

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6

FERNANDA BRAGA MONTEIRO

**Qualificação à Atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Marabaixo em Macapá, AP**

Pelotas 2015

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6

**Qualificação à Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Marabaixo em Macapá, AP**

Fernanda Braga Monteiro

Paulo Faria Bonat

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

Pelotas 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M775q Monteiro, Fernanda Braga

Qualificação à atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Marabaixo em Macapá, AP / Fernanda Braga Monteiro ; Paulo Faria Bonat, orientador. — Pelotas, 2015.

64 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 básica à saúde. 3. Hipertensão. 4. Diabetes Mellitus. I. Bonat, Paulo Faria, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Melitus,

Aos meu pais, irmãos, avós e ao meu marido.

Fernanda Braga

Agradecimentos

A Deus, por sua fidelidade, bondade e fortaleza.

A Prof Paulo Faria Bonat, pela valiosa orientação sem a qual este trabalho não seria possível.

A Enfermeira Josilene Rodrigues, pela presteza, contribuições e apoio que muito somaram.

A todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família 066 da UBS Marabaixo, pela disponibilidade e colaboração para execução do trabalho.

Aos pacientes atendidos durante a intervenção.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	42
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	42
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo Com o protocolo	43
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	43
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	44
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	44
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	45
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	45
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	46
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	46
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	47
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	47
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	48
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	48
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	49
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	49

Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre Alimentação saudável	50
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre Alimentação saudável	50
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	51
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular	51
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	52
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	52
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre Higiene bucal	53
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

ESF	Equipe de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PA	Pressão Arterial
IMC	Índice de Massa Corpórea

Sumário

1	Análise situacional	09
1.1	Impressão inicial da situação da ESF/APS na unidade analisada	09
1.2	Relatório da Análise Situacional	10
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2	Análise estratégica – projeto de intervenção	20
2.1	Justificativa	20
2.2	Objetivos e metas	22
2.2.1	Objetivos	22
2.2.2	Metas	22
2.3	Metodologia	24
2.3.1	Ações e detalhamento das ações	24
2.3.2	Indicadores	28
2.3.3	Logística	32
2.3.4	Cronograma	35
3	Relatório de intervenção	36
4	Avaliação da intervenção	40
4.1	Resultados	40
4.2	Discussão	53
4.3	Relatório da intervenção para os gestores municipais	56
4.4	Relatório da intervenção para a comunidade	62
5	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	63
6	Bibliografia	65
	Anexo1 – ficha espelho	67
	Anexo 2 – planilha de coleta de dados	67
	Anexo 3 – Documento comitê de ética	68

Resumo

MONTEIRO, Fernanda Braga. **Qualificação à Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Marabaixo em Macapá, AP.** 2015. 70f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Durante doze semanas foi desenvolvido um projeto de intervenção com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, residentes na área de cobertura da Equipe Saúde da Família (ESF) 066, da UBS Marabaixo no município de Macapá, no Amapá. A intervenção tinha o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento à população de usuários portadores de hipertensão e diabetes na UBS Marabaixo, em Macapá, Amapá, e realizou ações relacionadas aos seguintes eixos temáticos: Organização e Gestão do Serviço (Saúde Coletiva); Monitoramento e Avaliação (Saúde Coletiva); Engajamento Público (Saúde Coletiva); e Qualificação da Prática Clínica (Clínica). De acordo com estimativas nacionais, 2011, na área adstrita à UBS existem 440 hipertensos e 108 diabéticos com 20 anos ou mais. Entretanto, de acordo com levantamento feito esse ano, apenas pouco mais de 70 hipertensos e 13 diabéticos residem na área de cobertura atendida pela equipe. Foram cadastrados 31 hipertensos e 10 diabéticos no Programa de Atenção à hipertensão e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde alcançando uma cobertura de 7% para hipertensos e 9,3% para diabéticos. Além da ampliação da cobertura, foi garantido a 100% dos usuários a realização do exame clínico, solicitação de exames complementares, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro das informações de forma adequada, orientação quanto à importância de uma alimentação saudável, quanto à prática regular de atividade física, quanto aos riscos do tabagismo e quanto a higiene bucal. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular realizada a estratificação de risco cardiovascular, mas não atingiu-se a meta esperada nesses objetivos. As ações desenvolvidas resultaram em sistematização e organização do serviço, refletindo em maior satisfação do usuário e melhoria do atendimento prestado.

Palavras-chave: Saúde da família, atenção primária à saúde, doença crônica, Diabetes Mellitus, hipertensão.

