a equipe da unidade de saúde revisão de suas condutas profissionais, assim como fortaleceu a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial. As ações previstas foram todas realizadas, avaliando-se como significativa as conquistas da equipe junto a qualificação da atenção e proximidade com a comunidade. Conseguimos mobilizar a comunidade para nosso processo de intervenção, adequamos a rotina de atendimento através de uma agenda compartilhada. Destaca-se ainda o cumprimento de todas as metas previstas no projeto. As ações foram absorvidas pela rotina e hoje fazem parte do protocolo de atendimento.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Encontramos algumas dificuldades na parte da estrutura física da unidade, como a falta de equipamentos como tensiometro e glicosimetro que foram solucionados e tivemos materiais e insumos suficientes para aferição e medidas da glicemia e pressão arterial. Um fator complicador presente na intervenção refere-se às dificuldades de deslocamento, pois a equipe não dispõe de automóvel ficando dependente do veículo enviado pela secretaria de saúde, fato que dificultou em alguns momentos à realização de atividades nos ambientes externos a unidade de saúde. Entretanto não deixamos de realizar a visita domiciliar optando pela mudança para uma microárea mais próxima da unidade de saúde, realizando a visita caminhando, até a localidade.

Organizamos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Verificamos todos os registros do HIPERDIA analisando a última consulta e uso de medicação. O dentista da unidade ficou responsável por analisar o livro e fazer uma lista dos pacientes que estão sem comparecer na unidade por mais de quatro meses, assim foram realizadas a busca ativas dos diabéticos e hipertensos e já agendando a primeira consulta no domicílio ou na unidade para a realização das avaliações e orientações.

Outro aspecto importante foi escutar a comunidade sobre estratégias para esclarecer as pessoas hipertensão e diabetes. Também mantivemos contato próximo de forma a estabelecer sobre a periodicidade preconizada para a realização do acompanhamento proposto. Foram realizadas palestras em cada microárea em igreja, associação de moradores ou na casa de algum membro da comunidade, mantendo o vínculo de proximidade e cuidado com as pessoas. O profissional odontólogo se envolveu mais diretamente na sensibilização das pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade.

Contamos com a reciprocidade da população no acolhimento da proposta da intervenção. Em todas as nossas reuniões com a comunidade seja para palestras, avisos, salas de espera houve ampla participação. A presença sempre foi substancial, todos agiram como multiplicadores das informações. Uma das principais medidas propostas na intervenção e bem aceita na comunidade foi o agendamento prévio das consultas fazendo com que o usuário fosse atendido pelos três profissionais, médico, dentista e enfermeiro com apenas uma marcação.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Com relação às informações do serviço mantemos as informações do SIAB atualizada, implantamos planilha/registro específico de acompanhamento. Mapeamos os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular priorizando o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, nesse processo tivemos o apoio dos agentes comunitários de saúde que realizaram um trabalho importante de rastreamento junto a comunidade.

Não tivemos dificuldades com implementação da estratificação de risco, pois essa atividade já era desenvolvida na unidade de saúde, através do acolhimento que já tínhamos implantado na unidade. Todos os profissionais da equipe se integraram na realização das ações, bem como os profissionais do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), com o objetivo de esclarecer a população sobre práticas saudáveis. O apoio necessário para implementação de nossa intervenção dos profissionais de outras disciplinas da Equipe foram de fundamental importância.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Analisando as ações propostas e a realização chegou a conjunto em nossa reunião que alcançamos o nosso propósito no processo de intervenção, a comunidade reconheceu o trabalho e a tentativa de propor uma nova abordagem às pessoas com hipertensão e diabetes.

As dificuldades relacionadas a estrutura física nos acompanham até o presente momento. Não há espaço físico apropriado para escuta no processo de acolhimento, local apropriado para realizar as atividades coletivas e sala de espera. Também a reunião de equipe é realizada em um local improvisado com poucos recursos, como frente de bar, embaixo de copa de árvores e em quintais das casas de moradores.

Entretanto a equipe principalmente através dos profissionais foi capaz de superar essas dificuldades e todos desenvolver em um bom trabalho com o melhor de tudo é a adoção do processo de intervenção em nossa rotina de atendimento.

AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção objetivou a melhora da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Estratégia de Saúde da Família de Gravito, na cidade de Catú-BA. Na área adscrita a ESF, antes da intervenção, identificou 210 hipertensos e 69 diabéticos cadastrados, número inferior à estimativa projetada pelo Caderno de Ações Programáticas, fornecido pelo Curso de Especialização UFPEL. Acredita-se que o número estabelecido pelo Caderno de Ações Programáticas de 544 hipertensos e 155 diabéticos, deve ser perseguido pela equipe na busca de identificação precoce destas patologias.

Como resultados, houve a ampliação da cobertura dos hipertensos de 86% e diabéticos 39% para o percentual de 100% do total de pessoas com estas patologias na ESF. Outro aspecto relevante que foi implementado com a intervenção refere-se à integralidade das ações de forma a garantir um atendimento de qualidade a estas pessoas.

A equipe estabeleceu, como objetivo inicial da intervenção, obter o número real da atual cobertura e, em seguida, ampliá-la, pois, antes da intervenção, os registros eram desorganizados e só podíamos trabalhar com dados aproximados. Desta forma, na época, tínhamos uma estimativa de cobertura de 210 hipertensos e 69 diabéticos acompanhados de um total estimado de 544 hipertensos e 155 diabéticos. Decidiu-se então reavaliar a cobertura, quando no primeiro momento, foi solicitado aos ACS realizar o levantamento do número de hipertensos e diabéticos em cada microárea. Após o levantamento realizado satisfatoriamente foram identificados 544 hipertensos e 155 diabéticos, confirmando o número prévio.

Com o início da intervenção, os registros dos atendimentos foram qualificados no prontuário, na ficha espelho e na planilha de coleta de dados, material didático para monitoramento da intervenção ofertado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL. Logo no final do primeiro mês foram cadastrados 51 hipertensos e 38 diabéticos, alcançando-se uma cobertura de 22,5% e 44,2% respectivamente. No segundo mês foram cadastrados 94 hipertensos e 53 diabéticos, alcançando 41,4% e 61,6% de

cobertura. No final do terceiro mês, houve o cadastramento de 132 hipertensos e 68 diabéticos, alcançando uma cobertura de 58,1% e 79,1%, totalizando a final do quarto mês de intervenção 181 hipertensos e 86 diabéticos e alcançando uma cobertura de 79,7% e 100%.

Nesta meta, destaca-se que os agentes comunitários de saúde foram atores fundamentais na implementação das ações, pois foram modificados os processos de trabalho que incluíram reuniões e encontros com a equipe. Todos os membros da equipe tiveram definição dos seus papéis na intervenção. Estes dados podem ser observados conforme a figura abaixo.

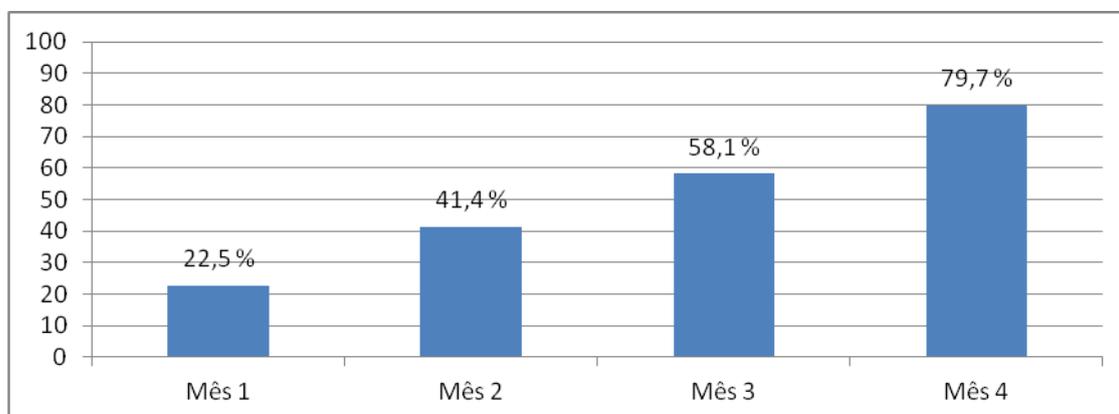


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

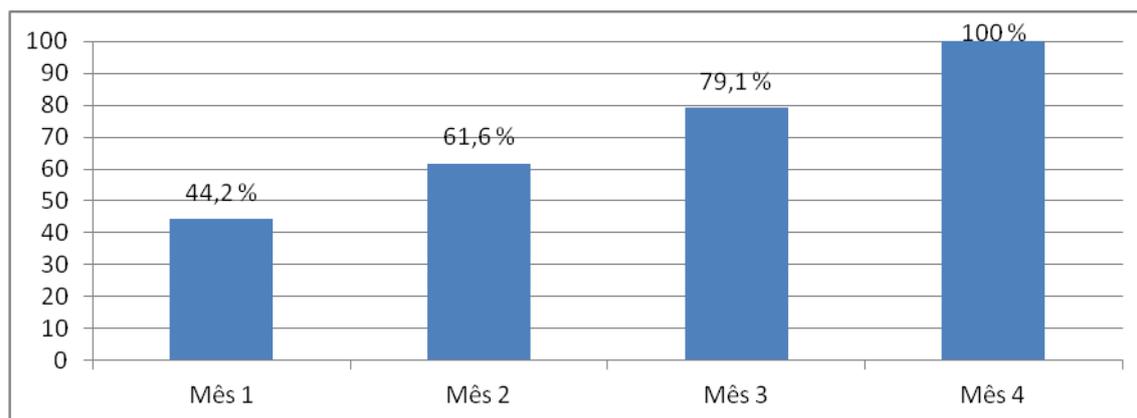


Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Para atingir esta meta, foi reorganizado o atendimento da médica, dentista e enfermeira ampliando o horário de atendimento dos hipertensos e diabéticos para 12 horas semanais. Antes da intervenção o tempo destinado para o

