

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MELHORIA DA ATENÇÃO AO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS, NA
UBS ORLANDO MARTHA, MANACAPURU/AM.**

ANDREA RODRIGUES LIMA

MANAUS, 2015

ANDREA RODRIGUES LIMA

Melhoria da Atenção ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Orlando Martha, Manacapuru/AM.

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Jandro Moraes Cortes

MANAUS, 2015

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

L732m Lima, Andrea Rodrigues

Melhoria da Atenção ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Orlando Martha, Manacapuru/AM. / Andrea Rodrigues Lima; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Francisco Bentes Lima e Alcinete Reis Rodrigues, meu avô, meus irmãos e amigos, que com carinho me apoiaram nos momentos mais difíceis, dedico os méritos desta especialização.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Francisco Bentes, por ser meu herói e meu maior exemplo na vida.

A minha mãe Alcinete Reis, pela força e dedicação dada a mim em todos os momentos.

Aos meus irmãos Francinete, André e Caroline por me ajudarem de alguma forma quando precisei.

Aos meus amigos queridos pelos momentos de descontração que são fundamentais nas horas de desequilíbrio.

Ao meu orientador Jandro Moraes, pelo empenho, disponibilidade e atenção na orientação deste trabalho.

Aos amigos e companheiros de trabalho da UBS Orlando Martha que ajudaram no meu crescimento profissional compartilhando comigo seus conhecimentos e também pelo auxílio prestado na execução deste trabalho.

A Banca examinadora por dedicarem um tempo à exposição deste trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente me apóiam e torcem pelo meu sucesso.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e da persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e quem vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.....	48
Figura 2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.....	48
Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia.....	49
Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia.....	49
Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia.....	50
Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia.....	50
Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição da Farmácia Popular.....	51
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição da Farmácia Popular.....	52
Figura 9: Proporção de hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.....	53
Figura 10: Proporção de diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.....	53
Figura 11: Proporção de pacientes hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	54
Figura 12: Proporção de pacientes diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	54
Figura 13: Proporção de hipertensos com registro na ficha de acompanhamento.....	55
Figura 14: Proporção de diabéticos com registro na ficha de acompanhamento.....	55
Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular.....	56
Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular.....	56
Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional.....	57
Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional.....	57
Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre atividade física.....	58
Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre atividade física.....	58
Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre tabagismo.....	59
Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre tabagismo.....	59
Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal.....	60
Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente comunitário de saúde

CAPS AD: Centro de atenção psicossocial álcool e drogas

DST: Doença sexualmente transmissível

DML: Depósito de material de limpeza

ELISA: Enzyme-linked immunosorbent assay

ESF: Equipe de saúde da família

FCECON: Fundação centro de controle de oncologia

Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Km: Quilômetro

NAGEV: Núcleo de apoio ao grupo Esperança Vida

NASF: Núcleo de apoio à saúde da família

SispreNatal: Sistema de acompanhamento do programa Pré-Natal e Nascimento

SISREG: Sistema de regulação

SUS: Sistema único de saúde

TCC: Trabalho de conclusão do curso

THD: Técnico de higiene dental

UBS: Unidade básica de saúde

UFPeI: Universidade Federal de Pelotas

Sumário

RESUMO	10
APRESENTAÇÃO	11
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e Metas	23
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Ações.....	26
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística.....	34
2.3.4 Cronograma.....	36
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	40
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	65
4.3 Relatório da Intervenção aos Gestores.....	68
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade	70
5. Reflexão sobre processo de Aprendizagem.....	73
6. BIBLIOGRAFIA.....	75
Anexo A.....	77
Anexo B.....	78
Anexo C	79
Apêndice A	80

RESUMO

LIMA, Andrea R. **Melhoria da Atenção ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Orlando Martha, Manacapuru/AM.** 2015. 79 f.: il. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam um dos principais fatores de risco para este agravamento. Assim, o objetivo principal da intervenção foi ampliar a cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com meta de atingir 45% de cobertura aos hipertensos (353) e 50% aos diabéticos (97), e conferir qualidade ao atendimento prestado aos mesmos. A análise situacional deste programa na UBS Orlando Martha evidenciou, por meio do caderno de ações programáticas, cobertura de 17% hipertensos (134) e 47,4% diabéticos (92), assim como ausência de um registro específico e rotina de cuidados preventivos e de promoção à saúde. Este projeto foi estruturado para ser realizado no período de 03 meses, de agosto a outubro de 2014. Utilizou-se como protocolo para atendimento destes pacientes os Cadernos de Atenção Básica N^o36 e N^o37, Ministério da Saúde, 2013. Ao final da intervenção foram atendidos 219 hipertensos e 126 diabéticos, cobertura de 28% dos hipertensos e 64% dos diabéticos. Todos (100%) receberam orientações sobre hábitos saudáveis e foram estratificados quanto ao risco cardiovascular. Criou-se sistema de registro pela adoção de ficha espelho para 100% dos pacientes. Portanto, a meta de cobertura dos pacientes diabéticos foi alcançada, entre os hipertensos manteve-se abaixo da meta. A intervenção gerou mudanças positivas, qualificação no registro, adoção de rotina de orientações em sala de espera, envolvimento da equipe no conhecimento e solução da problemática, fortalecendo o trabalho como grupo, sendo todos igualmente responsáveis por buscar melhorias ao serviço prestado e à comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

APRESENTAÇÃO

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), da Especialização em Saúde da Família, modalidade Educação à Distância (EAD), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Rio Grande do Sul.

Ele foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Orlando Martha que fica na periferia de Manacapuru e conta com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. Atualmente a unidade assiste uma população de 5174 habitantes.

Diversas atividades foram desenvolvidas, buscando a estruturação do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS Orlando Martha. Portanto, o documento trata da melhoria na Atenção a esse grupo de usuários.

A escolha por esse programa aconteceu em virtude de uma fragilidade observada na UBS, pela sua baixa cobertura, ausência de um programa de promoção à saúde nesse sentido, assim como pelos registros precários do programa.

O início das ações foi através de uma Análise Situacional, momento no qual foi realizado um levantamento de informações da UBS, da equipe de saúde e da dinâmica de trabalho como um todo.

Depois disso, partiu-se para a Análise Estratégica, quando se estabeleceram o objetivo geral, ou seja, o foco da intervenção, além dos objetivos específicos, as metas e ações a serem executadas.

Na sequência, veio a etapa da Intervenção. Nela implementou-se o projeto durante três meses, desenvolvendo as ações que foram planejadas na Análise Estratégica. Foram atendidos 219 hipertensos e 126 diabéticos.

Por fim, chegou o tempo da Avaliação. Reuniram-se todas as informações coletadas até então, calcularam-se indicadores, julgaram-se dados e números, avaliando o resultado alcançado em relação aos objetivos e metas.

A seguir, será apresentada em detalhes cada etapa do trabalho, onde se conhecerá o processo de construção dessa Especialização em Saúde da Família.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 O município de Manacapuru/Amazonas, no qual estou atuando, integra a região metropolitana de Manaus, distando cerca de 84Km da mesma. O acesso ao município é feito por via terrestre e fluvial. Com uma população de pouco mais de 90.000 habitantes (IBGE, 2014, está entre os mais populosos do estado do Amazonas. A unidade de saúde em que fui alocada, Unidade Básica de Saúde Orlando Martha, fica na periferia da cidade, a população adstrita apresenta como algumas características: ser de baixa renda; com alto índice de violência; elevada taxa de natalidade, principalmente entre jovens menores de idade.

A UBS Orlando Martha possui uma estrutura adequada, com sala de espera e recepção funcionando em um mesmo cômodo, a área é climatizada e possui espaço suficiente para a acomodação dos pacientes. Conta também com três consultórios climatizados, para atendimento médico, de enfermagem e odontológico; uma sala de procedimentos (curativos, entre outros); sala de vacinação; copa/cozinha; banheiros para funcionário e para pacientes. Não possui uma farmácia, os medicamentos são estocados em um armário que fica na recepção, e as medicações de uso intramuscular ou intravenoso são mantidas na sala de procedimentos.

No quadro de profissionais há uma médica, duas enfermeiras, uma odontóloga, uma assistente de consultório odontológico, três técnicos de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde (ACS). Conta ainda com profissionais do NASF, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e educadora física.

O atendimento odontológico não está sendo realizado na unidade por problemas com os materiais técnicos, basicamente falta de manutenção. As enfermeiras são responsáveis pela gestão da UBS e também realizam consultas em

demanda livre, pré-natal e coleta de exame colpocitológico. Os agentes comunitários de saúde são distribuídos na área adstrita, sendo cada profissional responsável por um determinado número de famílias. Realizam visitas domiciliares diariamente e atuam como articuladores entre a unidade de saúde e a comunidade. Ajudam na organização das visitas domiciliares dos demais profissionais de saúde, pois detectam os usuários/famílias que necessitam de atendimento domiciliar e a partir disso os profissionais são deslocados para determinada área. Os ACS tem um contato muito próximo com a comunidade, durante as visitas noto a relação de amizade entre estes e os moradores. Por esse motivo sempre solicito que o agente comunitário me apresente quando chego a alguma residência, para então iniciar o atendimento, que prefiro levar de uma maneira mais informal. E percebo a satisfação das pessoas em receber as visitas; e considero as visitas domiciliares parte fundamental da atenção básica, pois nos permite entrar nas casas dos usuários e conhecer a sua realidade.

Portanto, a unidade de saúde onde fui alocada conta com uma estrutura simples, porém com ótimos profissionais que mostram empenho em realizar suas atividades; uma população carente que necessita ter o conhecimento do seu potencial como agentes modificadores da saúde. Mas a realidade é que até nós, profissionais da saúde, ainda estamos no processo de aprendizagem sobre nosso real papel no engajamento público em prol da saúde.

1.2 Até o presente momento são 5174 pessoas cadastradas na UBS Orlando Martha que trabalha com apenas uma equipe de saúde da família (ESF), número que já ultrapassa em 30% o máximo preconizado pelo Ministério da Saúde para cada equipe.

A análise dos questionários apontou inadequações básicas como piso liso em todas as áreas da unidade, ideal seria piso antiderrapante para diminuir o risco de quedas; somado a isso falta a instalação de corrimão para auxiliar a deambulação dos usuários idosos. No que concerne aos portadores de deficiência física o acesso à unidade é feito por meio de rampas, contudo a mesma não possui banheiro para deficientes e as porta dos consultórios dificultam a entrada de cadeiras de roda. O acúmulo de serviços em um mesmo setor que ocorre na recepção da unidade, pois no local ocorre o agendamento de consultas, triagem dos pacientes, acolhimento e ainda funciona como sala de espera. Outra deficiência na unidade é a ausência de um

expurgo. O lixo contaminado é recolhido separadamente do lixo não contaminado, entretanto não há um espaço adequado para a acomodação do lixo contaminado que só é recolhido uma vez na semana por uma empresa privada.

O Anexo I da Portaria nº2488 de 21 de outubro de 2011 dispõe sobre a organização da atenção básica, estrutura mínima necessária e atribuição de cada profissional que compõe a equipe de saúde na família, de uma forma geral. A UBS Orlando Martha como foi mencionando anteriormente possui apenas uma equipe de saúde e nas adjacências da mesma cresce a cada dia o número de “invasões”, o que compromete a abrangência da população, uma vez que aumenta o número de usuários, sem, contudo, aumentar a quantidade de equipes de saúde responsável pela área. Por tal razão, faz-se mister o mapeamento regular da área e territorialização. Tal função fica a cargo das enfermeiras e agentes comunitários de saúde da unidade. Sendo estes últimos responsáveis, também, pela identificação de grupos/famílias em situação de risco.

Para atender a alta demanda da UBS são prestados serviços nos consultórios e domicílios, e através de ações coletivas em escolas e em igrejas. Na unidade além das consultas realizadas através de agendamento prévio, há atendimento para pequenas urgências, tais atendimentos ficam a cargo do médico, somente quando este não se faz presente na unidade é que os mesmos são encaminhados para a enfermeira ou para o Hospital do Município.

O atendimento domiciliar é feito pelo médico, enfermeiras, odontólogo e nutricionista, sempre direcionados às residências pelos agentes comunitários de saúde. As visitas costumam ser realizadas por cada profissional individualmente, não é comum um grupo de profissionais ser direcionado a um determinado domicílio. Não há busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas. Tem-se uma meta/um número a ser alcançado de consultas para determinada ação programática; e noto um esforço para atingir a meta, mas não necessariamente uma busca por determinados usuários faltosos. Para planejar/organizar as atividades a serem realizadas pela equipe são realizadas reuniões com todos os profissionais, mas estas não possuem uma periodicidade específica.

Na UBS Orlando Martha não há um espaço para realizar o acolhimento dos usuários. Este se dá na recepção, nos consultórios médicos, odontológicos e de

enfermagem; e é realizado por todos os profissionais que atuam na unidade. Na unidade é predominante a ideia do médico como o foco para atendimento da demanda livre espontânea o que gera uma sobrecarga de trabalho. Os usuários, talvez pela falta de informação, chegam à unidade solicitando consulta com médico, e não há uma triagem para avaliar o que realmente precisa ser atendido com o médico e o que pode ser resolvido com a equipe de enfermagem

Abaixo serão descritos os programas que funcionam na unidade.

O atendimento de puericultura ocorre duas vezes na semana e é realizado pelas enfermeiras e médica. O agendamento é feito no dia anterior à consulta e não é possível deixar um retorno agendado o que dificulta a avaliação do crescimento/desenvolvimento, uma vez que os responsáveis costumam levar as crianças à unidade apenas quando estas apresentam sintomas clínicos.

A cobertura atual da puericultura na área da UBS Orlando Martha é de 46%, denotando atenção inadequada a esta faixa etária. Os indicadores de qualidade foram estimados, uma vez que não há uma forma de registro na unidade que permita a avaliação prática da puericultura. Os indicadores apontam que 100% das crianças estão com a consulta em dia, realizaram teste do pezinho, foram avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento e também receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo. Apenas 36% estão com as vacinas em dia. Triagem auditiva não é rotina no município, portanto não há como fazer estimativas neste quesito.

Nenhum protocolo de seguimento é utilizado para o atendimento de puericultura e o registro é feito apenas nos prontuários e estes são armazenados junto com os demais pacientes, não há uma divisão ou espaço para armazenar apenas os prontuários de puericultura. Durante a consulta médica são passadas informações sobre higiene, alimentação e os pacientes são plotados nas curvas de crescimento. Para as crianças maiores de seis meses e menores de dois anos está sendo iniciada a profilaxia de anemia com sulfato ferroso que estava negligenciada.

Em relação ao Pré-Natal, na área de abrangência da unidade básica Orlando Martha, no momento, estão registradas 56 gestantes, perfazendo uma cobertura de 69% da população alvo estimada. Deste percentual somente 48% está em dia com as consultas e tiveram os exames complementares solicitados na primeira consulta; este

é o mesmo percentual de gestantes que estão em uso de sulfato ferroso e vacina contra hepatite B e antitetânica atualizadas. Apenas 38% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

O pré-natal é realizado na unidade pelas enfermeiras e pela médica. O protocolo do Ministério da Saúde é utilizado como base para o atendimento. Os dados do pré-natal são utilizados para fomentar o Sistema de Informações Sobre o Pré-Natal (SISPré-natal). E estes registros servem como base para produção dos relatórios mensais sobre o programa, visando avaliar os indicadores de qualidade.