1 Análise Situacional

1.1 Impressão inicial da situação da ESF/APS na unidade analisada

Escrito em abril/2014

Trata-se da Unidade Básica de Saúde do Marabaixo em Macapá-AP. A unidade possui atenção básica, atendimento de urgência 24 horas e Estratégia Saúde da Família, que conta com 4 Equipes de Saúde da Família (ESF) todas compostas por Enfermeiro, Médico, Técnicos de enfermagem, Agentes comunitários, Cirurgião dentista e auxiliar de cirurgião dentista. A equipe da autora atende 658 famílias, contendo 2.890 pessoas e foi a única equipe envolvida na intervenção.

A unidade tem uma estrutura física boa, foi construída de alvenaria há apenas 3 anos. Contém nove consultórios, farmácia, sala de vacinação, sala para coleta de PCCU, sala de reuniões, sala para realização de teste rápido para HIV, sífilis e exames para algumas doenças como malária. Possui também sala de esterilização, expurgo, copa, banheiros. Não possui estrutura de laboratório para exames de rotina. Na área externa existem apenas três vagas de estacionamento, estacionamento para bicicletas, rampa de acesso a deficientes. Recentemente foi instalado sistema de alarme. As instalações comportam também um equipe de NASF.

A UBS realiza frequentemente atividades de educação em saúde nos mais diversos temas através de conversas, palestras, teatro, grupo de reflexão, dinâmica de grupo e oficinas. Existem grupos específicos para realização de atividade física, atualmente voltados para os idosos e portadores de hipertensão e diabetes. Contamos com creche, escola, igreja, associação esportiva e de lazer e associação como espaços para realização dessas ações.

Temos uma população bastante heterogênea, sendo as ações voltadas para diversos grupos, entre eles, adolescente, aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e do homem. Ainda não contamos com ações voltadas para o combate ao tabagismo, abuso de álcool, portadores de sofrimento psíquico e capacitação para o trabalho.

Considero que existe boa relação entre os usuários e a equipe. A equipe de saúde tem conhecimento e domínio sobre os casos e agravos ocorridos na sua área de abrangência facilitando a rápida tomada de decisões e resolução.

A comunidade, por outro lado, se organiza através de associação de moradores que conta com “prefeito”, “delegado” entre outros, cada um com atribuições específicas que ajudam no processo de fiscalização do serviço prestado a população e porta vós dos problemas enfrentados.

Na unidade são disponibilizados nos quadros de aviso toda a agenda da semana das equipes, incluindo horário de atendimento médico e de visita domiciliar. O usuário pode agendar consulta comparecendo diretamente a unidade ou através de ser agente comunitário. As consultas são agendadas conforme a ordem, havendo prioridade apenas em casos de maior gravidade.

Ainda faltam critérios para organização das visitas domiciliares, atualmente existe um dia na semana para que cada agente realize as visitas na sua área, porém não existe critério para definição dos usuários prioritários as visitas. Muitas vezes fazemos visitas desnecessárias e deixamos pessoas necessitadas descobertas.

De forma geral, a população tem acesso regular a atenção básica, conta com profissionais competentes e atenciosos, um tempo de espera curto para marcação de consulta e possibilidade de cuidado continuado. O que atrapalha o cuidado em saúde é a dificuldade para realização de exames complementares – existem poucos locais para realização de exames e o bairro é afastado –, acesso a medicação disponibilizada pelo programa “farmácia popular” – no bairro não há nenhuma farmácia cadastrada no programa – e maior necessidade de atenção ao tratamento não medicamentoso com ações voltadas a modificação do estilo de vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Escrito em maio/2014

O município de Macapá, capital do Estado do Amapá, está localizado no extremo Norte do Brasil. Possui 437.000 habitantes que dispõem de 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo 20 na área urbana e 03 na área rural. Atualmente o município dispõe de 08 equipes de

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) funcionando em algumas dessas UBS e 02 Centros de Especialidades Odontológicas.

Na atenção terciária existem 14 Hospitais que oferecem atenção especializada e serviço hospitalar, sendo eles Hospital Geral, Hospital Da Criança e do Adolescente, Hospital Da Mulher, Hospital Escola São Camilo E São Luiz, Hospital Sarah Kubitschek, Ambulatório De Especialidades do Hospital Alberto Lima, Clínica da Família, Clínica Diagnóstico, Centro de Referência de Doenças Tropicais, Centro de Referência em Tratamento Natural, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, entre outros, principalmente dois hospitais atendem à região metropolitana, o Hospital Geral e o Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, em que atua a equipe da Secretaria de Estado da Administração (SAD) em cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsável pela região central da cidade, outras equipes multiprofissionais atuam na zona norte (UBS Marcelo Cândia) e na zona sul (UBS Lélío Silva e Congos).

A rede de laboratórios é insuficiente, está presente em apenas quatro UBS, no Laboratório Central de Saúde Pública (LACEM) e em alguns dos hospitais já citados. Macapá também conta com Serviço de Atenção as Urgências Médicas (SAMU).