atendimento era de 8 horas semanais. Outra iniciativa que contribuiu para ampliar a cobertura foi o monitoramento através da ficha espelho e da planilha UNASUS/UFPEL que permitiu identificar o cadastro a partir dos atendimentos, tornando o trabalho mais organizado e completo.

Ressalta-se que o ponto principal para atingir essa meta foi o trabalho incansável dos ACS com a comunidade e com a equipe, permitindo o convite para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde precocemente. Os ACS atuaram com responsabilidade na busca ativa às pessoas que haviam faltado às consultas e ainda não tinham procurado a UBS para remarcação.

A proximidade da equipe da ESF com a comunidade também foi avaliada pela equipe como importante estratégia na qualificação da atenção e avanço na cobertura dos hipertensos e diabéticos na realidade em estudo. Foram realizadas palestras para a comunidade informando sobre a necessidade de se realizar um acompanhamento regular, exames periódicos e comparecerem às unidades de saúde para realizarem o seu acompanhamento.

Iniciamos o processo de intervenção com 27 hipertensos faltosos cadastrados no primeiro mês (93,1%). No desenvolver da intervenção atingimos nos quatro meses a 133 pessoas (97,1%) com busca ativa realizada. Estes dados podem ser observados conforme as figuras abaixo.

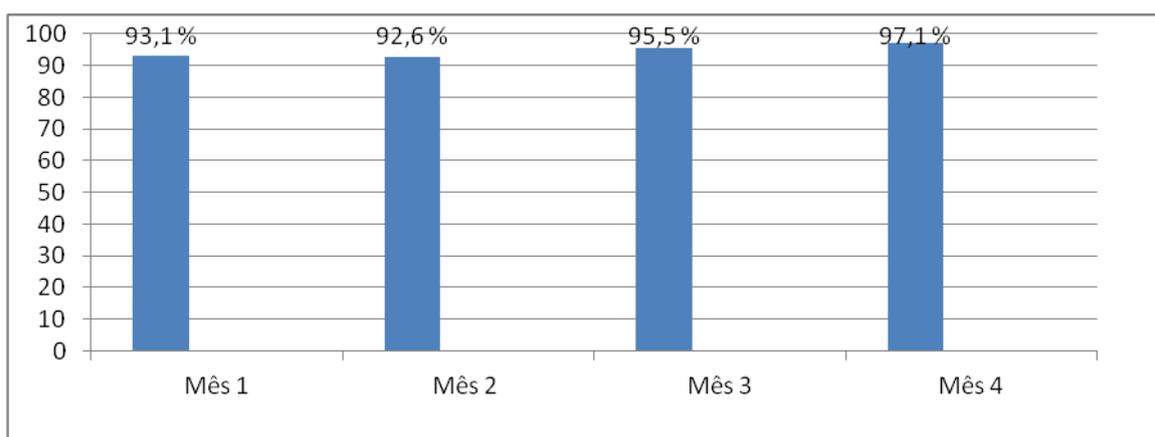


Figura 3 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Um fator favorável no cumprimento da meta foram as ações de busca ativa realizada pela equipe de saúde que proporcionaram valores expressivos de sucesso. Os ACS após capacitação atuaram de forma determinada e focada na busca destes usuários.

Iniciamos nosso processo de intervenção com 24 diabéticos faltosos cadastrados no primeiro mês (100%), ao passo que caminhamos no decorrer dos quatro meses chegamos a 66 usuários (98,5%). Estes dados podem ser observados conforme as figuras abaixo.

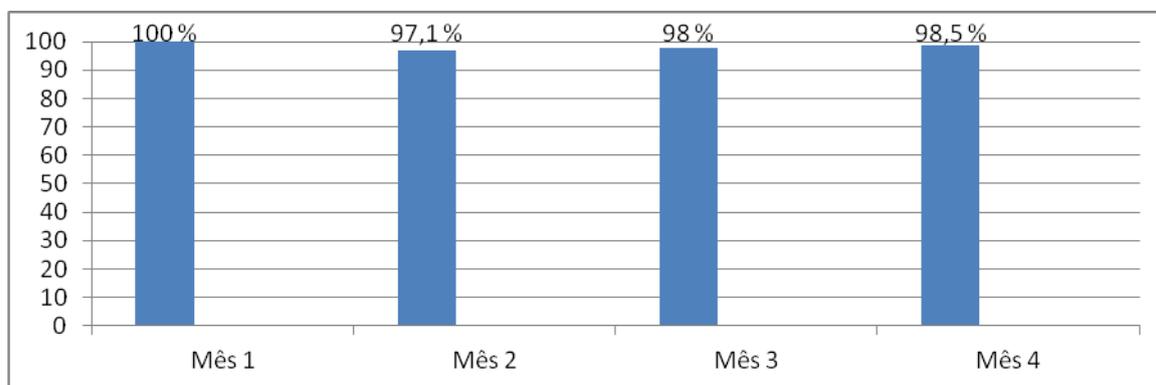


Figura 4 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Houve variação percentual de diabéticos com busca ativa a cada mês, totalizando três usuários que não compareceram as consultas agendadas devido à mudança de logradouro. Este resultado não significou insucesso e sim o bom comprometimento da equipe na aplicação das ações previstas.

Outro aspecto fundamental da intervenção foi realizar o exame clínico. Iniciamos a intervenção com a obtenção de 28 usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo (54,9%) no primeiro mês, ao longo dos quatro meses atingiu-se 114 usuários (63,0%), bem como, na proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 25 pessoas (49,0%) no primeiro e 114 (63,0%) ao final do quarto mês de intervenção. Estes dados podem ser observados conforme as figuras abaixo.

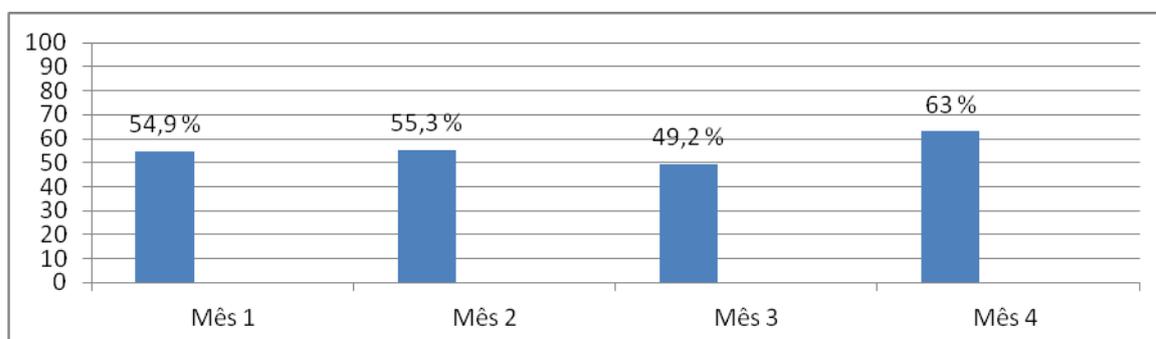


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

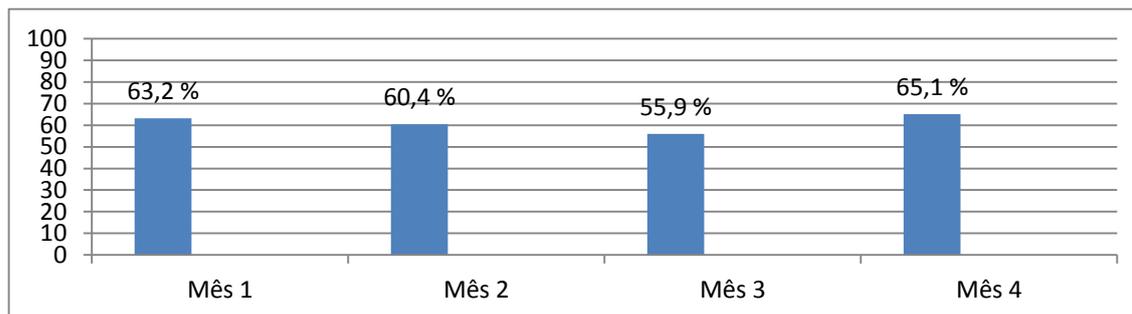


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

A proporção dos diabéticos e hipertensos com exame clínico em dia manteve-se abaixo da meta proposta. Destaca-se que essas patologias precisam de monitoramento contínuo tendo relevância para o diagnóstico e seguimento clínico. A investigação clínico-laboratorial do hipertenso tem como objetivo explorar as condições como confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global; diagnosticar doenças associadas à hipertensão diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial. Para atingir tais objetivos, foram fundamentais o levantamento da história clínica, exame físico, avaliação laboratorial inicial do hipertenso.