Porém, os indicadores de qualidade deixam claro que a despeito de já ser seguido um protocolo de atendimento ao pré-natal muito ainda precisa ser corrigido para garantir uma assistência de qualidade que possa de fato contribuir para a diminuição dos índices de mortalidade neonatal, especialmente neonatal precoce. São realizados grupos de palestras sobre diferentes temas com as gestantes, contudo estes não tem uma regularidade, evidenciando outra deficiência na organização do programa na unidade.

No Programa de Prevenção ao Câncer de Colo do útero, atualmente, são 1311 mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos cadastradas na unidade, totalizando uma cobertura de 100% da população alvo. Porém apenas 197 destas encontram-se com exame colpocitológico em dia. Perfazendo uma cobertura de 17% da população exposta. Por conseguinte, nota-se uma importante falha na abrangência do programa de rastreamento. Dentro da pequena parcela de usuárias em dia com o rastreamento de câncer de colo de útero os indicadores foram satisfatórios. Todas as mulheres foram avaliadas para risco de câncer de colo de útero seguindo protocolo do Ministério da Saúde; foram orientadas sobre as formas de prevenção do mesmo e sobre DST; as amostras foram satisfatórias; apenas duas mulheres apresentaram exame alterado.

O número de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas na UBS Orlando Martha é de 384, correspondendo a 100% da população alvo para rastreio do câncer de mama segundo estimativas obtidas no caderno de ações programáticas. Todavia no ano de 2013 apenas 12 usuárias realizaram mamografia, correspondendo a 5% da população alvo. Tais dados denotam um inadequado rastreio. Dentre as 12 usuárias que realizaram o exame uma apresentou exame alterado.

Não há na unidade um dia dedicado para saúde da mulher, então o rastreio ocorre de forma oportuna. Assim como não há atividades educativas voltadas para este grupo. Quando uma paciente atendida encontra-se na faixa etária alvo do programa de rastreio ou quando possui elevado risco para câncer de mama, então a mamografia é solicitada. Nos casos de exame alterado a paciente em questão é referenciada para a Fundação Centro de Oncologia do Amazonas (FCECON) em Manaus.

O município não possui mamógrafo, por esse motivo todas as usuárias devem realizar o exame em Manaus, tal situação explica a longa espera das mulheres para realizar o exame. A adoção de avaliação mensal sobre as mamografias realizadas seria importante para somar qualidade de atenção à população parte da cobertura.

Quanto ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes, no momento, 134 usuários com diagnóstico de hipertensão arterial encontram-se em acompanhamento regular na UBS Orlando Martha, correspondendo a 17% de cobertura da população assistida pela unidade. Este resultado aponta uma falha na cobertura do programa, uma vez que menos de 50% da população estimada está em acompanhamento na unidade.

A avaliação dos indicadores de qualidade evidenciou que 50% dos usuários cadastrados na unidade foram classificados quanto ao risco cardiovascular; 50% estão com exames complementares em dia; 50% receberam orientações sobre prática de exercícios físicos e alimentação saudável. Mas não foi possível estimar o número de pessoas com consulta em atraso, porque na unidade as consultas não são agendadas, os usuários que devem buscar atendimento na unidade quando desejarem. Não é possível saber quais são os pacientes de alto risco cardiovascular, quais abandonaram o tratamento, se há pesquisa ou não de lesão em órgãos-alvo, se estão adotando as mudanças de estilo de vida.

Na UBS Orlando Martha funciona em um dia na semana atendimento exclusivo para pacientes hipertensos, diabéticos e demanda livre para idosos. Não há agendamento de consultas, os pacientes devem procurar a unidade no dia anterior ao Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos para marcar sua consulta. Aqueles usuários que não podem vir à unidade para agendar consulta tem sua consulta agendada pelas ACS. Durante a semana são disponibilizadas vagas para

demanda livre, dessa forma os usuários hipertensos e diabéticos podem receber atendimento em qualquer dia da semana. Portanto as atividades do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus não ocorrem apenas no dia exclusivo para atendimento de usuários hipertensos e diabéticos.

Os usuários hipertensos vem para consulta, mas ao sair desta a única garantia que retornarão é se forem solicitados exames, caso contrário não há como ter certeza se o usuário dará continuidade ao seu tratamento. Uma medida cabível na unidade seria deixar o retorno dos pacientes marcados, para aumentar a adesão dos pacientes e poder avaliar os pacientes faltosos. Para organizar o atendimento seria válida a implantação de uma ficha do paciente hipertenso onde pudessem ser registrados dados sobre o controle ponderal do paciente, controle de pressão arterial, avaliação do risco cardiovascular e lesão de órgãos-alvo.

Enquanto os usuários aguardam pelo atendimento nota-se a interação entre os mesmos na sala de espera compartilhando experiências e coisas do dia-a-dia e, até o momento, não há um grupo de atividades de pessoas hipertensas, o que serviria como estratégia de aproximação dos usuários e a unidade de saúde. Por vezes são realizadas palestras para os usuários do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, mas estas não possuem uma periodicidade regular.

Baseado no número estimado de pessoas com diabetes mellitus gerado pelo caderno de ações programáticas a cobertura atual da população é de 47,4%. Denotando uma falha na cobertura, pois apenas 92 pessoas com diabetes em uma unidade responsável por mais de cinco mil habitantes realmente é um número que não demonstra a realidade do local. Uma estimativa de 50% dos usuários foi avaliada quanto ao risco cardiovascular, exame físico dos pés e pulsos tibiais e pediosos, e também recebeu orientação sobre mudanças de estilo de vida.

Atualmente nenhum protocolo é utilizado para nortear a atenção prestada aos hipertensos e diabéticos. O manual do Ministério da Saúde sobre o Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus orientou a análise feita pelo questionário e mostrou-se como um modelo de protocolo a ser seguido na unidade, com vistas a somar qualidade à atenção prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

No quesito saúde do idoso, até o presente momento, ou seja, durante período da análise situacional, há 412 habitantes acima de 60 anos cadastrados na UBS Orlando Martha, totalizando uma cobertura de 100% de acordo com as estimativas do caderno de ações programáticas. Pelo fato da unidade de saúde não possuir um programa voltado para cuidado aos idosos, os indicadores de saúde estimados foram insatisfatórios, denotando comprometimento da qualidade na atenção aos idosos. Apenas 29% dos idosos estão com acompanhamento em dia, tendo sido, apenas esta parcela, submetidos à avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilidade na velhice, orientação sobre alimentação saudável e atividade física.

Do grupo de pessoas acima de 60 anos acompanhadas na unidade 82% são hipertensos e 28% diabéticos. Através das visitas domiciliares é prestado atendimento clínico aos pacientes com dificuldades de locomoção (acamados, deficientes visuais, déficits motores).

Fica evidente através da análise realizada que o atendimento aos idosos está focado naqueles portadores de comorbidades como hipertensão e diabetes. Tornando mandatória a necessidade de realizar busca ativa dos demais idosos residentes na área, para que estes também possam participar das atividades educativas e dos cuidados gerais que a senilidade demanda. É necessário tirar o foco das comorbidades e passar a focar no indivíduo idoso como um todo, para então ofertar uma atenção integral a este grupo.

A análise situacional da UBS Orlando Martha contribuiu para uma visão ampla sobre a unidade de saúde, permitindo a análise crítica do processo de trabalho, espaço físico; possibilitando, em contrapartida, o estímulo para adoção de medidas que possam otimizar a atenção prestada pela unidade. É notório pelo texto que a estrutura física da unidade precisa de adequações: criação de uma sala para acolhimento dos pacientes e uma sala de reuniões; adaptações para facilitar o acesso dos deficientes físicos ou idosos; uma farmácia.

A implantação de uma segunda equipe de saúde da família na unidade é algo que já está em avaliação pelos gestores, pelo elevado número de habitantes na área adstrita à UBS, mas esta precisa estar estruturada para comportar uma nova equipe. Os dados obtidos após a análise situacional e que compõem este relatório podem ser

apresentado aos gestores para ratificar a necessidade em implantar esta segunda equipe na unidade.

Quanto ao processo de trabalho uma medida importante é tornar as informações mais acessíveis, de forma que se possa conhecer a realidade do local; é fundamental ter o controle por grupos de usuários; possibilitando a busca pelos usuários que venham a abandonar/perder o seguimento. Neste quesito a adoção de formulários específicos, busca ativa e retorno agendado para os usuários hipertensos/diabéticos e puericultura podem ser métodos auxiliares. Investir em educação e ações em saúde, trabalhar a participação ativa da comunidade em prol do próprio bem estar.

Portanto, são inúmeras as mudanças que se fazem mister para garantir uma atenção que de fato prime pelo usuário, de forma integral. Entretanto, sabe-se que para obter melhorias o trabalho e engajamento devem ser conjuntos, e neste ponto reside a grande qualidade da equipe UBS Orlando Martha, pois se trata de uma equipe com um bom relacionamento interpessoal, respeito mútuo, e que consegue realizar um bom trabalho a despeito das dificuldades que, como evidenciou o texto, perpassam a estrutura física e organização do processo de trabalho, entre outros aspectos.

1.3 A comparação entre o relatório da análise situacional da UBS e o texto Estrutura e funcionamento da ESF/APS evidenciou um embasamento teórico-crítico na avaliação efetuada após a leitura dos materiais disponibilizados e questionários utilizados para tal análise. Tal embasamento possibilitou entender como de fato se dá a organização de uma unidade de saúde. A leitura dos textos mostrou que a avaliação realizada na segunda semana de ambientação foi superficial, deixando de lado problemas como a organização do processo de trabalho, formas de atenção à demanda livre e dificuldades estruturais, como ausência de um DML, por exemplo. Por conseguinte, nota-se que a análise situacional foi fundamental para evidenciar problemas que passam despercebidos quando apenas uma avaliação grosseira é realizada. E sabe-se que apenas o conhecimento do problema pode levar a uma solução. Então, ao fim da análise um dos principais ensinamentos deixados é que todo profissional deve buscar conhecer em detalhes o seu local de trabalho. Somente desta maneira é possível desenvolver um trabalho capaz de gerar mudanças.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

O Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é um programa que tem como foco os usuários hipertensos e diabéticos. As doenças cardiovasculares na atualidade são importante causa de

morbidade e mortalidade. A prevalência de hipertensão arterial no Brasil é de 24,3% e a prevalência de diabetes mellitus é de 11,7% (DATASUS, 2012). Por essa razão, o trabalho de promoção à saúde com vistas à adoção de hábitos de vida que possam em longo prazo reduzir a incidência de tais comorbidades é importante, atuando como uma prevenção primária. Assim como garantir que os pacientes já diagnosticados com hipertensão e diabetes mellitus possam ter acesso a um atendimento de qualidade, uma prevenção secundária das lesões em órgãos-alvo que são inerentes a estas comorbidades quando mal conduzidas. A ampliação da cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vem atuar no diagnóstico de usuários assintomáticos e buscar os que possam ter abandonado o seguimento. Aprimorar o atendimento que é realizado ao grupo do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é fundamental para atuar na prevenção secundária.

Atualmente a população alvo do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo dados obtidos no caderno de ações programáticas, é de 787 pacientes hipertensos e 194 diabéticos. Até o presente momento estão em acompanhamento regular na UBS Orlando Martha 134 usuários hipertensos, uma cobertura de 17%; e 92 usuários diabéticos, perfazendo uma cobertura de apenas 47,4%. A adesão desse grupo de pacientes, de acordo com estimativas, é de 50%. A qualidade da atenção prestada está comprometida, uma vez que somente 50% dos pacientes foram avaliados quanto ao risco cardiovascular ou recebeu orientação sobre adoção de hábitos saudáveis, sendo realidade para ambos os grupos de pacientes que compõem o Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos. Sendo que as atividades de promoção à saúde para estes grupos não possuem uma periodicidade definida, sendo realizadas esporadicamente pelos profissionais que fazem parte do NASF.

O programa também é considerado pela equipe como responsabilidade do médico e, por vezes, aceito como algo voltado apenas para a renovação de receituário e não como um programa de cuidado continuado. Portanto, são necessárias ações voltadas para conscientização sobre a importância do programa.

Com base nos dados acima referidos fica explícita a necessidade de aprimorar o Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e

Diabetes Mellitus, conferir qualidade ao atendimento prestado aos usuários já cadastrados e ampliar a cobertura do programa. Para tanto o trabalho em conjunto com toda a equipe de saúde será imprescindível para obter êxito na intervenção.

2.2 Objetivos e Metas

Objetivo Geral

- Ampliar a cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Orlando Martha e garantir que o atendimento prestado à população que integra o programa obedeça aos indicadores de qualidade.

Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
2. Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos
3. Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
4. Melhorar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos
5. Avaliar o risco cardiovascular das pessoas que fazem parte do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
6. Realizar promoção da saúde

Metas

Relativas ao Objetivo 1

1. Cadastrar 45% dos hipertensos da área abrangência no Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área abrangência no Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 2

3. Realizar exame clínico em 100% dos hipertensos.
4. Realizar exame clínico em 100% dos diabéticos.
5. Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.
6. Garantir a 100% dos usuários diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.
7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.
8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao Objetivo 3

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

Relativas ao Objetivo 4

13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.
14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Relativas ao Objetivo 5

15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.
16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Relativas ao Objetivo 6

17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.
23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 03 meses na UBS Orlando Martha. Participaram da pesquisa os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade.

Foram utilizados como protocolo para atendimento deste grupo de usuários o Caderno de Atenção Básica nº36 e o Caderno de Atenção Básica nº37, do Ministério da Saúde, do ano de 2013.

Para atingir a meta 1, ampliação da cobertura dos pacientes hipertensos monitorou-se os usuários hipertensos cadastrados na unidade por meio dos registros das ACS e investiu-se na busca ativa dos hipertensos faltosos e de usuários na área de abrangência da UBS, assim como cadastramento de novos usuários que receberam diagnóstico durante o período da intervenção.

Na organização e gestão do serviço acolheram-se todos os usuários hipertensos que demandavam atendimento (demanda induzida e espontânea) e estes foram monitorados mensalmente.

No engajamento público, esclareceu-se a comunidade sobre a importância da adesão ao tratamento e acompanhamento regular, através das orientações em sala de espera que foram realizadas pelas ACS.

Na ação de qualificação da prática clínica, capacitou-se a equipe de saúde da UBS no acolhimento aos usuários hipertensos, através de educação continuada, troca de conhecimentos entre os profissionais, além de capacitar os ACS para o cadastramento de usuários e a importância da atualização do cadastro.

A meta 2 foi a ampliação da cobertura dos usuários diabéticos para 50%. Monitorou-se a cobertura do programa através dos registros das ACS, com a realização do cadastramento de novos usuários e a busca ativa dos faltosos.

Dentro dessa meta, no eixo de organização e gestão do serviço, foram atendidos os usuários diabéticos que necessitavam atendimento (demanda induzida e espontânea), com a organização da demanda a partir do acolhimento.

Na ação de engajamento público realizaram-se atividades de educação em saúde esclarecendo a comunidade sobre a importância da adesão ao tratamento e da realização das consultas. Na qualificação da prática clínica, capacitou-se a equipe da UBS no acolhimento a este grupo de usuários durante reuniões de equipe. Também, capacitou-se os ACS para o cadastramento de novos usuários diabéticos e controle dos pacientes faltosos

Para atingir as metas 3 e 4, todos os usuários hipertensos e diabéticos que estiveram em consulta tiveram seu exame clínico completo realizado. No quesito organização do serviço, o exame clínico iniciava na triagem realizada pelos técnicos de enfermagem com aferição da pressão arterial, verificação de glicemia capilar, peso, altura, circunferência abdominal. E durante a consulta médica o exame físico completo era realizado.

No engajamento público, a comunidade foi esclarecida sobre a importância desta etapa de exame clínico e que por esta razão o tempo da consulta acabaria se estendendo. Na qualificação da prática clínica, foi realizada atividade educativa em que as enfermeiras da unidade revisaram com os técnicos de enfermagem a técnica adequada para cada etapa da triagem.

Em relação às metas 5 e 6, que tratam sobre os exames complementares, para atingir a meta de 100% entre os usuários hipertensos e diabéticos, durante as consultas médicas eram solicitados os exames complementares de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo utilizado. No caso de exames não disponíveis no município os usuários recebiam termo de referência para outro município. O controle dos exames realizados foi feito utilizando a ficha espelho individual e a planilha de coleta de dados.

No quesito engajamento público a enfermeira da unidade reuniu-se com o gestor municipal para reiterar a importância na realização destes exames e garantir que os usuários conseguissem realizar seus exames. Tanto a comunidade, como os demais funcionários da unidade, foram esclarecidos sobre os exames a serem realizados rotineiramente por este grupo de usuários, durante as reuniões de equipe e nas orientações aos usuários em sala de espera.

As metas 7 e 8, relacionadas à priorização de medicamentos da farmácia popular, foram alcançadas por meio da prescrição, durante as consultas, de medicamentos que compõem a lista do programa farmácia popular. Na organização e gestão do serviço os técnicos de enfermagem ficaram responsáveis pela revisão dos medicamentos disponíveis na unidade e a cada três semanas produziam relatório sobre este levantamento. Diante da falta constante dos medicamentos na unidade os pacientes eram orientados sobre a possibilidade de adquirir os medicamentos na farmácia popular do município.

No engajamento público, a comunidade foi informada sobre a importância do uso regular dos medicamentos durante as orientações em sala de espera. E de forma a ampliar as possibilidades para aquisição dos medicamentos, a enfermeira da unidade reuniu-se com uma drogaria privada no município e a mesma ratificou a parceria com a farmácia popular para a distribuição de medicamentos no local. Desta forma conseguimos garantir três pontos para distribuição dos medicamentos, dentro da unidade de saúde, na farmácia popular e em drogaria privada que trabalhava com o programa farmácia popular.

A qualificação da prática clínica foi através da educação continuada, levando em consideração que cada usuário é singular e prescrevendo os medicamentos com base em evidências científicas. Assim como atividades de orientação para os profissionais da unidade sobre os riscos da automedicação e sobre a necessidade da pessoa vir à consulta para receber um novo receituário. Uma vez que era prática comum, entre as ACS, solicitar a renovação de receituário sem consulta.

Para atingir as metas 9 e 10, avaliou-se a saúde bucal durante o exame clínico e a necessidade ou não de encaminhamento para atendimento odontológico. Durante todo o período da intervenção o consultório odontológico estava fora de funcionamento por problemas com a parte elétrica. Então, durante reunião de equipe

pactuou-se a referência dos usuários para atendimento no projeto ODONTOSESC que atua no município. Não foi possível obter um controle dos pacientes que receberam odontológico, pois a produção no local era feita apenas com o número total de pacientes atendidos em determinado dia, sem especificação por nome.

Sobre as metas 11 e 12, foi realizada busca ativa de usuários faltosos, hipertensos e diabéticos, na área de abrangência da unidade. Na organização e gestão do serviço, primeiramente, as ACS receberam uma ficha onde deveriam colocar o nome de todos os usuários hipertensos e diabéticos de suas respectivas áreas. Estas fichas foram armazenadas em uma pasta que foi deixada na recepção. Quando o paciente vinha para consulta a data era registrada ao lado do seu nome, dessa forma identificamos quais os usuários que estavam em acompanhamento regular e os faltosos. E cada ACS ficou responsável pela busca dos faltosos em suas microáreas e cada usuário encontrado tinha sua consulta ou visita domiciliar agendada já no primeiro contato, forma encontrada para aumentar a adesão.

No engajamento público, orientou-se a comunidade sobre a importância do acompanhamento contínuo. E as ACS foram as grandes responsáveis por essa busca ativa e orientações, pois diariamente estavam em suas microáreas realizando as visitas domiciliares.

Na qualificação da prática clínica, durante todo o período da intervenção reuniões foram realizadas e nelas sempre se discutia o número de usuários faltosos identificados e estratégias para garantir a sua adesão. Discutiu-se também a periodicidade de consultas recomendada no protocolo.

No que diz respeito às metas 13 e 14, todas as pessoas hipertensas e diabéticas atendidas pela unidade passaram por uma avaliação padronizada através de uma ficha-espelho que foi disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família. O cabeçalho da ficha era preenchido pela recepcionista e os demais campos eram completados durante a triagem e consulta médica.

Orientou-se a comunidade sobre a finalidade da ficha e a possibilidade de adquirir uma cópia, caso assim desejassem. A equipe recebeu capacitação sobre o correto preenchimento da ficha e o objetivo do seu uso, que seria a qualificação dos registros que estavam precários.

As metas 15 e 16 foram atingidas utilizando-se o Escore de Framingham para estratificar o risco cardiovascular durante as consultas médicas de todos os usuários hipertensos e diabéticos. Aos usuários foi explicado o significado desta avaliação e a importância de assumirem a co-responsabilidade pelo seu tratamento visando diminuir o risco de sofrer eventos cardiovasculares. Também foi realizada capacitação para a equipe sobre o escore que seria utilizado e sua interpretação.

Para alcançar as metas 17 e 18, todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre alimentação saudável. Tais informações foram repassadas durante as orientações de sala de espera pelas ACS, durante as consultas médicas. Na organização e gestão do serviço, foi criada uma escala onde a cada semana uma dupla de ACS ficou responsável pelas orientações em sala de espera.

No engajamento público, orientou-se a comunidade sobre alimentação saudável e seus benefícios. E tais ações se estenderem para além do grupo de usuários hipertensos e diabéticos. Em atividade com as gestantes as enfermeiras discutiram ao tema. Durante as ações do Outubro Rosa realizei palestra sobre alimentação saudável para o grupo de pessoas presentes, entre elas usuárias com e sem comorbidades.

Na qualificação da prática clínica, para todas as atividades acima relatadas realizou-se previamente capacitação da equipe, tanto por mim quanto pelas enfermeiras da unidade. Com a capacitação pudemos pactuar quais as informações que seriam repassadas durante as orientações em sala de espera. Mas por funcionar como uma conversa com os usuários, não uma palestra pronta, as ACS foram orientadas a conduzir de maneira informal, permitindo que os usuários também pudessem manifestar suas opiniões e dúvidas.

Tendo como objetivo as metas 19 e 20, todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física. Isto foi possível com as mesmas ações descritas acima para as orientações sobre alimentação saudável, uma vez que as orientações eram feitas conjuntamente, sob o tópico de hábitos saudáveis de vida. Descritas separadamente apenas para fins didáticos.

Para atingir as metas 21 e 22, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos orientados sobre o risco do tabagismo, as informações sobre as conseqüências do tabagismo foram realizadas durante as consultas e orientações em sala de espera. Na organização do serviço, os usuários tabagistas foram referenciados ao psicólogo do NASF que atuava na unidade para iniciar o processo de cessação do tabagismo, sempre respeitando a opinião do usuário. O psicólogo ficou responsável pela contra-referência e controle dos pacientes que de fato seguiram o processo para cessar o tabagismo.

No engajamento público, a comunidade foi informada sobre a possibilidade de tratamento para cessação do tabagismo pelo SUS. Ficando a cargo do usuário a decisão de iniciar o seu tratamento, bastando para isso procurar a UBS e manifestar o seu interesse. Na qualificação da prática clínica, o tema tabagismo foi discutido com toda a equipe durante as reuniões de equipe, incluindo o grupo de profissionais do NASF.

Com vistas a alcançar as metas 23 e 24, foi criada uma rotina de orientações em sala de espera sobre cuidados com a higiene bucal, tal ação ficou sob responsabilidade da equipe de odontologia da unidade. Então, duas vezes por mês a técnica de higiene dental (THD) da unidade realizou palestra sobre este tema na sala de espera para os usuários hipertensos e diabéticos. Tais orientações foram reforçadas durante a consulta médica e visitas domiciliares pelas ACS, enfermeiras e médica.

Para capacitação da equipe a odontóloga da unidade realizou palestra sobre os cuidados com a higiene bucal, dessa forma todos os profissionais estavam aptos a repassar tais informações para a comunidade.

2.3.2 Indicadores

Indicador de cobertura dos usuários hipertensos - Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos da unidade de saúde. Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador de cobertura dos usuários diabéticos - Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos da unidade de saúde. Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador de hipertensos com exame clínico em dia - Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de diabéticos com exame clínico em dia - Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos com exames complementares em dia - Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de diabéticos com exames complementares em dia - Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada - Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada - Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico - Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico - Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador de hipertensos faltosos com busca ativa - Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador de diabéticos faltosos com busca ativa Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador de hipertensos com registro adequado em 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 de diabéticos com registro adequado em 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.

Indicador de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular - Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular - Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos que receberam orientações sobre alimentação saudável - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de diabéticos que receberam orientações sobre alimentação saudável - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos que receberam orientações sobre prática regular de atividade física - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos que receberam orientações sobre prática regular de atividade física - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos que receberam orientações sobre o risco do tabagismo - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de diabéticos que receberam orientações sobre o risco do tabagismo - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Na intervenção do projeto de estudo propriamente dita foram adotados como protocolos norteadores das ações o Caderno de Atenção Básica nº 36 e nº 37 do

Ministério da Saúde, 2013. Estes protocolos foram apresentados à equipe da UBS Orlando Martha e foi utilizado por todos durante a intervenção. Uma cópia impressa dos protocolos foi deixada na recepção da unidade.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso, 400 cópias foram reproduzidas e armazenadas na recepção. O preenchimento das fichas-espelho foi feito por mim, médica da unidade, recepcionista e técnicos de enfermagem.

Ainda no quesito coleta de dados, foi utilizada uma planilha de coleta de dados, fornecida pela UFPel, e seu preenchimento ficou sob minha responsabilidade.

As reuniões de capacitação da equipe foram realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção, todos os funcionários participaram destas atividades. As responsáveis por estas ações foram as enfermeiras, odontóloga e médica. Utilizaram-se apresentações no formato dial positivo, notebook e projetor de slides.

Durante a intervenção foram realizadas reuniões com a equipe para discussão de temas diversos, como processo de trabalho, qualificação da prática clínica, entre outros assuntos. Estas reuniões ocorreram com frequência média de duas reuniões por mês e contou com a participação de todos os funcionários. O local escolhido foi a área externa da UBS que dispunha de mesas e cadeiras, espaço físico para comportar todos da equipe.

Na triagem dos usuários hipertensos e diabéticos, feita pelos técnicos de enfermagem, foram utilizados esfigmomanômetro de mercúrio, fita métrica, estetoscópio, glicosímetro, balança, caneta e ficha-espelho.

O atendimento clínico da demanda espontânea e induzida foi realizado pela médica. As enfermeiras auxiliaram no atendimento da demanda espontânea. Durante as consultas os materiais utilizados foram estetoscópio, lanterna, monofilamento para pesquisa de sensibilidade, ficha-espelho e outros papéis de rotina em qualquer ambulatório, e caneta.

Para estratificação do risco cardiovascular dos usuários adotou-se o score de Framingham. Foi produzida uma cópia deste score e plastificada. Esta cópia foi

deixada no consultório médico para ser utilizada durante as consultas. Mas era acessível a todos os demais profissionais.

A busca ativa dos usuários faltosos foi realizada pelas ACS. Como uma forma de obter informações sobre os pacientes faltosos foram produzidas 10 fichas de controle de consultas (Apêndice A), uma para cada ACS. Também foi necessária uma pasta para armazenar estas fichas. A busca ativa foi uma constante durante todo o período da intervenção.

As orientações em sala de espera foram realizadas na recepção da unidade pelas ACS e ocorreram no formato de conversa, sem uso de outros materiais. Para as orientações sobre higiene bucal a THD utilizou duas próteses odontológicas, escova de dente, fio dental e creme dental. Duzentas escovas de dente, no total, foram distribuídas aos usuários durante as orientações.

A ação sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares com o grupo de gestantes do pré-natal foi realizada pelas enfermeiras, o local foi na Escola Jamil Seffair, foi necessário para a ação notebook, projetor de slides, frutas para o lanche, colchonetes (30) e mesa.

A ação desenvolvida durante o Outubro Rosa foi realizada pela médica da unidade e foi voltada aos fatores de risco para doenças cardiovasculares e a importância da adesão a hábitos de vida saudáveis. Foi realizada o formato de conversa dentro da unidade, sem utilização de outros recursos.

A revisão dos medicamentos disponíveis foi realizada pelos técnicos de enfermagem com frequência de uma vez por mês com produção de relatório impresso. Para tanto foram utilizados papel ofício, tinta para impressora, impressora e computador.

2.3.4 Cronograma

Ações/ Atividades	Semanas de Intervenção						
	11	22	33	44	55	66	77
Apresentação do cronograma							

de intervenção e ficha específica de atendimento							
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática							
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre hipertensão e diabetes.							
Cadastro de pacientes hipertensos e diabéticos							
Esclarecer os pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da adesão ao tratamento							
Rever cadastros e certificar da cobertura alcançada							
Busca ativa de pacientes cadastrados na unidade e que estejam com							

consulta e/ou exames atrasados							
Monitorar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos e diabéticos							
Atualizar, avaliar e organizar os registros (conforme a necessidade)							
Ações em grupo em ambiente na comunidade							
Orientações sobre hipertensão e diabetes							
Exposição de dados e relatórios parciais da intervenção e gráficos na UBS							
Atendimento médico e de enfermagem dos pacientes hipertensos e diabéticos							

Exame clínico completo dos pacientes hipertensos e diabéticos							
Revisão dos medicamentos disponíveis na UBS para os pacientes hipertensos e diabéticos							
Revisão dos materiais necessários ao atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos							
Reunião com a equipe para capacitação sobre temas diversos							
Reunião com a equipe para monitoramento do projeto de intervenção							

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Finalizada a intervenção é possível fazer uma análise crítica entre o que foi proposto no projeto de intervenção e o que de fato foi concretizado na prática. Em relação às atividades propostas discorrerei inicialmente sobre o que foi possível cumprir de acordo com o cronograma. Porém, como sempre na vida real, alguns contratempos acabaram por dificultar a execução de algumas atividades, como destacarei posteriormente.