Durante a obtenção da história clínica, deve-se explorar mais detalhadamente os aspectos relacionados. Atribuímos ao grande número de fatores listados e a realidade de atendimento da unidade de saúde, que sobrecarrega o profissional médico ocasionando diminuição do tempo para avaliação minuciosa. Neste sentido, consideramos para o nível de registro apenas os atendimentos completos seguindo a determinação do protocolo adotado no processo de intervenção.

No primeiro mês de intervenção contamos com 25 usuários hipertensos cadastrados (49%) com exames complementares em dia de acordo com o protocolo e 21 (55,3%) usuários diabéticos com exames complementares em dia, no decorrer do processo evoluímos gradativamente nos dois gráficos, chegando a 114 usuários hipertensos (63%) com exame clínico em dia e 51 (59,3%) para usuários diabéticos com exames complementares também em dia de acordo com o protocolo. Estes dados podem ser observados conforme figuras abaixo.

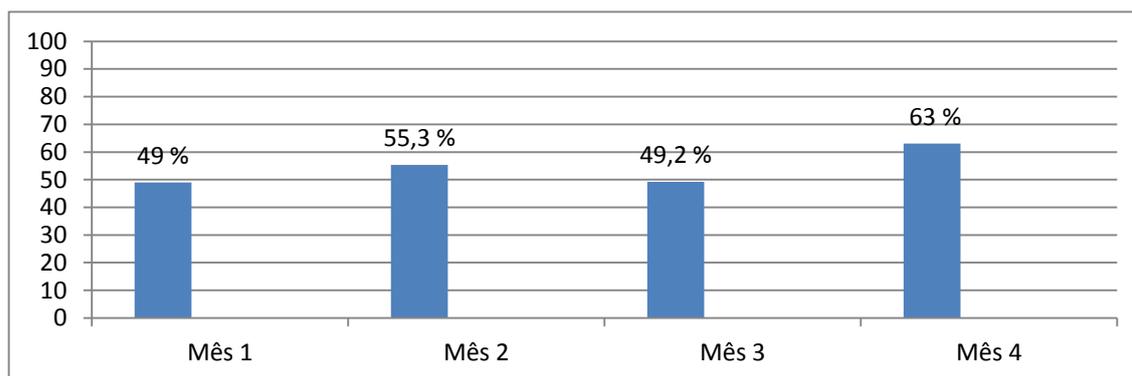


Figura 7 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

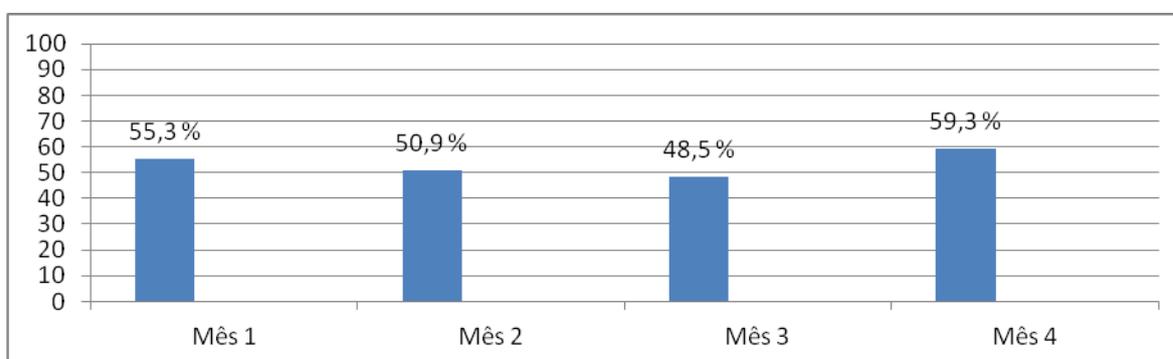


Figura 8 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Pequenas variações dos percentuais podem ser observados nas duas figuras acima pois no terceiro mês, devido a realização de outras atividades na unidade de saúde como semana da criança e Outubro Rosa, o cronograma precisou ser alterado com determinado tempo de atendimento ao pacientes do processo de intervenção.

Outro aspecto identificado como limitador para atingirmos a meta, está associada a na questão cultural. A população ainda centra o interesse nos cuidados de saúde na figura do médico. Houve dificuldade de aceitação e reorganização do processo de trabalho com a inclusão de atendimentos sistematizados pelos demais profissionais. Esta situação gerou sobrecarrega de atendimentos do médico. Neste sentido, os atendimentos registrados pela intervenção que contemplaram todas as normas preconizadas no protocolo de atendimento. (BRASIL, 2012)

Observamos que o processo de intervenção foi realizado de forma plena, as ações desenvolvidas atingiram as metas propostas, iniciamos no primeiro mês com 51 usuários (100%) hipertensos, 34 usuários (100%) diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou da farmácia popular. Esses valores se mantiveram durante todo o processo de intervenção até o quarto mês (171 hipertensos, 100% e 77 diabéticos 100%). Estes dados podem ser observados conforme figuras abaixo.

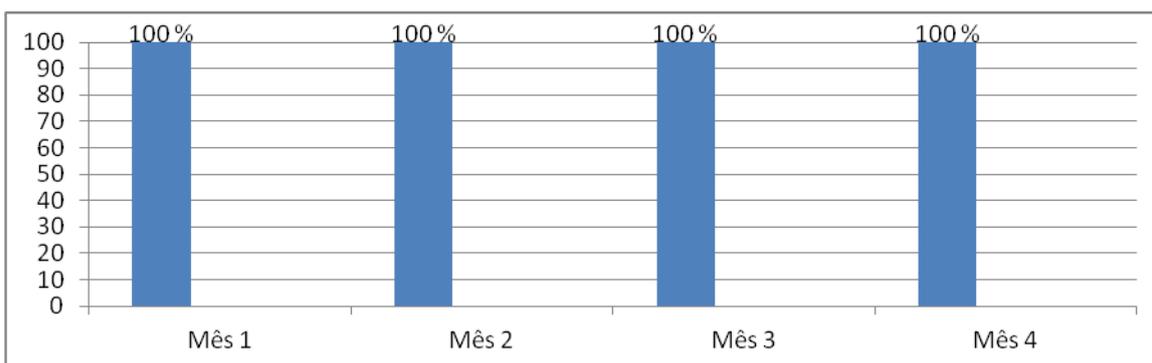


Figura 9 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou farmácia popular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

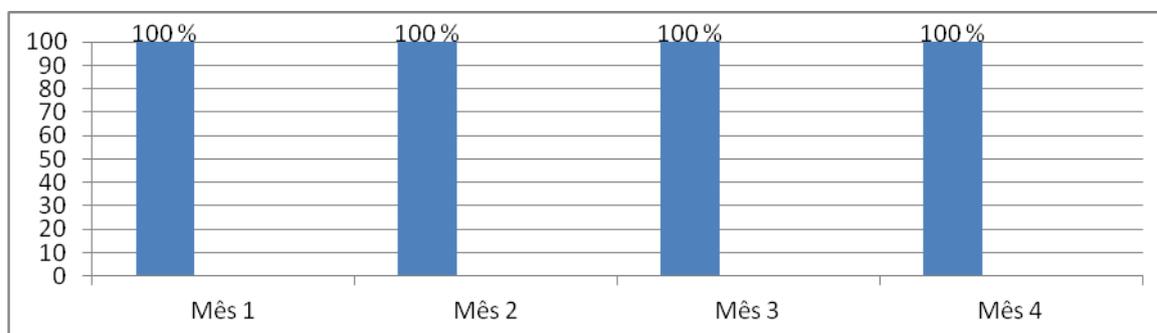


Figura 10 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou farmácia popular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Acredita-se que principal ação de intervenção que repercutiu para atingirmos essa meta foi o controle e registro das receitas prescritas na unidade de saúde, assim conseguimos traçar junto a médica o perfil dos usuários de medicação.