O atendimento da demanda espontânea e induzida dos usuários hipertensos e diabéticos foi realizado por mim, médica da unidade, e durante as consultas foi realizado o preenchimento da ficha-espelho, avaliação do risco cardiovascular dos pacientes, explicação aos mesmos sobre o significado de tal estratificação; orientações gerais sobre alimentação saudável, importância da prática de atividades físicas; assim como tabagismo, cuidados com a higiene bucal, entre outros aspectos. As enfermeiras da unidade auxiliaram no atendimento da demanda espontânea,

realizando a classificação de risco dos usuários. O preenchimento das fichas acabou por demandar um tempo a mais durante as consultas, então a fim de minorar tal questão a recepcionista ficou responsável por preencher o cabeçalho da ficha-espelho de cada usuário que iria para consulta em determinado momento, e os demais campos foram preenchidos pelos técnicos de enfermagem e a médica da unidade. Não recebi reclamações sobre o tempo da consulta, acredito que o motivo seja porque antes da intervenção as consultas já eram mais longas, porque as orientações gerais sempre foram realizadas durante as minhas consultas. No geral o atendimento aconteceu de forma organizada, dentro do esperado no cronograma.

Os usuários que durante avaliação bucal apresentaram alterações receberam encaminhamento ao serviço odontológico. Porém o serviço não estava disponível por problemas com os instrumentais que assim estavam desde o início das minhas atividades em março. Então os usuários tiveram que ser referenciados para outras unidades de saúde.

A adoção da ficha-espelho contribuiu enormemente para criação de um registro organizado dos usuários que compõem o programa de acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. As fichas-espelho produzidas foram armazenadas em uma pasta-arquivo específica, devidamente identificada, a mesma foi colocada na recepção da unidade e sua organização era responsabilidade da recepcionista da unidade. A pasta-arquivo foi alocada na recepção para que pudesse estar acessível a todos os funcionários da unidade, evitando que fosse vista como “a pasta da médica”. Na pasta-arquivo as fichas-espelho foram organizadas por agente comunitário de saúde (ACS), portanto, quando precisava acessar novamente uma ficha bastava saber o ACS responsável pelo paciente. O método de registro foi elogiado na unidade pelos demais profissionais e adotado, pela técnica de saúde bucal, um método de registro semelhante para os pacientes do grupo NAGEV, que é um grupo voltado para a atenção aos dependentes químicos.

E também no quesito registro foi criada uma ficha para controle das consultas realizadas. Então foi distribuída uma folha para todas as ACS anotar o nome de todos os hipertensos e diabéticos de suas respectivas microáreas. Após a entrega destas folhas as mesmas foram armazenadas em um fichário que fica na recepção. Então, após agendar as consultas no livro de agendamento, que serve para todas as

consultas da unidade, a recepcionista anotava a data da consulta ao lado do nome do paciente, na folha que faz parte do fichário. A análise desse fichário permitiu fazer um levantamento dos pacientes faltosos à consulta e aqueles há longa data sem freqüentar a unidade, de forma bastante prática. E estas informações foram fundamentais para o direcionamento da busca ativa realizada ao longo da intervenção.

Há um quadro na recepção da unidade onde em cada mês é registrado o número de pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados pela UBS, este número é extraído da produção mensal dos ACS. Por meio destes é possível saber como está o seguimento feito pelos agentes comunitários de saúde.

Atualmente estão em seguimento regular na UBS Orlando Martha 219 hipertensos na unidade e 126 diabéticos, perfazendo uma cobertura geral de 27,8% hipertensos e 64,9% diabéticos. Denotando uma ampliação da cobertura de 17% para 27,8% hipertensos e de 47,4% para 64,9% em relação aos diabéticos. Tal mudança deve-se à busca ativa de pacientes na área adstrita pelos agentes comunitários de saúde, conseqüentemente com novos diagnósticos. Havia usuários na área que acompanhavam em serviço privado que não estavam cadastrados na unidade como hipertensos e diabéticos, mas após reunião com a equipe foi explanado que estes usuários também deveriam ser cadastrados e acompanhados simultaneamente por nossa equipe de saúde, a despeito do seguimento na rede privada.

Sobre a promoção da saúde foi adotado como rotina a orientação na sala de espera aos pacientes que compõem o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Estas orientações foram feitas pelas ACS, sendo que foi criada uma escala, em que cada mês uma dupla de ACS fica responsável, uma no período matutino e outra no vespertino. Duas vezes por mês a auxiliar em saúde bucal forneceu orientações sobre higiene bucal.

Tais orientações funcionaram como um reforço às orientações passadas durante o atendimento médico e permitiram uma boa interação entre os usuários na sala de espera que se mostraram muito participativos. Na primeira semana da intervenção durante reunião para esclarecimentos sobre o funcionamento e objetivos da mesma foi explanada sobre a importância de tais orientações e pude sanar algumas dúvidas sobre as informações que deveriam ser repassadas nesses momentos pelas ACS.

Foi realizada uma ação de saúde com as gestantes do pré-natal e uma das atividades foi a orientação sobre adoção de hábitos saudáveis com vistas à prevenção de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. As orientações foram feitas pelas enfermeiras da unidade de saúde. O objetivo foi atuar na prevenção primária de tais comorbidades, afinal a intervenção não tem como foco único o grupo de hipertensos e diabéticos, a promoção da saúde deve ser levada a todos os usuários, sem distinção.

A segunda ação de saúde ocorreu durante as programações do Outubro Rosa. A despeito do título da ação, decidi em conjunto com a enfermeira da unidade que seria interessante a abordagem de um grupo heterogêneo, composto por mulheres com e sem co-morbidades. A minha missão foi realizar uma palestra sobre importância da alimentação saudável e atividade física para prevenção de doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial; assim como prevenção secundária aos pacientes que já convivem com tais co-morbidades. A palestra foi realizada na sala de espera da UBS Orlando Martha e contou com a participação de um número significativo de ouvintes, por sinal bastante receptivo às informações e participativas.

Nesta ação também fiquei responsável pelo exame clínico das mamas e solicitação de mamografia para aquelas pacientes que se encaixavam no grupo de rastreio, e durante este atendimento encontrei pacientes hipertensas e/ou diabéticas há longa data sem consulta e aproveitei o momento para esclarecer sobre a importância do seguimento rotineiro. Não podia perder a oportunidade de realizar busca ativa.

A avaliação dos medicamentos disponíveis, assim como dos insumos/equipamentos necessários ao atendimento dos usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos foi feita pelos técnicos de enfermagem da UBS. No primeiro mês a deficiência foi maior de medicamentos. No segundo mês a distribuição de medicamentos transcorreu com adequado abastecimento. Porém no terceiro mês novamente faltaram medicamentos amplamente utilizados no programa Hiperdia.

Os pacientes foram orientados a adquirir a medicação na Farmácia Popular que também estava com déficit no abastecimento e, como outra medida de resgate, a

possibilidade de obter a medicação em uma drogaria particular do município que trabalha com o programa farmácia popular. Esta última opção obtivemos após a enfermeira da unidade ter entrado em contato com a farmacêutica de tal drogaria e a mesma ratificar a parceria.

As reuniões com a equipe ocorreram com frequência de duas reuniões gerais por mês, com a presença de todos os funcionários da unidade e, uma vez por mês, a equipe do NASF que atende a UBS também participou. Foram realizadas algumas reuniões fora desta frequência só com a enfermeira gestora da unidade ou somente com os ACS para discutir determinados aspectos da intervenção que precisavam de maior atenção.

3.2 No início do texto alguns pontos da intervenção não puderam ser seguidos e abaixo descreverei tais intercorrências.

A busca ativa dos pacientes foi um ponto forte na intervenção e esteve presente desde o início da mesma, entretanto a revisão dos atendimentos realizados demonstrou uma cobertura de atendimento aquém do esperado nas doze semanas de intervenção. Ao final da intervenção o número de atendimentos foi: 219 hipertensos e 126 diabéticos, perfazendo uma cobertura de, respectivamente, 27.8% e 64.9%. A meta era atingir cobertura de 45% entre os hipertensos e 50% entre os diabéticos. pelo exposto a meta não foi alcançada entre os hipertensos a despeito das ações de busca ativa. Acredito que o fato de não termos conseguido criar um sistema de agendamento regular para este grupo de usuários foi fator preponderante.

Atualmente estão cadastrados 5174 pacientes na unidade básica Orlando Martha que conta com apenas uma equipe de saúde da família, não obstante a equipe encontra-se sobrecarregada, um dos motivos que acredito ser uma das grandes causas da baixa cobertura da unidade; se formos comparar o número de pacientes atendidos ao longo dos três meses da intervenção podemos concluir que se trata de um número adequado para uma ESF, então vamos manter os esforços para ampliarmos a cobertura, afinal o término da intervenção não significa que a busca por melhorias não deve ser continuada; entretanto não podemos assumir toda a responsabilidade, é preciso chamar a gestão municipal para de fato tomar providências em relação ao fato. Ninguém trabalha sozinho, e é desgastante fazer de tudo para obter melhorias, sem contrapartida da gestão.

Durante a verificação dos registros e avaliação dos usuários faltosos concluí que algumas das ACS não estavam comunicando sobre usuários acamados que estavam há longa data sem consulta, e recebi como justificativa a seguinte frase: “eles compram o remédio deles”. Aproveitei o momento para reiterar que a consulta não tem como único objetivo a renovação de receita. Porém após reunião realizada com o grupo notei um empenho muito maior em de fato buscar esses usuários.

A avaliação dos indicadores de qualidade foi bastante satisfatória. Antes da intervenção a desorganização dos registros não nos permitia inferir dados sobre os indicadores de qualidade. Os números obtidos na planilha de coleta de dados evidenciaram os seguintes achados: 100% dos hipertensos (219) e diabéticos (126) acompanhados pela UBS estão com exame clínico em dia; 82,6% (181) dos hipertensos estão com exames complementares em dia e 86,5% (109) dos diabéticos também; 97,6% (120) dos diabéticos e 95,8% (203) dos hipertensos, que fazem uso de medicação, estão em uso de medicações disponíveis no Hiperdia; 100% dos hipertensos e diabéticos foram estratificados quanto ao risco cardiovascular, receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo; 100% dos diabéticos (126) e hipertensos (219) foram avaliados no quesito saúde bucal e receberam orientações sobre higiene bucal; para 100% dos pacientes faltosos, até o momento, foi realizada busca ativa.

3.3 Sobre a coleta e avaliação dos dados não tive dificuldades, a planilha fornecida pelo curso é bastante didática e auto-explicativa. A análise dos dados foi facilitada pelo fato de a planilha fornecer os dados em forma de porcentagem e gráficos, o que facilitou a compreensão dos dados.

3.4 As atividades iniciadas na intervenção terão continuidade agora como parte da rotina da unidade de saúde. Devido à boa aceitação da equipe não foi difícil a realização desta integração. Sabemos que alguns ajustes sempre serão necessários, mas acredito que o diálogo permanente com a equipe será a chave para que consigamos alcançar os nossos objetivos. A equipe compreendeu a importância do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, então acredito que o trabalho será mantido mesmo com a mudança da profissional responsável pela intervenção. No quesito cobertura dos pacientes hipertensos, que se mostrou baixo, continuaremos a atuar na busca ativa e por meio do relatório confeccionado para os gestores

esperamos chamar a atenção destes para a situação da unidade e contar com a sua colaboração para iniciar o estudo para adicionar uma nova ESF no local.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A avaliação dos resultados permite conhecer o impacto da intervenção na unidade. Abaixo descreverei a avaliação dos indicadores obtidos ao longo da intervenção voltada para atenção aos hipertensos e diabéticos.

Objetivo: Ampliar a cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Meta: Cadastrar 45% dos hipertensos da área abrangência no Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial.

Ao início da intervenção a cobertura do programa era de 17% (134) para os pacientes hipertensos. Ao longo dos três meses da intervenção a cobertura no primeiro mês foi de 9,9% (78 hipertensos). No segundo mês aumentou para 17,3% (136) entre os hipertensos e ao fim do terceiro mês, fim da intervenção, a cobertura atingida foi de 27,8% (219) em relação aos pacientes hipertensos.

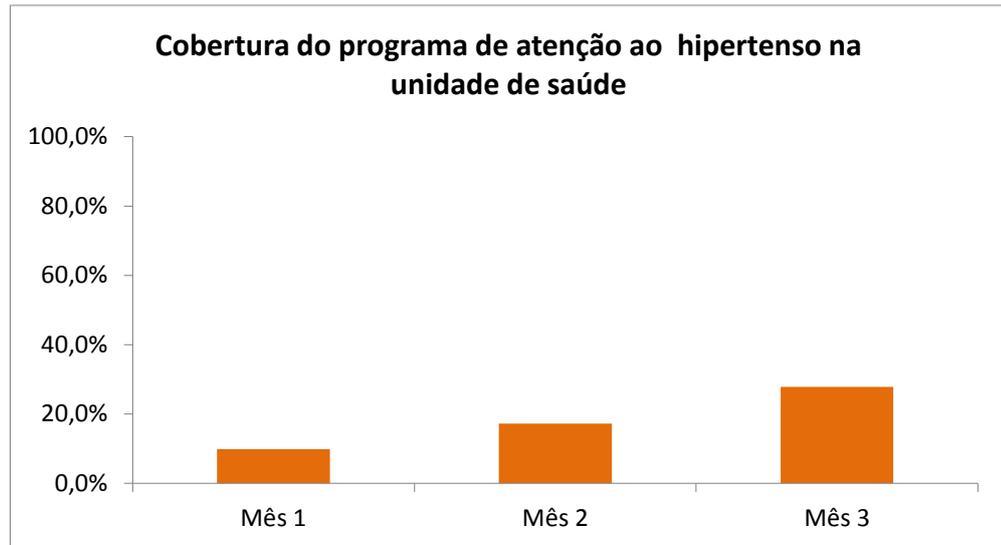


Figura 1

Objetivo: Ampliar a cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Meta: Cadastrar 50% dos diabéticos da área abrangência no Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Diabetes Mellitus.

No início da intervenção a cobertura do programa era de 47,4% (92) para os diabéticos. Ao longo dos três meses da intervenção a cobertura no primeiro mês foi 17,5% (34 diabéticos). No segundo mês subiu para 32,5% (63) para os diabéticos. Ao fim do terceiro mês, a cobertura atingida foi de 64,9% (126) em relação aos diabéticos, ultrapassando assim a meta do projeto que era atingir 50% de cobertura.

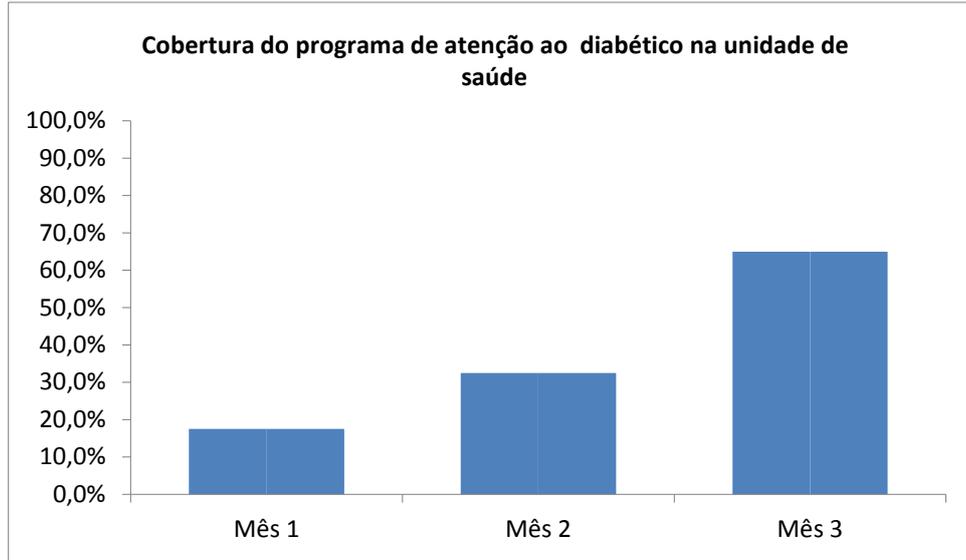


Figura 2

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta: Realizar exame clínico em 100% dos hipertensos.

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

No primeiro mês a porcentagem de pacientes hipertensos com exame clínico em dia foi de 100% (78), tal valor se manteve durante toda a intervenção.

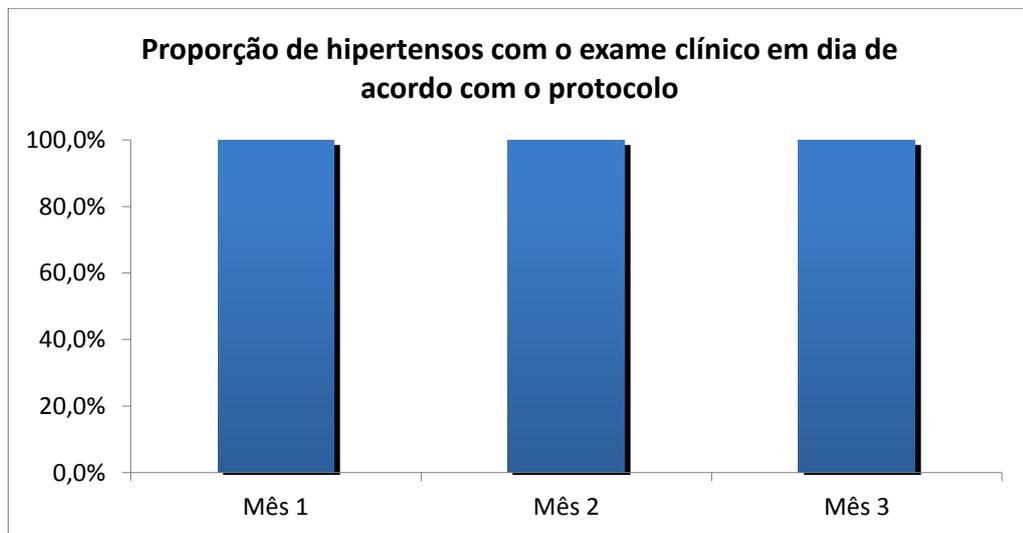


Figura 3

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta: Realizar exame clínico em 100% dos diabéticos.

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

Em relação aos pacientes diabéticos a porcentagem também foi de 100% (126) ao longo dos três meses da intervenção.

A principal dificuldade em relação à análise deste indicador foi o fato de não haver dados prévios na unidade que permitissem a comparação com os dados de antes da intervenção. Então nota-se que uma das grandes melhorias da intervenção foi justamente disponibilizar esses dados, mas tendo como base alguns escassos dados da unidade notava-se que tal indicador apresentava uma porcentagem de apenas 50% (46 usuários diabéticos).

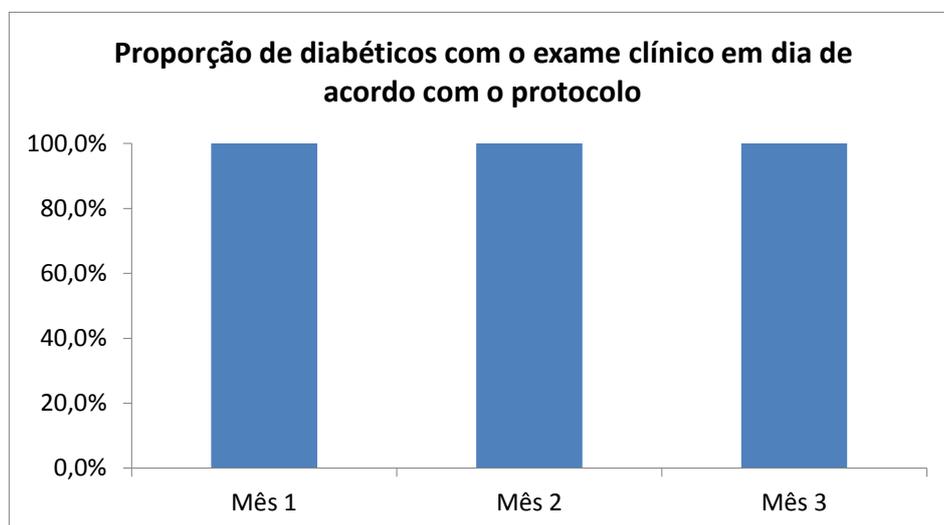


Figura 4

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção o indicador de pacientes hipertensos com exames complementares em dia foi de 67,9% (53); no segundo mês foi de 77,9% (106) e no terceiro mês foi de 82,6% (181).

Os números atingidos são satisfatórios, entretanto a meta inicial era atingir 100% para os hipertensos. Uma das justificativas para não obtenção do resultado esperado foi o fato da longa espera dos pacientes para realizar os exames, portanto muitos dos pacientes atendidos, aos quais foram solicitados os exames, não conseguiram realizar o exame dentro do período da intervenção. A enfermeira entrou em contato com o gestor municipal para chamar atenção a essa questão, porém pela alta demanda de usuários no município e apenas dois laboratórios de análises clínicas na rede não foi possível agilizar os exames.

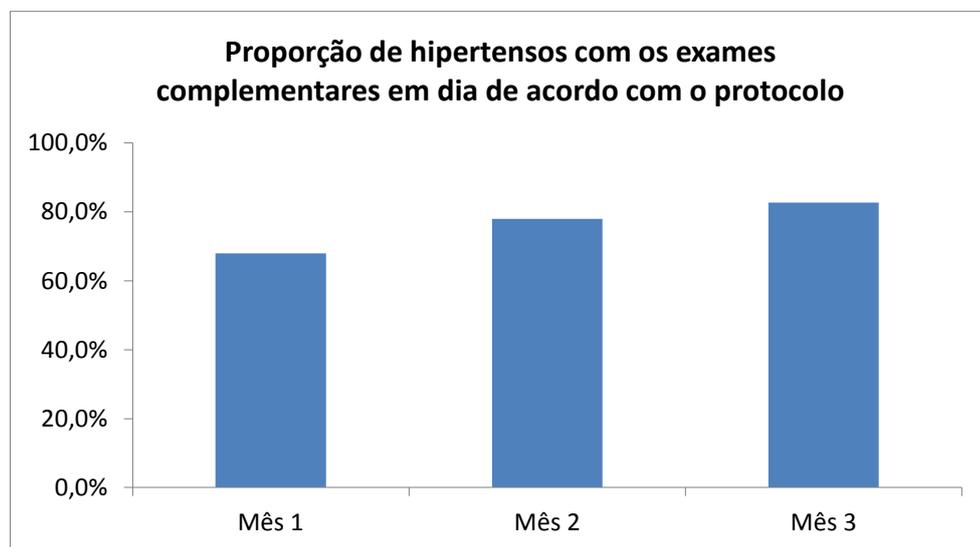


Figura 5

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Em relação aos pacientes diabéticos no primeiro mês o indicador de pacientes com exames complementares em dia foi de 76,5% (26); no segundo mês foi de 82,5% (52) e no terceiro mês foi de 86,5% (109).

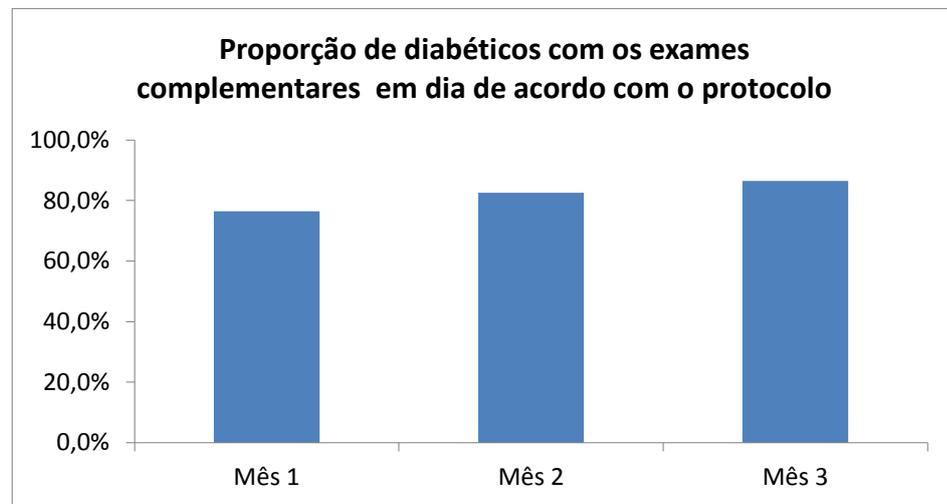


Figura 6

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês a proporção foi 96% (72); no segundo mês 94,7% (124) e ao fim do terceiro mês foi 95,8% (203). A meta de 100% não pode ser alcançada pelo fato de que alguns pacientes hipertensos tinham indicações clínicas para uso de medicamentos que não estão no programa Farmácia Popular.

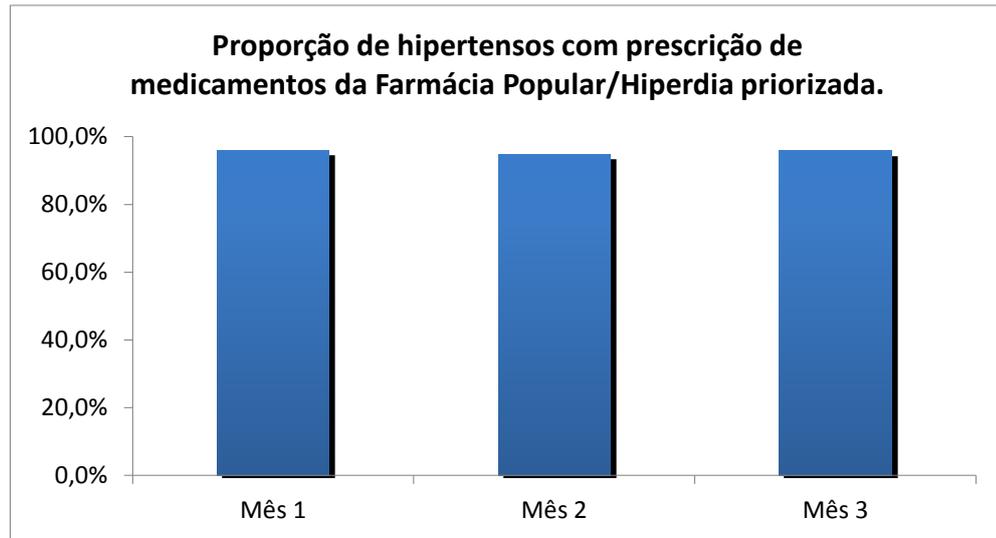


Figura 7

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês a porcentagem foi 93,8% (30); no segundo mês foi 96,7% (59) e no terceiro mês foi 97,6% (120). Também entre os usuários diabéticos houve um pequeno número de pacientes que necessitaram a prescrição de medicamentos não inclusos no programa farmácia popular.

Mas pela avaliação dos dados notamos que se trata, de fato, da minoria dos pacientes. A população atendida pela UBS Orlando Martha é de baixa renda, portanto a priorização dos medicamentos que podem ser adquiridos gratuitamente é fundamental.

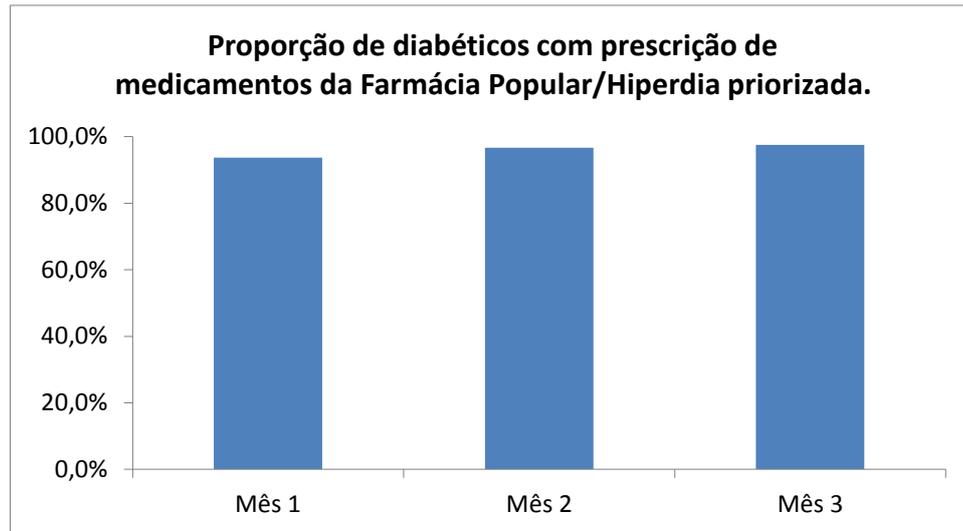


Figura 8

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Indicador: Proporção de usuários hipertensos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Entre os hipertensos a proporção foi de 100% (219) nos três meses da intervenção. Os pacientes que, segundo a avaliação, necessitavam atendimento foram encaminhados ao serviço de odontologia. E devido problemas os mesmos foram direcionados para atendimento no OdontoSESC. Para garantir a adesão os atendimentos eram agendados na própria UBS Orlando Martha, sem necessidade de enfrentar fila no OdontoSESC para conseguir uma vaga.

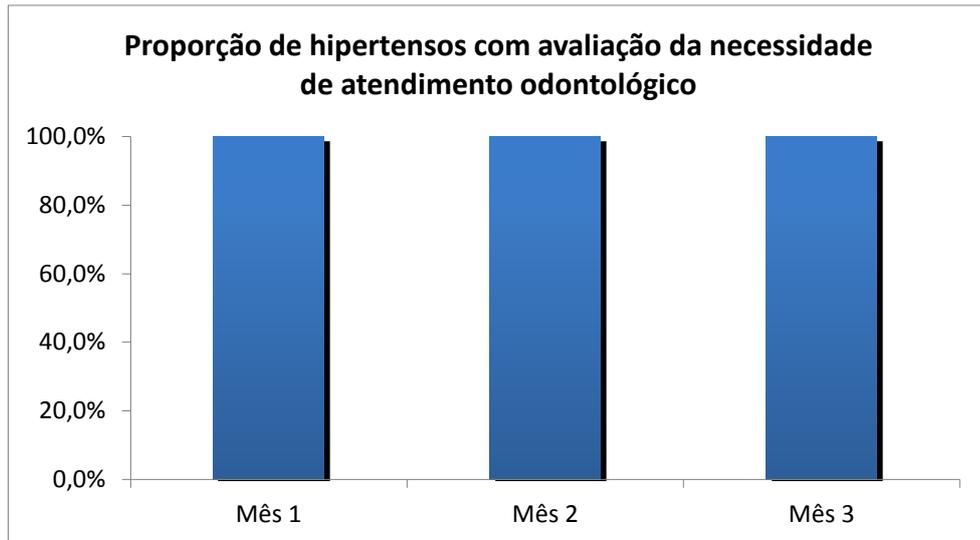


Figura 9

Objetivo: Melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Indicador: Proporção de usuários diabéticos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Em relação aos pacientes diabéticos a proporção também foi de 100% (126) nos três meses. E o encaminhamento destes usuários ocorreu da mesma forma como previamente descrito para os usuários hipertensos.