No âmbito da melhora do registro das informações, conseguimos alcançar as metas propostas durante o processo de intervenção. No primeiro mês obtivemos 51 hipertensos (100%) e 38 diabéticos (100%). Esses valores

mantiveram-se até o quarto mês 181 (100%) de hipertensos e 86 (100%) diabéticos. Estes dados podem ser observados conforme figura abaixo.

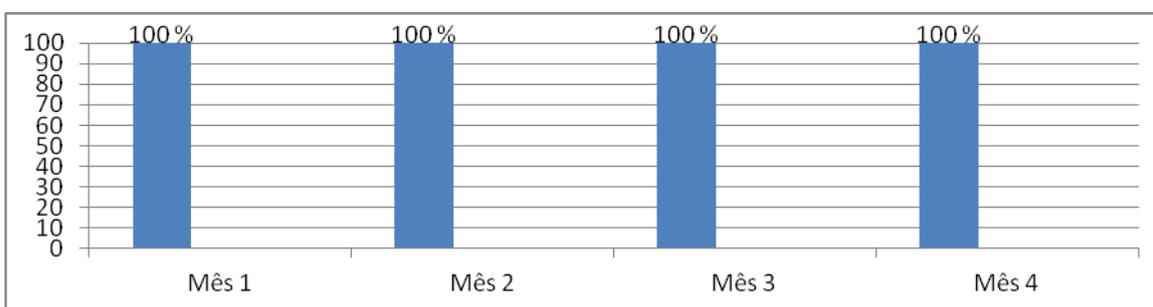


Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

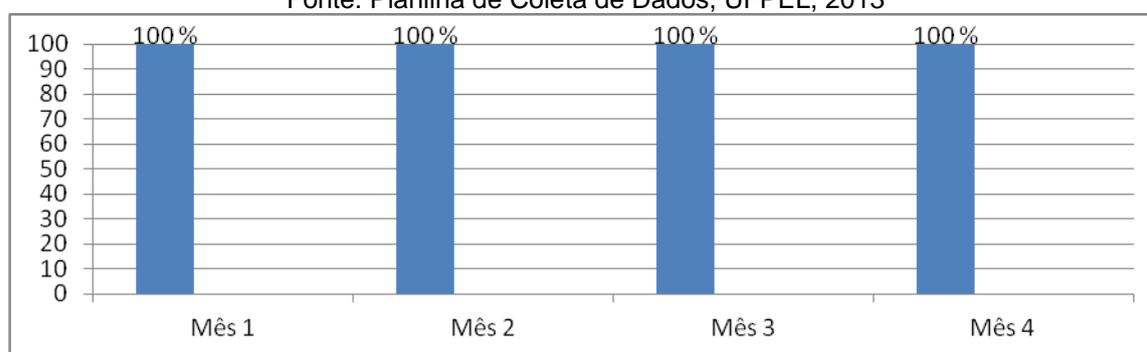


Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Nesse decorrer dos quatro meses tivemos dificuldades nesse registro, pois nossa estrutura física é muito carente, dispomos apenas de um arquivo com três gavetas para arquivar quase 2500 famílias. A partir da determinação da equipe iniciamos um trabalho junto ao gestor municipal destacando a importância do processo de intervenção na comunidade e obtivemos a promessa de um novo arquivo e o envio de pastas fichários para arquivamento dos registros e informações dos pacientes.

Com relação a hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, no primeiro mês iniciamos nosso trabalho com 51 hipertensos (100%) e 38 diabéticos (100%). Esse percentual foi mantido até o quarto mês de intervenção com 181 hipertensos e 86 diabéticos (100%), conforme se observa na figura abaixo:

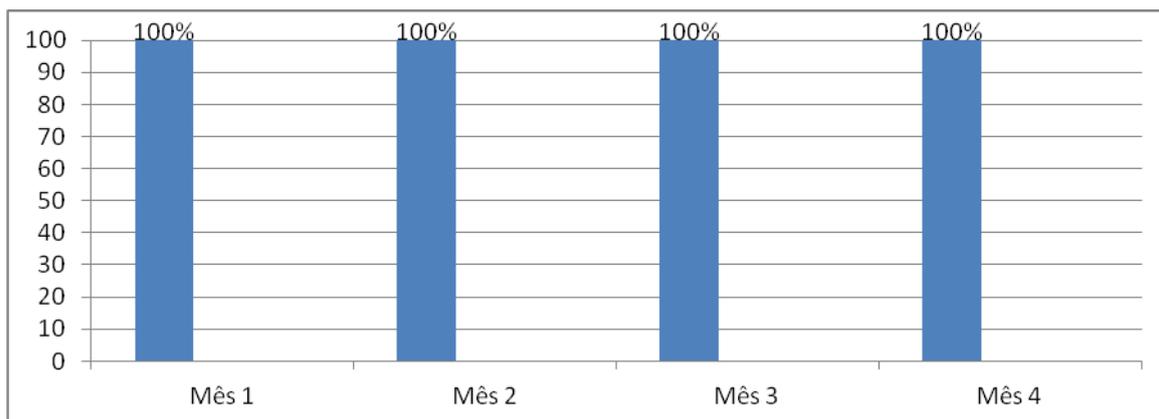


Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

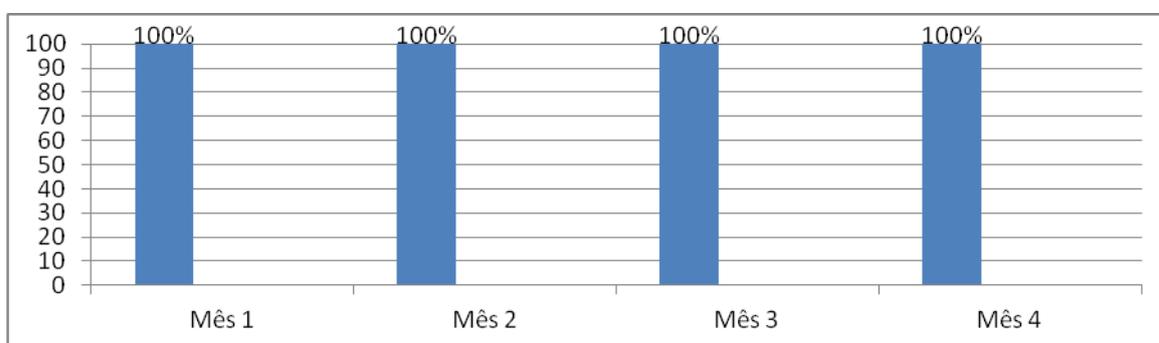


Figura 14 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Os valores positivos atingidos para este meta relacionam-se ao monitoramento das pessoas diabéticas e hipertensas com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Esse sucesso foi conseguido pela integração entre a equipe de saúde que trabalhou de forma unida, onde todos os profissionais comprometeram-se a realizar um trabalho preventivo e a avaliação clínica.

As avaliações odontológicas no primeiro mês de intervenção, para os hipertensos foi de 51 pacientes (100%), para os diabéticos 38 pacientes (100%). Esse percentual foi mantido durante todos os meses de intervenção chegando a totalidade de 181 pacientes hipertensos e 86 diabéticos (100%). Estes dados podem ser observados nas figuras abaixo:

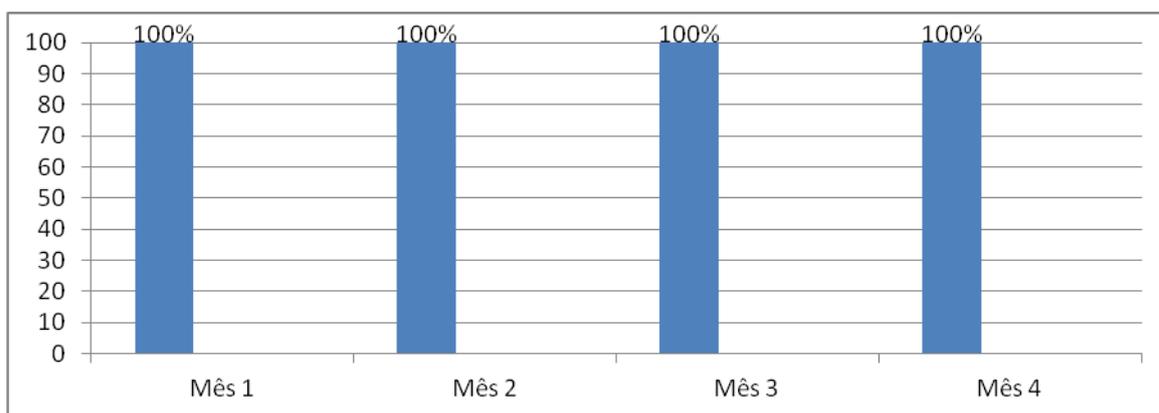


Figura 15 – Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

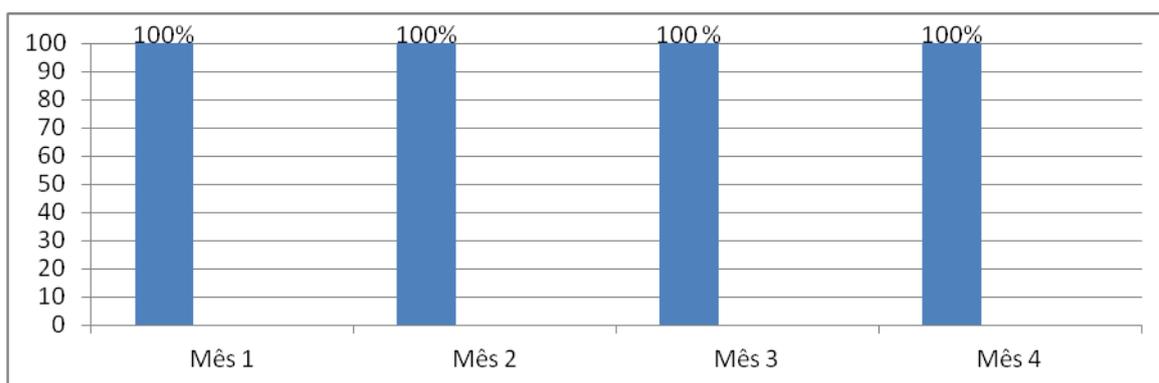


Figura 16 – Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

A integração da equipe de saúde, com a implementação da agenda compartilhada entre o médico, enfermeiro e dentista foi responsável pelo sucesso das ações e cumprimento da meta. No primeiro mês 51 hipertensos e 38 diabéticos receberam orientação nutricional, no quarto mês 181 hipertensos e 86

diabéticos foram instruídos a respeito de uma alimentação saudável totalizando em todos os meses um percentual de 100%. Estes dados podem ser observados nas figuras abaixo:

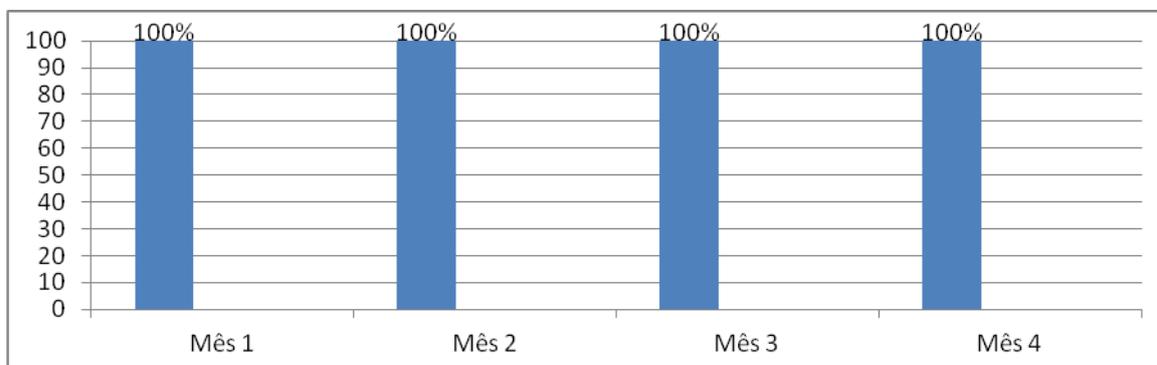


Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

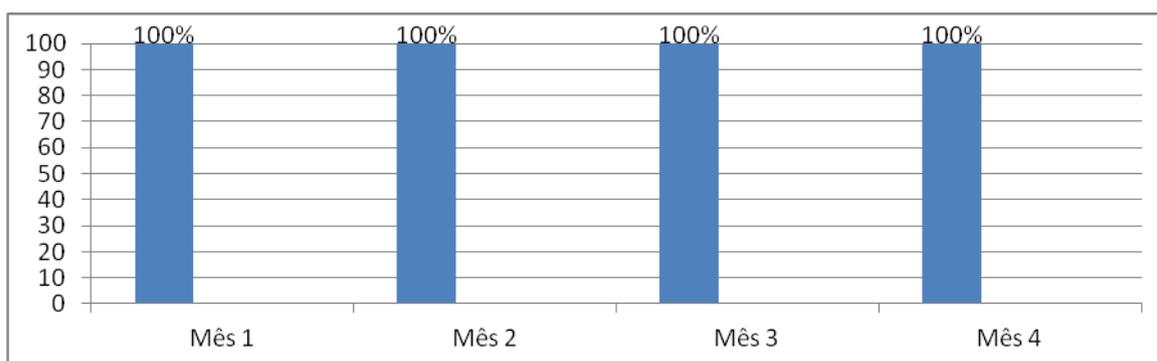


Figura 18 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Esse sucesso foi obtido através da integração na unidade de saúde com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família especialmente referente a nutricionista que compareceu no evento do café da manhã com os hipertensos e diabéticos na unidade de saúde e capacitou os agentes comunitários de saúde para promover orientações e sugestões de mudanças de dietas e hábitos alimentares.

Iniciamos a orientação sobre prática de atividade física regular com 51 pacientes hipertensos e 38 diabéticos orientados no primeiro mês (100%). Essa meta foi mantida ao longo dos quatro meses totalizando 181 hipertensos e 86 diabéticos. Estes dados podem ser observados conforme figura abaixo:

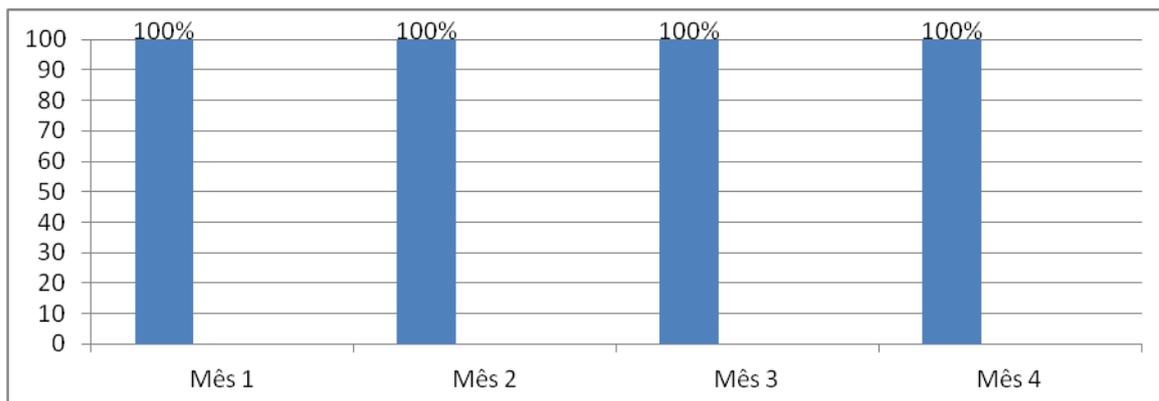


Figura 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

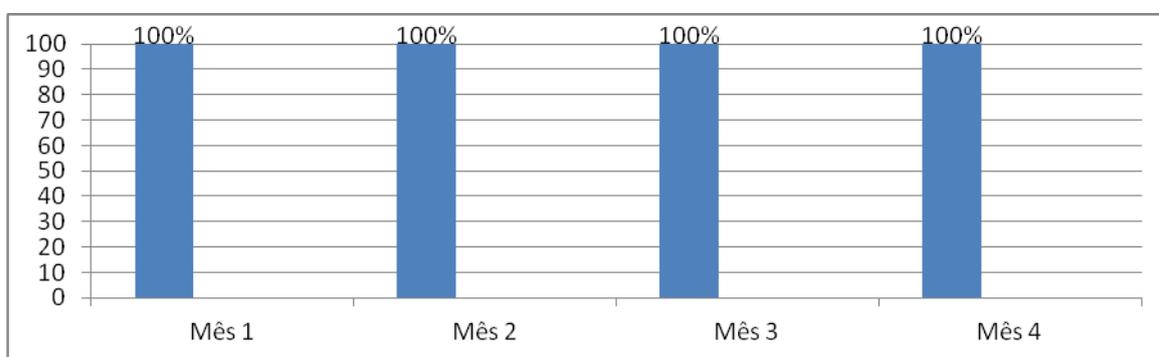


Figura 20 – Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

Avalia-se que muitas ações contribuíram com os percentuais positivos, mas destaca-se que o grupo de caminhada criado com os usuários diabéticos e hipertensos da comunidade manteve-se ativo durante toda a intervenção, contribuindo positivamente com os resultados. Cada ACS ficou responsável por organizar em sua área seu grupo de caminhada, desenvolvendo em paralelo, palestras e atividades educativas. Houve apoio do NASF nas atividades físicas adaptando a utilização de utensílios domésticos como vassouras na prática de alongamentos corporal, de sacos de feijão ou arroz para tonificação da musculatura dos braços e pernas, a adoção dessas medidas com a realidade encontrada tornou viável a realização e manutenção de nossa ação.