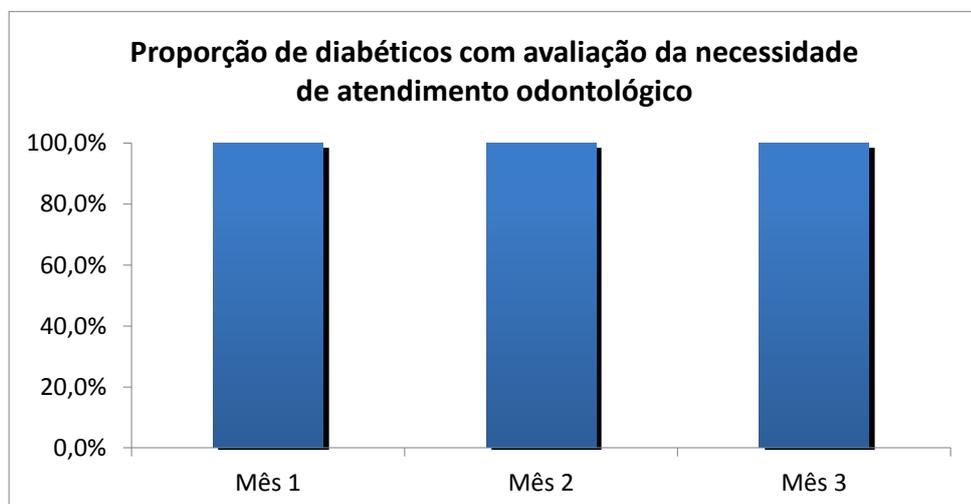


Figura 10

Objetivo: Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

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

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

Durante os três meses da intervenção todos os usuários hipertensos faltosos foram buscados ativamente, perfazendo uma proporção de 100% (64 hipertensos) e ao fim da intervenção.

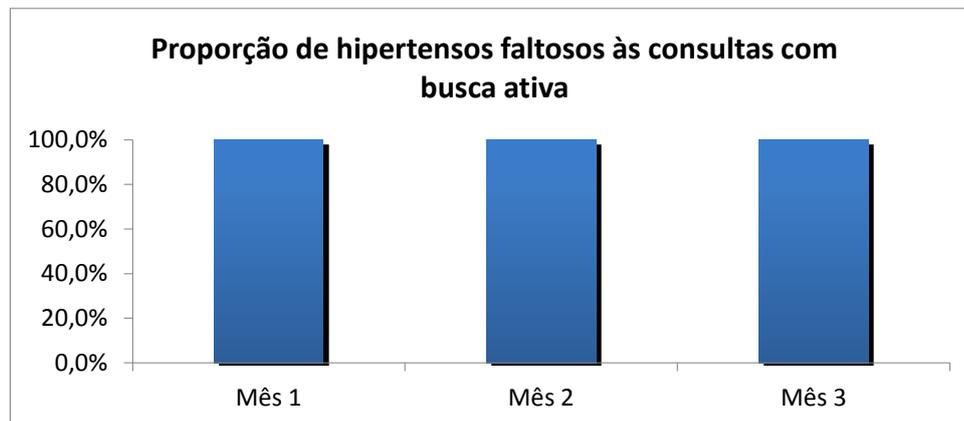


Figura11

Objetivo: Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

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

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

Entre os usuários diabéticos foi alcançada a meta de 100% dos usuários faltosos com busca ativa realizada. A busca ativa foi a principal ferramenta utilizada durante a intervenção para ampliar a cobertura da unidade, foram realizadas reuniões com os agentes comunitários de saúde e foi criada uma lista dos pacientes faltosos

de cada agente comunitário de saúde, estes ficaram responsáveis pela busca de tais pacientes, por vezes agendando visitas domiciliares para aqueles que encontravam-se sem seguimento por dificuldade de deslocamento.

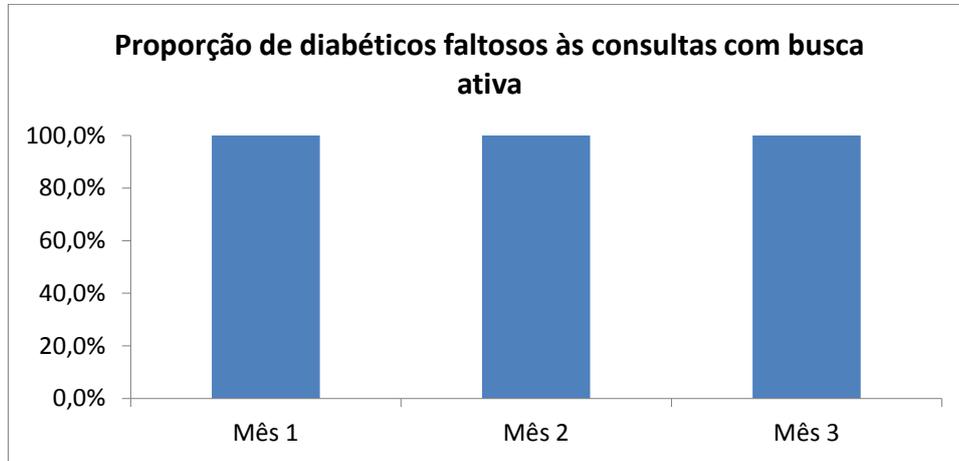


Figura 12

Objetivo: Melhorar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção a proporção de pacientes hipertensos com registro na ficha de acompanhamento foi de 100% no primeiro mês (78), no segundo (136) e terceiro mês (219). Todos os pacientes que chegavam para atendimento na unidade tinham sua ficha preenchida já na recepção, e durante a consulta clínica os demais dados eram preenchidos. A adoção de tais fichas contribuiu ao quesito registro, algo que era escasso na unidade como citado previamente.

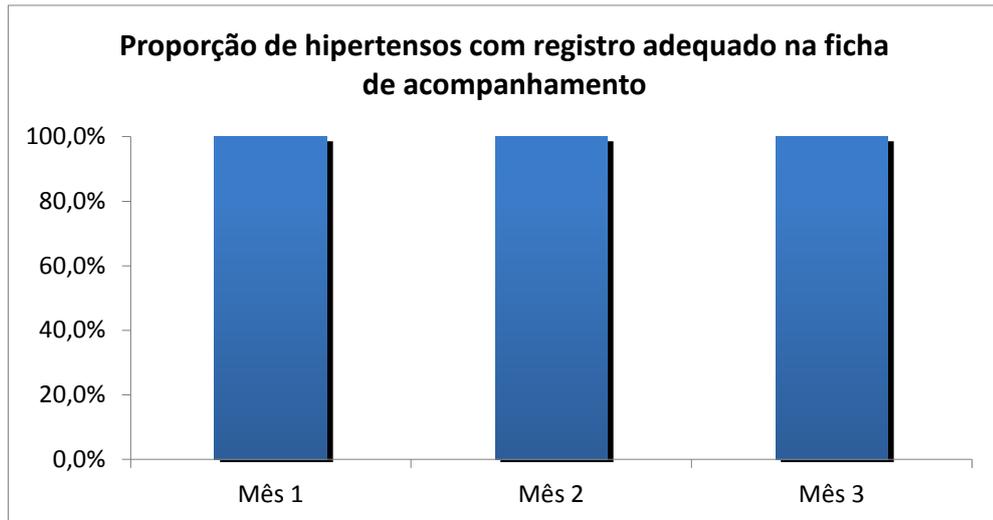


Figura 13

Objetivo: Melhorar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Entre os pacientes diabéticos a proporção também foi de 100% no primeiro (34), segundo (63) e terceiro mês (126).

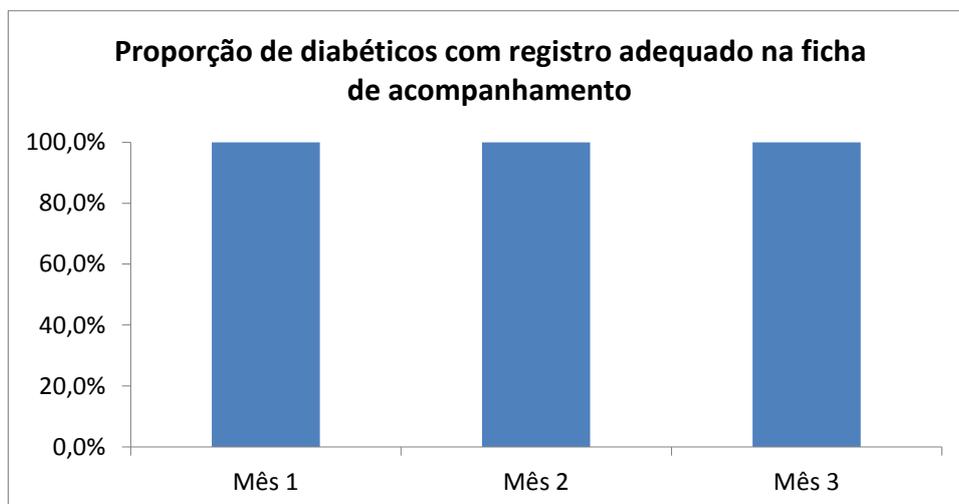


Figura 14

Objetivo: Avaliar o risco cardiovascular das pessoas que fazem parte do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação do risco cardiovascular.

Neste quesito, a proporção foi de 100% (78) no primeiro mês, 100% no segundo mês (136) e 100% no terceiro mês (219). Durante a consulta foi possível avaliar o risco cardiovascular dos pacientes e um dado alarmante foi o encontro de muitos pacientes com alto risco cardiovascular, valendo tal avaliação tanto para hipertensos quanto diabéticos. Entretanto, estes dados não entraram na planilha de coleta de dados, por essa razão não foi possível mensurar.

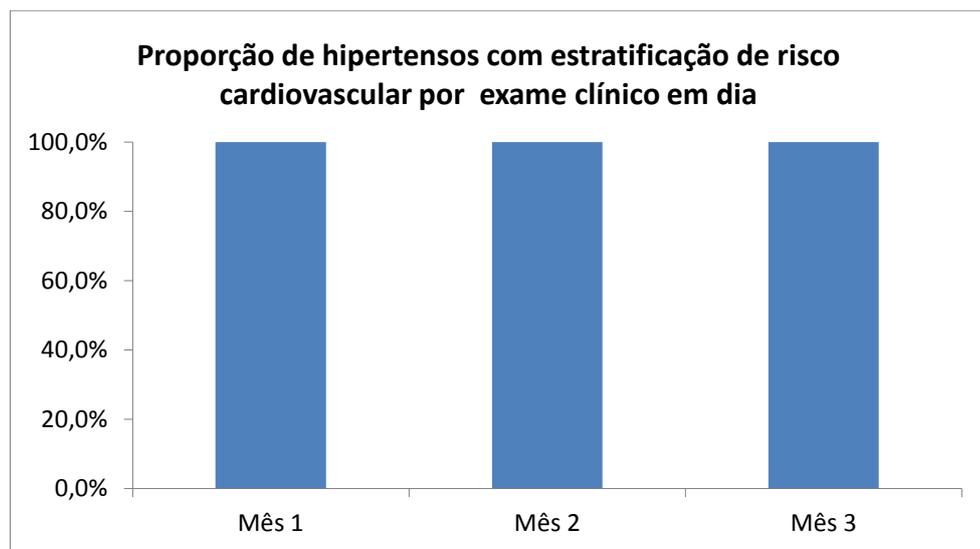


Figura 15

Objetivo: Avaliar o risco cardiovascular das pessoas que fazem parte do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação do risco cardiovascular.

Em relação aos pacientes diabéticos a proporção foi 100% no primeiro mês (34), 100% no segundo mês (63) e 100% no terceiro mês (126).

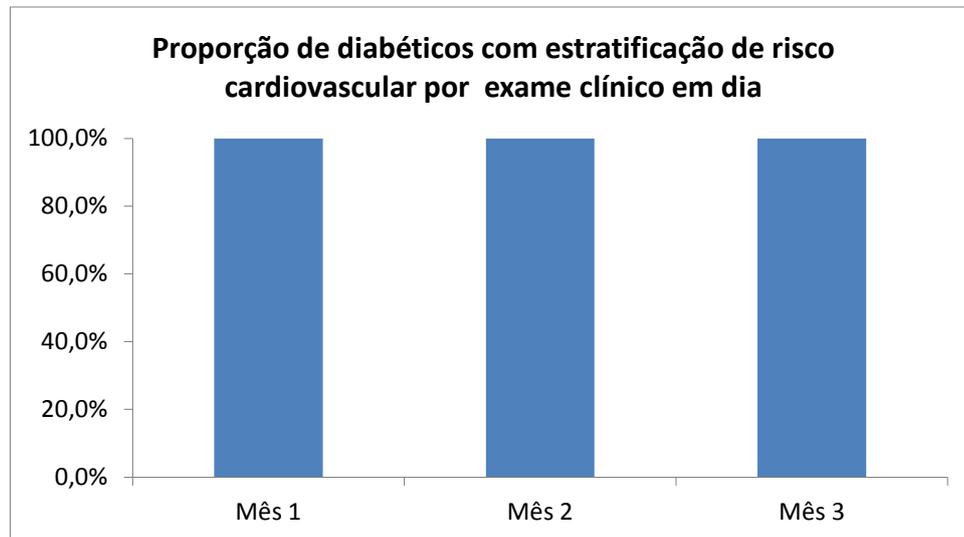


Figura 16

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

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

Entre os hipertensos a proporção de pacientes que receberam orientações sobre alimentação saudável foi de 100% (219) em todos os meses da intervenção. O alcance desta meta foi possível, pois as orientações foram fornecidas durante a consulta e pelas agentes comunitárias de saúde com orientações na sala de espera.

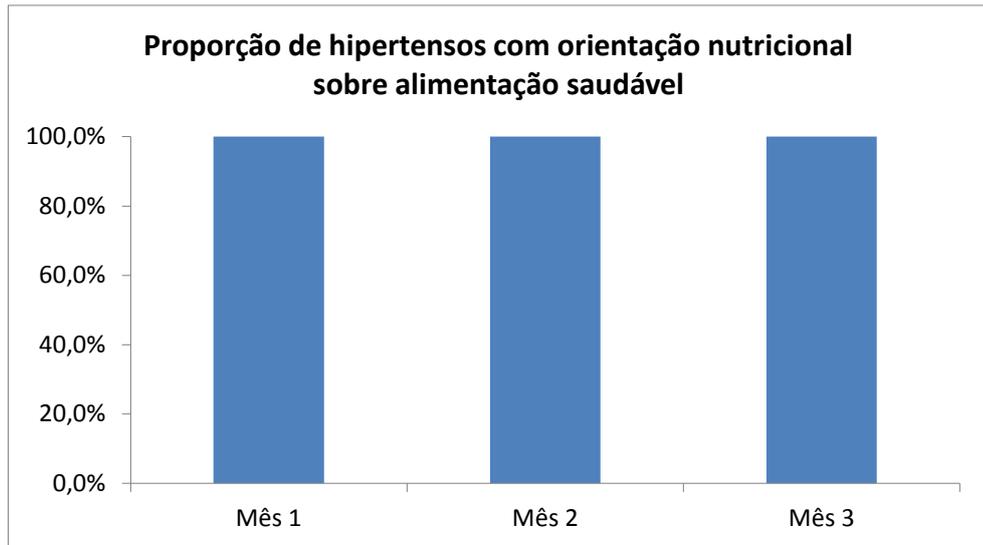


Figura 17

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

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

No grupo dos pacientes diabéticos também foi de 100% (126) a proporção alcançada nos três meses da intervenção.