Em conjunto com todas as medidas de promoção a saúde, trabalhamos os riscos do tabagismo, no primeiro mês de intervenção trabalhamos com 51 (100%) hipertensos e 38 (100%) dos diabéticos. Os avanços são significativos e observados o percentual de 100% até ao final do processo de intervenção. Estes dados são demonstrados conforme figuras abaixo:

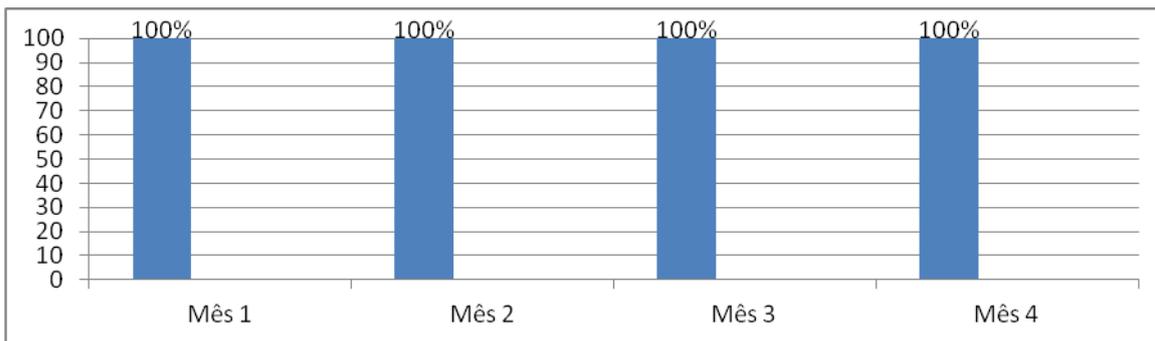


Figura 21 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

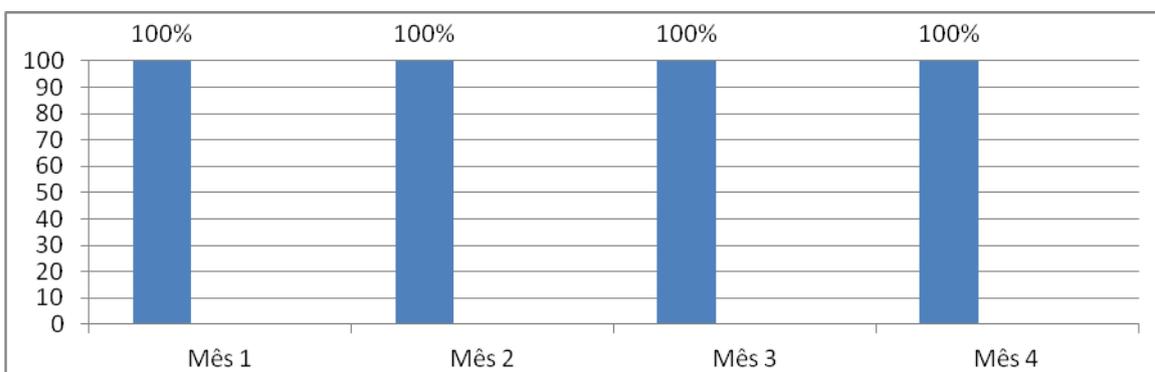


Figura 22 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, UFPEL, 2013

As ações de promoção a saúde foram desenvolvidas de forma conjunta com todos os membros da equipe. Houve capacitação da equipe e todos trabalharam informando os usuários e seus familiares através de palestras, salas de espera, reuniões com a comunidade em igrejas e nos atendimentos clínicos pelos profissionais.

A obtenção de todos esses dados, o cumprimento das metas é fruto do trabalho integrado entre todos os profissionais de saúde. Essa colaboração e união resultam o compromisso pela execução das ações. Observa-se que houve transformações na rotina, antes o atendimento era desorganizado sem protocolo. Ao longo dos meses, foi substituído por um atendimento agendado, integrado entre todos os profissionais de saúde. Ressalta-se que houve a descentralização do atendimento médico e fortalecemos a integração da saúde bucal e de outras áreas de forma geral.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, qualidade da atenção. A melhoria dos registros e o fortalecimento das ações educativas/ preventivas e de promoção à saúde contribuíram para o estabelecimento de uma nova relação e pactuação da equipe com a comunidade. Destaca-se que houve a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Também há destaque para as ações de orientação sobre tabagismo e complicações cardíacas que é uma realidade forte em nossa área.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitoramento e avaliação da hipertensão e diabetes. Foram organizadas reuniões periódicas com enfoque na problematização e discussão dos casos e as situações vivenciadas no processo de intervenção. A equipe aproximou da comunidade fortalecendo a relação da equipe com os usuários através dos ACS. Destaca-se que as ações promoveram o trabalho integrado da médica, da enfermeira, cirurgião-dentista, da auxiliar de enfermagem e da recepção, que trabalharam de forma unida e afinada, bem como, de todos os ACS.

Os ACS não apenas promoveram a intervenção como integraram todas as discussões em equipe, informando a realidade de cada microárea e ajudando a criar um roteiro específico de intervenção. É perceptível o entrosamento existente entre os membros da equipe, facilitando a identificação do perfil de cada usuário a ser visitado, sabendo previamente suas particularidades e realidade social e econômica.

Contamos com apoio da técnica de enfermagem, que além de suas atribuições, sempre solícita participou, do levantamento e rastreamento de todos os hipertensos e diabéticos faltosos na unidade, bem como, no controle de todas as medicações liberadas na unidade. Essa contribuição foi fundamental na melhora dos indicadores de exames clínicos e laboratoriais.

Outro membro decisivo em nosso processo de intervenção foi à trabalhadora dos serviços gerais que praticamente é a fundadora da unidade de saúde trabalhando na comunidade desde a abertura UBS. Essa profissional

sempre estava disposta a ajudar, atuando como articuladora na mobilização da comunidade para nossas reuniões e palestras.

Um diferencial nesse processo de intervenção foi à equipe de saúde, com integrantes dispostos e engajados com o trabalho a intervenção ocorreu de forma contínua a determinação das ações em conjunto com toda equipe de saúde fortaleceu ainda mais a união e responsabilidade de cada membro da equipe que não só trabalhou no processo como fez parte de sua criação.

As atividades educativas foram planejadas e executadas no intuito de explicar e consolidar a intervenção. Com o auxílio do ACS mobilizamos a comunidade de cada microárea para uma conversa informal, um bate papo fugindo do modelo tradicional de palestra e sala de espera. Alguns desses encontros eram feitos ao ar livre, em igrejas e nos espaços destinados a esportes na comunidade.

Uma atividade coletiva que teve destaque e bastante adesão foi o “Café da Manhã com os hipertensos e diabéticos” organizado e patrocinado por todos os membros da equipe ofertamos uma mesa de café da manhã, com sugestões e opções nutricionais para os diabéticos e hipertensos. Uma grata surpresa para as pessoas que rotineiramente eram recebidos com uma merenda algumas vezes inapropriada a dieta dos usuários, como biscoitos salgados e sucos adoçados. Essa pequena ação foi importante para manter a empolgação inicial nos pacientes, esse acolhimento humano, afetuoso, caseiro em nossa unidade foi fundamental para nosso sucesso.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica, gerando demora no atendimento pela extensa lista de espera para marcar consultas. Com a implementação das ações o primeiro passo foi integrar o atendimento entre os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, a agenda antes individualizada passou a serem conjunta sempre oferecendo ao usuário as três consultas no mesmo dia em uma única marcação.

Houve no processo de intervenção uma abordagem dos aspectos culturais da comunidade, a ideia de uma unidade de saúde hospitalocêntrica e curativista focada no profissional médico como única solução para o problema, foi aos poucos sendo substituída pela proposição de equipe multidisciplinar através de um processo de trabalho com todos os profissionais de saúde.

Destaca-se que o trabalho interdisciplinar ocorreu de forma espontânea, demonstrando que todos são aptos ao atendimento, que a saúde é um conjunto, assim a comunidade passou a aceitar a consulta com a enfermeira para uma avaliação prévia do quadro de saúde inicial, avaliando a necessidade de indicação ou não para consulta médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, pelo processo de agenda compartilhada, assim o mesmo usuário era atendido pelos três profissionais quando havia a necessidade no mesmo dia marcando apenas uma vez.

A melhoria do registro das informações nos prontuários, livros específicos e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Conseguimos diminuir as filas e apresentar uma nova visão de atendimento integrado e contínuo, sempre com marcação agendada sem filas. O usuário após a consulta já tinha seu retorno agendado previamente e para evitar as faltas os ACS tinham acesso ao agendamento, um dia antes da consulta lembrava do atendimento. Caso houvesse alguma indisponibilidade, a unidade era avisada para liberar a vaga na agenda.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento na unidade de saúde. A identificação do risco oportunizou a equipe reorganizar a atenção a medida que avaliou a necessidade de monitoramento periódico e de acesso prioritário nos atendimentos de urgência. Também houve garantia de acesso aos atendimentos de maior complexidade, assim todos os usuários que procuraram a unidade saíram com o atendimento realizado de acordo com a necessidade especificada pela condição de saúde dos hipertensos e diabéticos.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade nota-se a mudança de costumes, pois com a marcação das consultas as filas acabaram. O controle das consultas ficou regular e sem filas. A regularidade na retirada dos medicamentos foi melhorada, os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. As atividades de sala de espera foram bem recebidas pela comunidade sendo um espaço que trabalhamos temas rápidos dentro de nosso processo de intervenção, assim retiramos a visão de uma sala de espera longa cansativa. Com as palestras e orientações os outros membros da

comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, passaram a contribuir com nosso processo de intervenção.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, acredita-se que possuem hipertensos e diabéticos que ainda não tiveram sua doença diagnóstica. Esse fato relaciona-se as características das patologias que são assintomáticas ou apresentam sintomas amenos. Neste sentido há a necessidade de implementar a busca ativa de pessoas com risco de desenvolver as patologias e ampla divulgação da comunidade discriminando o conhecimento.

Com o resultado obtido na intervenção de quase 80% de hipertensos cadastrados, avalia-se positivamente a cobertura obtida, ao tempo em que se acredita a necessidade de manter o foco na identificação de diabéticos mesmo atingindo 100% da meta proposta. Encontramos dificuldades na estrutura física da unidade de saúde especialmente relacionadas ao acesso dos usuários como recepção, sala de espera e consultórios pequenos e adaptados, além da falta de fichas de arquivo para prontuários, armário para armazenar o fichário, sala própria para o acolhimento e de reunião.

Durante a intervenção não houve alteração da estrutura física e as limitações dos materiais e equipamentos não foram superadas mesmo sendo formalizadas as solicitações para a gestão. Destaca-se que estas limitações não comprometeram os resultados da intervenção, pois a equipe teve habilidade para organizar as atividades na unidade de saúde mantendo os atendimentos na unidade regularmente e para as atividades coletivas foram utilizados espaços na comunidade, pois contamos também com o apoio das lideranças locais que colaboram de forma significativa.

Através das reuniões nos centros comunitários, igrejas e espaços públicos a comunidade recebeu positivamente o processo de intervenção. Houve conscientização dos usuários de seu papel como agentes fiscalizadores da qualidade do processo de trabalho na unidade, além de avançar na aceitação de nossas novas medidas. Houve o estabelecimento de um canal de comunicação aberto e atuante entre a comunidade e a equipe.

Com a avaliação da intervenção, podem-se observar os resultados favoráveis. Acredita-se que a integração da equipe foi capaz de superar as dificuldades e a união esteve presente durante todo o desenvolvimento da intervenção e foi decisiva para incorporamos a intervenção a rotina do serviço.

Com a intervenção incorporada à rotina do serviço, há a necessidade de ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação ao acompanhamento na unidade de saúde principalmente na atenção dos hipertensos e diabéticos de forma a reconhecer os fatores de risco e sintomatologia das doenças. Para ampliar o acesso às orientações, a equipe irá intensificar as atividades de educação popular. Há a necessidade de discutir com a comunidade a importância dos atendimentos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

A unidade de saúde teve muito sucesso em escolher o foco da intervenção, pois boa parte das necessidades de saúde relaciona-se ao grupo do HIPERDIA, porém a sistematização do cuidado não era realizado pela equipe e a comunidade não tinha conhecimento do acompanhamento necessário para monitoramento dessas patologias.

Pode-se afirmar que a equipe avançou na organização da atenção tendo em vista que desenvolveu concomitante a intervenção no foco da saúde da criança. A sistematização da puericultura foi coordenada pela enfermeira Fabiana Sampaio Soares que de forma integrada trabalhou o atendimento as crianças, sempre com a parceria com toda a equipe. Por fim, estes dois projetos têm sido instrumentos de fortalecimento e motivação para que novas ações sistematizadas em outras áreas como programa de pré-natal na UBS.

4.3 Relatório da Intervenção para gestores

Em 2010, surge Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação, que tem como objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social. Dentro desse contexto, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

O curso de especialização vem proporcionar ao trabalhador e agora aluno do curso a realização de uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em

que trabalha, proporcionando a esse conhecimento das necessidades da unidade e conteúdos relacionados aos temas da atenção básica.

Trabalho na UBS de Gravito e a realização do curso foi uma oportunidade de qualificação e de acesso a educação permanente enquanto odontólogo. Visando realizar o relato das ações desenvolvidas, sistematizei este relatório que tem como objetivo apresentar a implementação do Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção a saúde do hipertenso e diabético”.

O trabalho iniciou com a realização da análise situacional quando se identificou a baixa adesão dos usuários hipertensos e diabéticos as consultas do Programa de HIPERDIA. Diante disso, o objetivo geral do projeto foi melhorar a atenção a saúde do hipertenso e diabético da USF de Gravito, Catu/BA.

Para desenvolvimento do projeto, ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

A intervenção ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2013 e janeiro de 2014. No início da intervenção foram realizados levantamentos do quantitativo de pessoas com hipertensão e diabetes da área e dos prontuários das mesmas para realização da atualização cadastral e de acompanhamento, mostrando que grande parte dos usuários estavam cadastradas na unidade de saúde, mas não frequentavam conforme preconização.

A capacitação sobre os cuidados com os pacientes hipertensos e diabéticos com a equipe foi importante para a melhoria do processo de trabalho e organização do fluxo de atendimento, contribuindo também para um maior conhecimento a cerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos ACS no acompanhamento do grupo.

Com o objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos na unidade, foram realizadas palestras nas cinco microáreas da unidade, momento em que foi abordado o tema da hipertensão e diabetes e sua importância. Também foi orientada sobre a necessidade do comparecimento a unidade, nessa roda de conversa também foi explicado o fluxo de atendimento que foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória.

Destaca-se que houve melhoria dos indicadores de cobertura do programa de atenção ao hipertenso chegando a 79,5% de cobertura e 100% para os

diabéticos, proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde de 2006, foi de 63,0% e 59,3% respectivamente . A proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento também melhorou consideravelmente chegando a 100% para hipertensos e diabéticos, e a equipe avançou na estratificação de risco cardiovascular 100% para hipertensos e diabéticos, 100% da proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica, bem como orientação sobre prática de atividade física regular riscos do tabagismo com valores de 100% em todos os quatro meses de intervenção.

A partir da qualificação profissional, as consultas do HIPERDIA se tornaram mais dinâmicas e passaram a oferecer ao usuário uma completa avaliação do seu quadro e desenvolvimento, como também orientações e encaminhamentos necessários, fortalecemos a importância da dieta e pratica regular de atividade física.

A integração entre todos os membros da equipe de saúde e funcionários da unidade foi papel decisivo no sucesso e implantação das ações, entretanto o vínculo precário em regime de contratos temporários e sem qualquer garantias trabalhistas dos profissionais de nível superior levam ao longo tempo uma degradação das ações implantadas pela não continuidade ou desmotivação profissional.

Na consolidação de um processo de intervenção não basta o fator humano para sua continuidade, fatores físicos como estrutura, materiais de consumo e equipamentos são a base para sedimentar todo trabalho, trabalhar em salas precárias sem condicionamento térmico, sem local apropriado para realizar as refeições, reuniões em equipe corroboram para deterioração do animo e entusiasmo dos profissionais, que sustentam o processo de trabalho apenas no reconhecimento da comunidade.

Por isso, é necessário que a gestão fortaleça as iniciativas que tiveram o início na unidade, estabelecendo e garantindo uma rotina de supervisão das atividades, compartilhando com a equipe essa responsabilidade, garantindo atendimento de qualidade para a demanda da população para que essa seja a primeira intervenção na unidade.

4.4 Relatórios da Intervenção para comunidade

Em conjunto com toda equipe de saúde do Gravito, iniciamos a intervenção na unidade básica de saúde, como objetivo a melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético, através das consultas para os hipertensos e diabéticos por todos os profissionais de saúde. Foi estabelecido o fluxo no atendimento com a realização de consulta com a enfermeira e o dentista e se necessário já é encaminhada para a médica da unidade e para os procedimentos.

Para melhorar a qualidade da atenção prestada a equipe buscou captar o maior número de pessoas com hipertensão e diabetes, além de visitar as pessoas que não estavam comparecendo aos atendimentos conforme o preconizado tanto para as consultas como com exames atrasados.