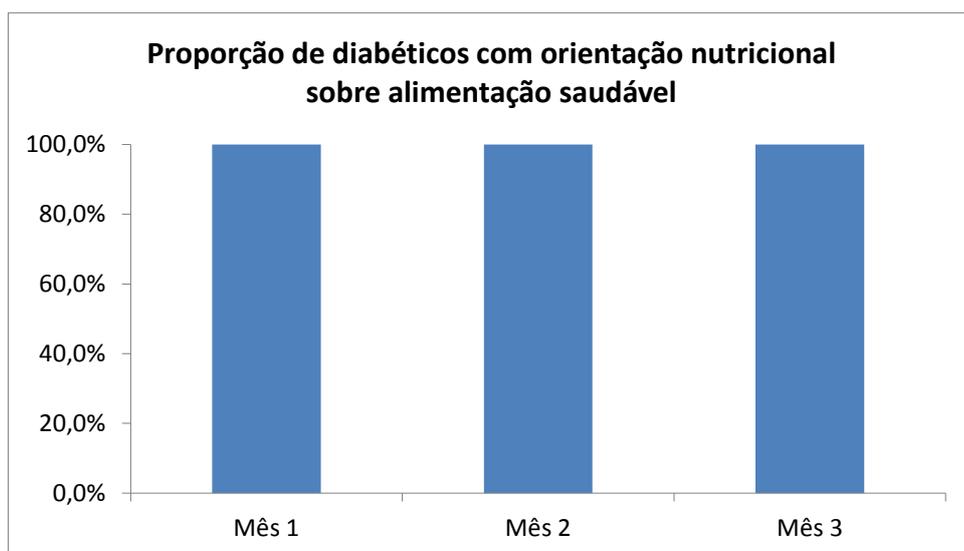


Figura 18

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientações sobre prática de atividade regular.

No primeiro mês a proporção foi 100% (78), assim como no segundo (136) e terceiro mês (219).

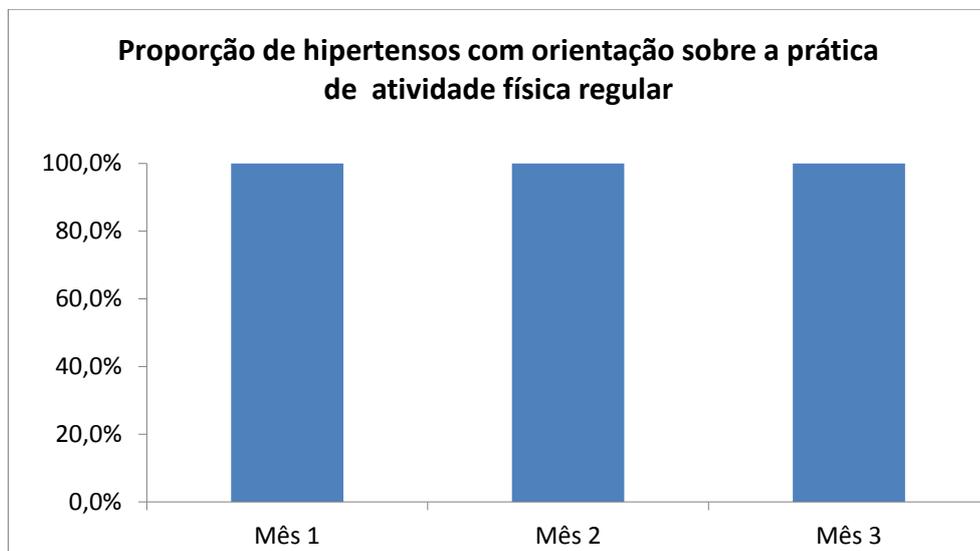


Figura 19

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientações sobre prática de atividade regular.

A proporção entre os usuários diabéticos no primeiro mês foi 100% (34), no segundo (63) e terceiro mês também foi de 100% (126). As orientações foram realizadas durante a consulta e também nas orientações em sala de espera. Os usuários que não vinham em uma rotina de realização de atividade física foram encaminhados para a Academia de Rua de Manacapuru onde atua a educadora física que compõe o NASF que atua na UBS Orlando Martha.

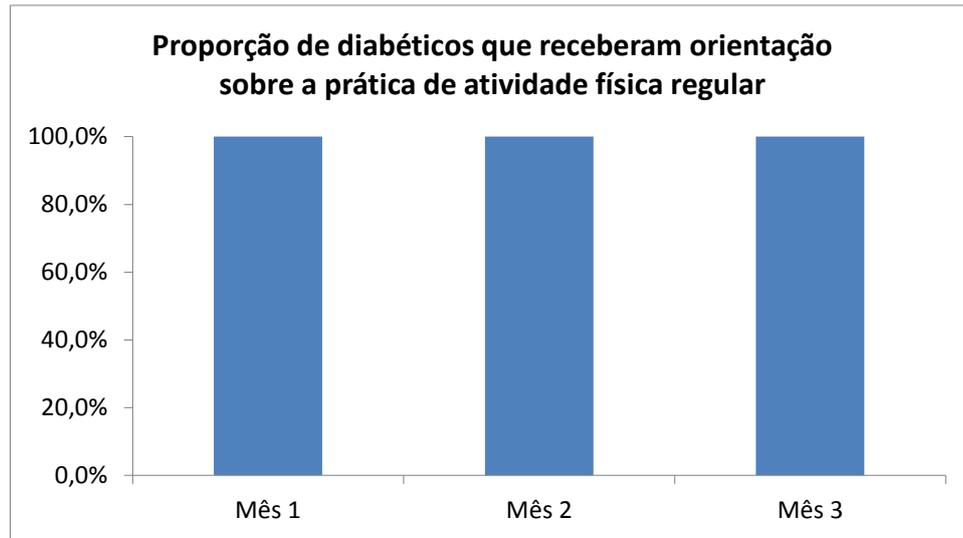


Figura 20

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

No primeiro mês esta proporção foi de 100% no primeiro (78), segundo (136) e terceiro mês (219). Aos usuários sabidamente tabagistas foi oferecido aconselhamento sobre a possibilidade de acompanhamento/tratamento para cessação do tabagismo pelo SUS. E durante o período da intervenção dois usuários hipertensos e tabagistas iniciaram tratamento para cessação do tabagismo.

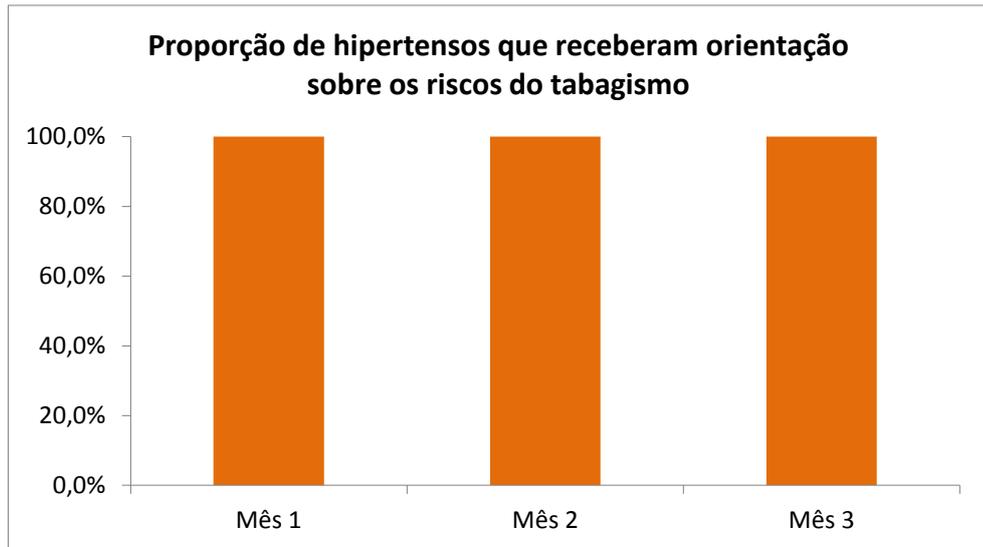


Figura 21

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

A proporção de pacientes diabéticos que receberam orientações sobre os riscos de tabagismo foi de 100% no primeiro mês (34), assim como no segundo (63) e terceiro (126).

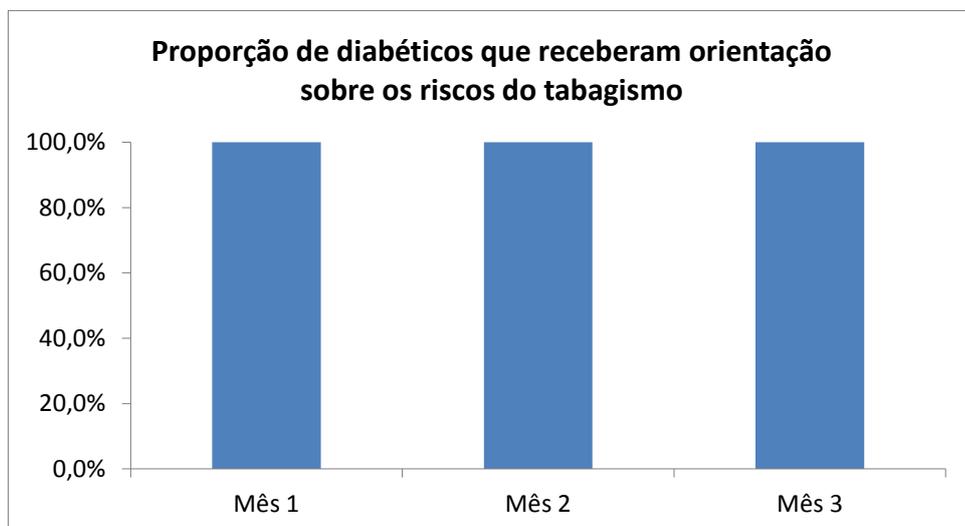


Figura 22

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador: Proporção de pacientes hipertensos que receberam orientações de higiene bucal

Durante os três meses da intervenção a proporção alcançada foi de 100% (219), entre os usuários hipertensos. Como citado anteriormente tais orientações foram fornecidas no momento da avaliação da saúde bucal e também na sala de espera pela técnica de higiene dental da UBS Orlando Martha.

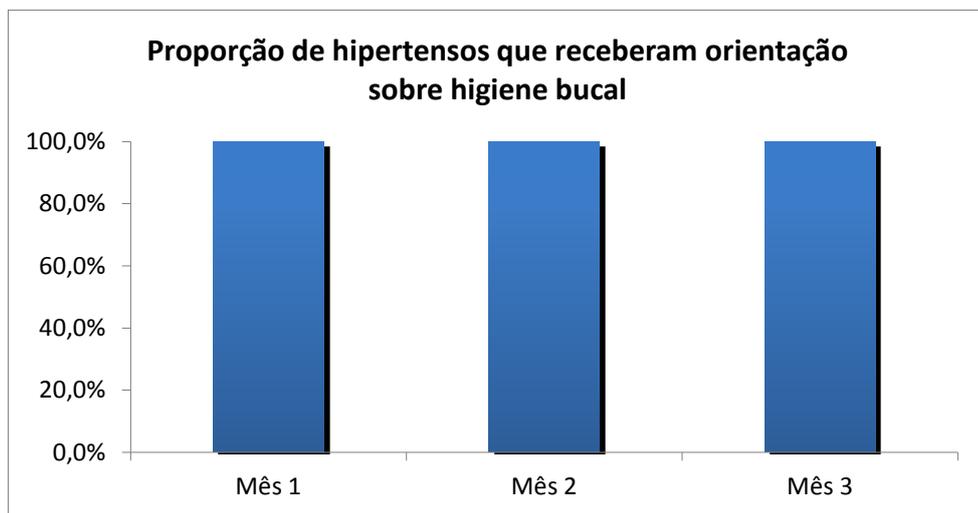


Figura 23

Objetivo: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador: Proporção de pacientes hipertensos que receberam orientações de higiene bucal

A proporção entre os usuários diabéticos atingiu o valor de 100% no primeiro mês (34) e também no segundo (63) e terceiro mês (126).

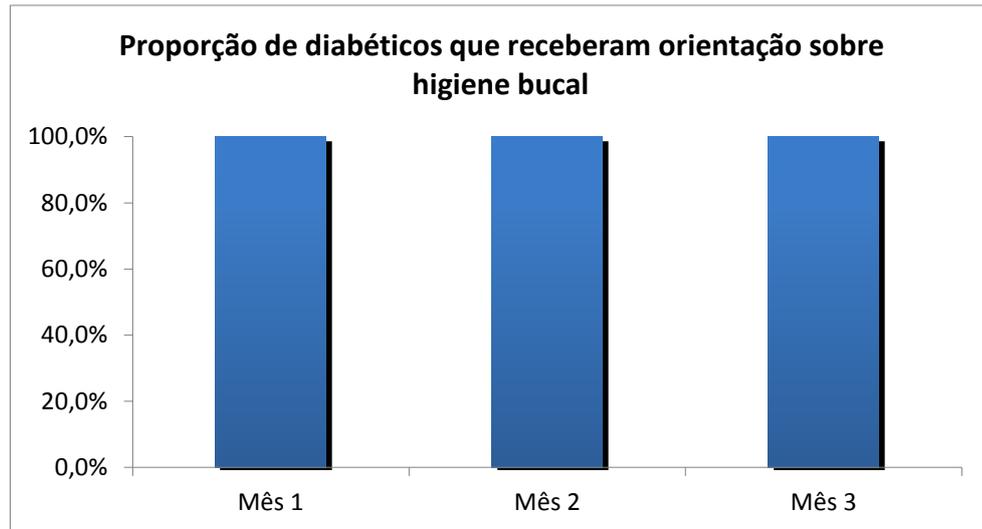


Figura 24

4.2 Discussão

Resumo do que se alcançou com a intervenção:

O projeto de intervenção, na unidade básica de saúde Orlando Martha, proporcionou aumento na cobertura do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Em relação aos usuários hipertensos a cobertura de 17% (134) foi ampliada para 27,8% (219). No grupo de usuários diabéticos a cobertura era de 47,4% e ao fim da intervenção conseguiu-se cobertura de 64,9%.

Além disso, implantou-se a avaliação do risco cardiovascular de todos os usuários atendidos, melhorou-se os registros dos usuários por meio do uso das fichas-espelhos.

Outro aspecto importante foi a educação continuada em saúde, com orientação a respeito de alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo, entre outros assuntos relevantes.

A execução desse projeto exigiu que a equipe de saúde se capacitasse de acordo com os protocolos adotados, o Caderno de Atenção Básica nº 36 e o Caderno de Atenção Básica nº37, do Ministério da Saúde, 2013.

Importância da intervenção para a equipe:

Um dos grandes ganhos da intervenção foi o trabalho em equipe que o projeto exigiu. A equipe atualmente se mostra muito mais preocupada em auxiliar para ampliação da cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção o atendimento a este grupo de pacientes era visto como algo estritamente médico. Noto que as agentes de comunitárias de saúde agora me procuram para apresentar e discutir casos de pacientes residentes em suas respectivas micro-áreas.