Os atendimentos individuais na unidade foram importantes, pois avaliaram e monitoram o desenvolvimento e evolução das doenças seja ela a diabetes ou hipertensão. Todas as pessoas foram avaliadas adequadamente quanto ao peso, glicemia, pressão arterial, risco cardiovascular, dentre outros. Na unidade também, o profissional dentista avalia os hipertensos e diabéticos para risco para a saúde bucal e realiza os procedimentos necessários, com a integração entres os profissionais foi possível adequar o meio bucal bem como a saúde por um todo dos pacientes.

Como resultado de nossa intervenção conseguimos aumentar o número de pessoas acompanhadas pela equipe de saúde com hipertensos em 79,7% e diabéticos 100% nos quatro meses de intervenção. Houve melhoria na qualidade do atendimento promovendo uma melhoria nos indicadores como risco e de gravidade para doenças cardiovasculares, a proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento também melhorou consideravelmente chegando a 100% para hipertensos e diabéticos, e a equipe avançou na estratificação de risco cardiovascular 100% para hipertensos e diabéticos, 100% da proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica, bem como orientação sobre prática de atividade física regular riscos do tabagismo com valores de 100% em todos os quatro meses de intervenção.

Também foram realizadas orientação contra o álcool, saúde bucal e na prescrição, melhorias essas sentidas pelos usuários do sistema de saúde na rotina de atendimento da unidade.

Houve investimento importante da equipe nas orientações como a alimentação correta para a faixa etária, a higiene bucal e os hábitos de atividade física, os profissionais também avaliam e monitoram a liberação das medicações.

Foi possível notar que a comunidade apoiou a intervenção, pois participaram das palestras e começaram a procurar mais a unidade de saúde para realizar as consultas e procedimentos. É importante também relatar que a intervenção não acabou, pois ela foi incorporada ao dia a dia da unidade e vai continuar a os pacientes do hiperdia com a mesma qualidade e tentando a cada dia aperfeiçoar o programa, mesmo com as condições precárias de vínculo empregatício a semente da boa promoção de saúde esta plantada em nossa unidade, no aguardo da germinação e frutificação das ações.

O termo equipe, nunca foi tão bem retratado como em nosso processo de intervenção, podendo até substituída por sinônimos como família e grupo, pois a atuação no decorrer dos trabalhos foi respectivamente essa uma família que apoia, motiva, ajuda, colabora, participa se indigna quando um pedido ao gestor publico é negado e mesmo assim não desiste e propõem através da união a realização de suas ações e concretização não mais de um projeto de intervenção mais sim de um sonho de melhoria da saúde de sua comunidade. A esperança, que essa enxurrada de otimismo, coragem, determinação e companheirismo vista em nossa unidade não se esvaia com o tempo, sendo corroída pelas promessas de melhoras muitas vezes tardias é o único adubo que encontramos para germinar a semente que aqui plantamos.

Sendo assim, a comunidade passa a ganhar mais qualidade do atendimento, sendo esse otimizado e buscando olhar para os diabéticos e hipertensos como um todo dentro da comunidade.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Muitas vezes o estabelecimento de um conceito prévio pode conduzir o observador ao caminho tortuoso. O ensino a distância rompeu a barreira do pré-conceito mostrando na prática a aprendizagem do conhecimento não pode ficar preso a uma estrutura física com regime regular de aula e presença, mas pode romper os limites de uma sala de aula e oportunizar aprendizagens, através de metodologia participativa e atuante o saber é colocado em prática sedimentando o conhecimento adquirido.

A identificação de uma situação real, adoção de práticas reais eleva a responsabilidade no processo de aprendizagem, transformando o conhecimento literário em agente transformador da realidade de uma comunidade. A melhor sensação é a observação da mudança de uma filosofia de trabalho através de uma intervenção conjunta do conhecimento e pratica.

O trabalho integrado entre os profissionais de nível superior, profissionais de nível técnico e agentes comunitários de saúde torna a concretização da intervenção uma realidade, uma prática que quando bem inserida na realidade de uma comunidade transforma em uma rotina, essa união é estabelecida através de um parceria de todos tem que ter disposição de mudança e aprendizado.

A materialização dos resultados é a prova do conjunto de ideias e medidas discutidas e debatidas em conjunto com todos os membros da equipe, gráficos e percentuais transportam para os números uma parte do trabalho realizado, pois a razão e lógica dos números não são capazes de demonstrar as emoções vividas durante o processo de trabalho, os olhares, agradecimentos, as mudanças de hábitos e qualidade de vida presenciadas em nossa rotina não são simplesmente visualizadas nos gráficos e sim na mente de todos que ajudaram e contribuíram para conclusão do nosso trabalho.

A qualificação profissional através da especialização em unidades foi um fator importante no amadurecimento no processo de intervenção, partindo da análise situacional o conhecimento de fatores básicos foi dando corpo e embasamento teórico para o trabalho.

Ao iniciar à análise estratégica houve a determinação dos objetivos, metas e ações partindo-se para a intervenção propriamente dita com a realização das ações nos quatro eixos pedagógicos. A coleta dos dados manteve-se durante toda a intervenção de forma que o monitoramento foi e desenhando o trabalho da equipe de saúde, descrita em nossos diários compartilhados tanto em nosso trabalho quanto em nossa equipe, bem como os elogios feitos pela nossa orientadora recebidos e compartilhados com a equipe.

Na intervenção podemos observar a evolução mês a mês, dos resultados das ações. Considero que esta aprendizagem foi significativa pois possibilitou monitorar os resultados e buscar alternativa de superação das dificuldades, tornando concreta as ideias, ações, objetivos acompanhar a evolução e maturação, para chegarmos na consolidação e análise da intervenção, verificar nossos resultados analisar o desempenho do trabalho realizado. A distribuição do curso em unidade de aprendizagem tornou o trabalho mais leve, facilitou a elaboração final, pois bastou unir como um as partes para termos nosso resultado final.

O incondicional apoio dos orientadores levou a um aprimoramento e amadurecimento das ações, a implementação de cada eixo se deu de forma gradativa e acompanhada ao logo da intervenção. De forma simples e didática podemos abordar temas de saúde pública de forma clara e estabelecer objetivos reais e alcançáveis para a realidade da comunidade.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 15 e 16).

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: resultados Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/default.shtm > Acesso em: 10 Abr. 2014

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2009**. Disponível em: <http://portalsaude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm> > Acesso em: 12 Mai. 2014

ANEXOS

Anexo 1- PLANILHA OMIA

	A	B	C	D	E	F	G
1	Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.						
2	Eixos						
3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
4	1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou 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	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. <u>Numerador:</u> 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. <u>Denominador:</u> Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.	• Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	• Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. • Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.	• 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.	• Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
5		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.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. <u>Numerador:</u> 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. <u>Denominador:</u> Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.	• Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	• Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. • Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.	Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.	• Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
6	2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa	2.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	2.1. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo. <u>Numerador:</u> Número de hipertensos faltosos à consulta médica. <u>Denominador:</u> Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos • Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.	• 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.	• Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
7		2.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	2.2. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo. <u>Numerador:</u> Número de hipertensos faltosos à consulta médica. <u>Denominador:</u> Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos • Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.	• Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. • Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). • Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	• Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hiperten e/ou diabético realizado na unidade de saúde

8

9

11	3.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	3.3. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. <u>Numerador:</u> Número total de diabéticos com exame complementar em dia. <u>Denominador:</u> Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde. • Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. • Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
12	3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	3.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. <u>Numerador:</u> Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. <u>Denominador:</u> Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. • Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. • Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
13	3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	3.5. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. <u>Numerador:</u> Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. <u>Denominador:</u> Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. • Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes. • Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

14	<p>4. Melhorar o registro das informações</p>	<p>4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<p>4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. <u>Numerador:</u> Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. <u>Denominador:</u> Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. • Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
15		<p>4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<p>4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. <u>Numerador:</u> Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. <u>Denominador:</u> Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. • Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
16	<p>5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular</p>	<p>5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<p>5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. <u>Numerador:</u> Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. <u>Denominador:</u> Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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). 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

17	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. <u>Numerador:</u> Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. <u>Denominador:</u> Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.	• Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	• 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).	• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
18	6. Promoção da saúde 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.	6.1. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica. <u>Numerador:</u> Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica. <u>Denominador:</u> Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.	• Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. • Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. • Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.	• Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. • Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.	• Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
19	6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.	6.2. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. <u>Numerador:</u> Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica. <u>Denominador:</u> Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.	• Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. • Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. • Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.	• Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. • Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.	• Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
20	6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. <u>Numerador:</u> Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. <u>Denominador:</u> Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.	• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.	• Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.	• 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.
21	6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. <u>Numerador:</u> Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. <u>Denominador:</u> Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos	• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.	• Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.	• 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.
22	6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular. <u>Numerador:</u> Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. <u>Denominador:</u> Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.	• Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.	• Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.	• 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.

24	<p>6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.</p>	<p>6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. <u>Numerador:</u> Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. <u>Denominador:</u> Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
25	<p>6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.</p>	<p>6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. <u>Numerador:</u> Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. <u>Denominador:</u> Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

ANEXOS –
Anexo 3 Planilha Coleta de Dados

Anexo 5- Comitê de Ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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.

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