As reuniões para capacitação da equipe permitiram o esclarecimento da equipe acerca da importância e impacto que as doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, tem gerado em nossa sociedade nos últimos anos e como nós, profissionais de saúde, precisamos estar aptos para lidar com este grupo de pacientes. A troca de experiências entre os profissionais foi a base para aprimorarmos nossa prática clínica.

Em suma, o trabalho em equipe, a união da mesma, foi fundamental para o êxito da intervenção. E isso que podemos trabalhar juntos para mudar muitas outras fragilidades ainda presentes na unidade.

Importância para o serviço de saúde:

Pode-se dizer que hoje de fato a UBS Orlando Martha conta com um serviço de atendimento com atenção às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Atualmente os pacientes contam com orientações gerais em sala de espera, o atendimento passou a ser voltado para promoção e prevenção e não apenas curativo. O velho hábito de familiares comparecerem para renovar receita de pacientes há longa data sem consultas foi deixado de lado, não sem resistência, mas conseguimos.

A busca ativa dos pacientes faltosos permitiu que encontrássemos muitos pacientes que estavam há longa data sem acompanhamento, alguns até mesmo por dificuldades de locomoção à UBS, então estes agora entram na lista de visitas domiciliares. Percebo atualmente um serviço mais organizado e com uma maior facilidade de acesso dos pacientes aos serviços prestados pela equipe da UBS Orlando Martha.

Importância para a comunidade:

Foi explorado ao longo dos diários da intervenção que o impacto gerado pela intervenção na comunidade é algo a ser avaliado em longo prazo, pois a ampliação da cobertura e adoção de hábitos mais saudáveis trará futuramente uma redução no número de internações e complicações advindas de comorbidades como hipertensão e diabetes, condições sensíveis à atenção primária.

Em curto prazo houve mudança em relação a maior adesão dos pacientes e uma proximidade com a unidade de saúde. As ações de educação em saúde voltadas para a comunidade em geral também tem permitido atuar na prevenção primária de doenças crônicas. Os pacientes demonstram satisfação com as orientações recebidas durante as consultas, o diálogo que ocorre durante a mesma. Alguns pacientes chegam mesmo a comentar que gostam da consulta porque converso bastante e examino e elogiam o tratamento recebido por toda a equipe.

A revisão periódica dos medicamentos e a orientação sobre os locais disponíveis para aquisição dos medicamentos gratuitamente tem sido um reforço da adesão dos pacientes ao tratamento. Assim como a prioridade na prescrição de medicamentos que compõem o Programa Hiperdia. Facilitando o acesso aos medicamentos e seguridade na aquisição destes medicamentos.

Viabilidade de incorporar a intervenção na rotina da UBS

A intervenção foi incorporada à rotina da UBS. As atividades iniciadas durante a intervenção continuaram após o período da intervenção. E durante a reunião com a equipe para apresentação dos resultados obtidos foi esclarecido que toda a rotina deve ser mantida e que devemos sempre buscar melhorias que possam nos auxiliar no caminho até chegarmos ao atendimento ideal, ou seja, o mais próximo possível do que é recomendado nos protocolos.

Para isto vamos manter as reuniões periódicas com a equipe para discutirmos o que precisa de ajustes, o que está funcionando e o que não está dando certo. E principalmente devemos manter o trabalho de conscientização da população acerca da importância em aderir ao tratamento e, para aqueles sem comorbidades, prevenir por meio da adesão de hábitos de vida mais saudáveis.

Daqui para frente pretendemos manter a busca ativa dos pacientes faltosos, sendo que a cada três meses será produzido um relatório sobre os pacientes que não

compareceram para seguimento e as agentes comunitárias continuarão responsáveis pela busca de tais pacientes.

Junto com a equipe do NASF pretendemos criar um grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos que possa se reunir duas vezes por mês e oferecer palestras sobre diversos temas e outras atividades.

Vamos manter e sempre atualizar as orientações em sala de espera. Vamos atuar junto aos gestores na cobrança do adequado abastecimento de medicamentos e no auxílio na realização de ações voltadas para a comunidade.

E uma das grandes metas é conseguir que a UBS possa receber uma nova equipe ESF, pois apenas uma equipe para cuidar de 5419 habitantes dificulta e muito que possamos dar uma assistência de qualidade à clientela adstrita.

4.3 Relatório da Intervenção aos Gestores

Venho por meio deste lhes apresentar as motivações que levaram à escolha do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus para ser foco da intervenção, assim como os resultados obtidos com a mesma.

O Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos é um programa que tem como foco os pacientes hipertensos e diabéticos. As doenças cardiovasculares na atualidade são importante causa de morbidade e mortalidade. Por essa razão, o trabalho de promoção à saúde com vistas à adoção de hábitos de vida que possam em longo prazo reduzir a incidência de tais comorbidades é importante. Assim como garantir que os pacientes já diagnosticados com hipertensão e diabetes mellitus possam ter acesso a um atendimento de qualidade.

A unidade básica de saúde Orlando Martha, localizada no Município de Manacapuru/Amazonas, conta com uma estrutura física simples, a deficiência principal no quesito estrutura deve-se ao fato da ausência de um espaço próprio para realização de atividades em grupo e área adequada ao acolhimento dos pacientes.

Antes da intervenção estavam em seguimento regular na unidade 134 usuários hipertensos, uma cobertura de 17%; e 92 pacientes diabéticos, perfazendo uma cobertura de apenas 47,4%.

Os principais objetivos da intervenção foram ampliar a cobertura, melhorar adesão dos pacientes, criar uma forma de registro organizado para estes pacientes e adotar como rotina na unidade e na comunidade as orientações sobre hábitos saudáveis de vida e outros temas relevantes.

Com a intervenção foi possível ampliar a cobertura aos pacientes hipertensos e diabéticos, especialmente entre o grupo de diabéticos. Ao fim da intervenção, atingiu-se cobertura de 27,8% entre os usuários hipertensos e, cobertura de 64,9% entre os usuários diabéticos.

A UBS Orlando Martha conta com apenas uma equipe de saúde da família para atender 5174 pessoas, não obstante a equipe encontra-se sobrecarregada, um dos motivos que acredito ser uma das grandes causas da baixa cobertura da unidade. É importante estudar a possibilidade de implantação de uma nova equipe de saúde da família no local, pois apenas dessa forma será possível, de fato, atingir as metas de cobertura e dar qualidade à assistência prestada à população adstrita.

Com a intervenção as ações voltadas para promoção da saúde tornaram-se rotina na unidade. E os usuários tem se mostrando bastante interessados e participativos. Por essa razão, esperamos contar com a vossa colaboração com a doação de eventuais materiais que sejam necessários nas futuras ações.

O atendimento clínico completo pode ser realizado em todos os pacientes atendidos durante o período da intervenção, este era um hábito mesmo antes da intervenção, mas houve ganho no quesito de avaliação da sensibilidade dos pacientes diabéticos e a atenção ao risco cardiovascular dos pacientes que passou a ser registrado na ficha de acompanhamento dos mesmos.

Mas um dos grandes ganhos da intervenção foi o trabalho em equipe que o projeto exigiu. A equipe atualmente se mostra muito mais preocupada em auxiliar para ampliação da cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção o atendimento a este grupo de pacientes era visto como algo estritamente médico.

Então cada integrante da equipe passou a ser co-responsável pelo Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Pode-se dizer que hoje de fato a UBS Orlando Martha conta com um serviço de atendimento com atenção aos hipertensos e diabéticos. O programa passou a ser visto como um programa de cuidados continuados.

O impacto gerado pela intervenção na comunidade é algo a ser avaliado em longo prazo, pois a ampliação da cobertura e adoção de hábitos mais saudáveis trará futuramente uma redução no número de internações e complicações advindas de comorbidades como hipertensão e diabetes, condições sensíveis à atenção primária.

Com vistas a melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos, uma sugestão seria que as consultas fossem agendadas continuamente, por exemplo, o paciente sairia da consulta já com a data do seu retorno. Tal ideia pode se estender a todas as demais unidades de saúde do município.

Diante dos dados expostos acima a equipe de saúde da UBS Orlando Martha espera contar com o vosso apoio para que possamos atingir o objetivo que temos em comum que é levar uma assistência à saúde de qualidade.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

O número de pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial (“pressão alta”) aumentou nos últimos anos e, sabemos que essas doenças quando não tratadas adequadamente aumentam o risco da pessoa sofrer um “infarto” ou “derrame” (acidente vascular encefálico). Por esse motivo é muito importante conhecer dentro de um território específico o número de pessoas com tais doenças crônicas e, mais do que isto, trabalhar na prevenção das consequências destas doenças.

Foi feita uma avaliação do Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus da UBS Orlando Martha, que atende parte do bairro São José, e o que se descobriu foi que a cobertura do programa estava muito baixa e que o programa estava desorganizado, comprometendo a qualidade do atendimento prestado a estes usuários.

Por essa razão foi criado um projeto de intervenção para conseguir melhorar o atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos. Durante o período de agosto a novembro de 2014 foi realizada a intervenção e abaixo serão apresentados os resultados alcançados com essas ações.

É sabido que o atendimento exclusivo para usuários hipertensos e diabéticos acontece na terça-feira nos turnos matutinos e vespertino, mas é importante frisar que estes usuários podem receber atendimento em qualquer outro dia da semana. Afinal os cuidados com esses pacientes não podem ser realizados em apenas um dia da semana. A terça-feira como dia de atendimento aos hipertensos e diabéticos é apenas uma forma de organização do atendimento.

Durante a intervenção foi avaliado se o paciente fazia uso de remédios disponíveis na UBS ou Farmácia Popular. Para aqueles com uso de remédios não disponíveis nestes locais foram feitos ajustes, quando possível, em suas receitas para medicações disponíveis. A enfermeira da unidade entrou em contato com uma drogaria privada do município e foi garantido que neste local também é possível adquirir a medicação de forma gratuita desde que possua receita médica em duas vias.

Outro ponto importante durante a consulta foi o tempo dedicado às orientações sobre alimentação saudável, importância da atividade física, assim como sobre tabagismo. Isso ajudou a explicar as consultas mais demoradas. E a verdade é que assim deve ser uma consulta de verdade, pois para o tratamento do diabetes e “pressão alta” o importante não é apenas tomar os remédios, pelo contrário, é fundamental também fazer mudanças na alimentação e outros hábitos de vida. Por essa razão a partir da intervenção a equipe passou a trabalhar especialmente na parte de promoção da saúde e prevenção.

Antes da intervenção estavam em acompanhamento regular na UBS Orlando Martha 134 pacientes hipertensos e 92 diabéticos. Por essa razão durante a intervenção foi trabalhada a busca ativa, que pretendia, como o nome diz, sair em busca de pacientes na área com hipertensão arterial e diabetes. Com esta busca conseguimos aumentar a cobertura. Após a intervenção o número de hipertensos em seguimento regular aumentou para 219 e o número de pacientes diabéticos aumentou para 126.

Agora após a intervenção nota-se aumento da cobertura e uma melhor organização do programa, agora temos mais dados dos pacientes, o que nos permite pensar em novas ações que possam melhorar cada vez mais o atendimento a este grupo de pacientes. Porém, sabemos que ninguém trabalha sozinho. Por esse motivo é importante que a comunidade possa apoiar a equipe Orlando Martha na busca dessas melhorias, dando sua opinião sobre o que precisa mudar, aderindo ao tratamento e funcionando como propagadores da importância dos hábitos saudáveis e rastreio de doenças como hipertensão e diabetes, entre seus familiares e amigos.

5. Reflexão sobre processo de Aprendizagem

Ao início do curso, em março de 2014, havia muita expectativa sobre o trabalho que iria realizar, uma vez que desde o princípio sabia que seria responsável por realizar uma intervenção na unidade de saúde em que estou trabalhando. Por ser algo que nunca havia feito antes tive insegurança, pensando se seria capaz de criar um projeto e, principalmente, colocá-lo em prática, fazer acontecer.

O trabalho dividido em etapas, partindo da análise situacional da unidade básica de saúde (UBS) até chegar à intervenção, foi um grande facilitador em todo este processo. Pois foi organizado de forma coerente. Primeiramente exigindo uma avaliação pormenorizada da estrutura, funcionamento e organização da UBS, que permitiu saber quais as deficiências e o que precisava de melhorias. Compreendi, nesta etapa, que é importante conhecermos o local onde atuamos; em trabalhos anteriores confesso que não costumava me ater ao processo de trabalho do local, portanto não fazia idéia do que precisava melhorar; hoje vejo como isto é fundamental.

Então, ao fim da intervenção mal posso definir o quão gratificante foi perceber que conseguimos realizar as ações/atividades que foram propostas no projeto de intervenção.

No quesito profissional foi grande o aprendizado pelo contato diário com os usuários, as trocas de idéias com os demais profissionais da UBS, além da troca com os colegas da especialização por meio dos fóruns. Também pela resolução dos casos clínicos que sempre trouxeram temas da nossa prática diária. Coordenar a intervenção me ensinou muito sobre o aspecto de liderança e importância de trabalhar em equipe.

Trabalhar com atenção primária trouxe uma aproximação com a comunidade, entrava nas casas das pessoas, literalmente, e conhecia sua realidade. Ao contrário do que se vê nos hospitais, na atenção básica levamos em conta essa realidade e todo o suporte familiar da pessoa. Levarei comigo esta noção de abordagem ampliada.

Ao fim de tudo percebo que este trabalho foi além de uma simples experiência profissional, foi uma experiência de vida. E reitero que a intervenção permanecerá na unidade como parte da rotina; e todo o conhecimento que adquiri neste período também fará parte da minha rotina a partir de então e, pretendo empregar tudo que aprendi por onde quer que vá.

6. BIBLIOGRAFIA

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Saúde Legis** – Sistema de legislação da saúde.

Costa, J.S.D.; Bittenbender, D.C.; Hoefel, A.L.; Sousa, L.L. **Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Caderno de Saúde Pública. 2010; 26(2): 358-364.

Cotta, R.M.M.; Reis, R.S.; Batista, K.C.S.; Dias, G.; Alfenas, R.C.G.; Castro, F.A.F. **Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária**. Revista de Nutrição. 2009; 22(6): 823-835.

Ferreira, C.L.R.A.; Ferreira, M.G. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do hiperdia**. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. 2009; 53(1): 80-86.

Lotufo, P. A. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares.** Revista de Medicina [da] Universidade de São Paulo. 2008; 87(4):232-7.

População estimada Manacapuru 2014, **IBGE.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php>>. Acesso em: 10/01/2015.

Prefeitura Municipal de Manacapuru <<<http://www.manacapuru.am.gov.br>>>. Acesso em 14/03/2014.

Prevalência hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, Brasil 2012, **DATASUS.** Em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/g02.def>>. Acesso em 13/02/2015.

Rezende, A.M.B. **Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial:** avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde pública. Universidade de São Paulo, 2011.

Souza, M.L.P.; Garnelo, L. **“É muito dificultoso!”: Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. 2008; 24(1): 91-99.

Sigolo, A. R. L.; Aiello, A. L. R. **Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil.** Paidéia (Ribeirão Preto), 2011; 48(27),2011.

ANEXO C



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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