A Unidade Básica de Saúde do Marabaixo foi criada há aproximadamente dois anos, está localizada na área urbana do município, mas também atende população de área rural, possui vínculo com o Sistema Único de Saúde, sendo uma UBS da prefeitura. Na unidade são desenvolvidas atividades de ensino nos campos de enfermagem, medicina e odontologia.

Trata-se de uma unidade mista, conta com pronto atendimento de atenção básica e urgências e com Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui quatro Equipes de Saúde. As quatro equipes contam cada uma com um enfermeiro e um médico, pelo menos um técnico de enfermagem e de três a cinco agentes comunitários, apenas duas delas possuem cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. Coexiste na UBS uma equipe de NASF 1 composta por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, pediatra, ginecologista e profissional de educação física.

A estrutura física da UBS é boa e segue a maioria das especificações e normas do manual de estrutura da UBS do Ministério da Saúde. São dois pisos, no primeiro há sala de espera que comporta em torno de 30 pessoas, farmácia, S.A.M.E,

sala de vacinação, sala de nebulização, sala de curativos/procedimentos, 6 consultórios (sendo 1 com banheiro), banheiros para usuários e para funcionários, copa/cozinha, almoxarifado, 1 equipo odontológico, 1 sala dividida pelos Agentes comunitários e técnicos de enfermagem. No segundo piso há auditório/sala de reuniões, sala da direção, sala de enfermeiros, sala de coleta de PCCU, sala de esterilização, entre outros. A maioria das salas não têm as medidas estabelecidas no manual, mas têm boa ventilação e iluminação, paredes lisas e superfícies laváveis.

Entre as principais falhas está o espaço insuficiente da sala de recepção que deveria abrigar no mínimo 60 pessoas, o que gera desorganização e maior risco de contaminação para os usuários devido aos aglomerados. A unidade não possui possibilidade de ampliação, assim, uma solução para o problema seria restringir o número de consultas por turno. A acessibilidade ao andar térreo da unidade é facilitada com rampa, corrimão e sinalização, mas o acesso ao segundo piso não, já que é feito unicamente através de escadas. Pessoas com deficiência, gestantes e idosos têm dificuldade em participar de atividades no auditório, por exemplo, o que gera uma forma de exclusão social. Foi solicitado ao diretor da Unidade que encaminhasse a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) uma proposta para instalação de elevador, solucionando o problema.

Com relação a equipamentos e instrumentos, nota-se que boa parte deles são disponibilizados e suficientes, há algumas pequenas faltas como inexistência de otoscópio e oftalmoscópio. A maior limitação é a inexistência de sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, assim como de revisão de calibragem de esfigmomanômetros e balanças, algo que impossibilita a recuperação dos aparelhos existentes com dificuldades mínimas perfeitamente solucionáveis.

A UBS não possui conexão com a internet ou telefone dificultando a troca de informações com a SEMSA e com os usuários, e o acesso rápido a bibliografias e manuais do MS para esclarecimento de eventuais dúvidas. Também não possui computadores, que tornariam o serviço mais ágil, reduzindo o tempo de espera dos usuários. Prontuários em papel facilmente se perdem, e frequentemente se lida com perdas de informação que prejudicam a continuidade do cuidado do paciente.

A disponibilidade de exames e de consultas na atenção especializada é precária, até para exames simples de laboratório o tempo de espera é grande, o que leva os usuários a recorrer ao serviço particular ou mesmo a abandonarem o cuidado

com a saúde. Alguns exames mais complexos e alguns especialistas não são nem mesmo oferecidos. Na farmácia do posto existem pouquíssimos remédios disponíveis, faltam antibióticos, anti-hipertensivos e outros remédios essenciais são insuficientes. Esses problemas devem ser levados a Secretaria de Saúde na tentativa de entender porque estão ocorrendo para então buscar as soluções. Os Governos Estadual e Municipal têm contratado novos profissionais, inclusive com a realização de concursos públicos, mas falta também investimento em estrutura física, que deve se estender a ampliação da rede de laboratórios e compra de equipamentos para realização de exames de imagem, por exemplo. Os problemas de infraestrutura da saúde são complexos e, apesar dos avanços na rede de saúde básica do município de Macapá, estaremos sempre limitados se os avanços não ocorrerem também nos outros níveis de atenção à saúde.

Alguns pontos fortes dentro da UBS Marabaixo são a vacinação, existe um estoque completo e frequência regular na aplicação de vacinas, esta é feita em livre demanda, sob a responsabilidade da enfermagem, mas não existe busca ativa daqueles com vacina em atraso de forma sistematizada. São realizados testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite. Não conta com testes do pezinho e orelhinha, mas, mais recentemente foi feita capacitação dos profissionais e implantação do teste do olhinho. Além disso, como na unidade funciona uma equipe do NASF o acesso a fisioterapia, fonoaudiologia, ginecologia, nutrição, ginecologia e obstetrícia – contando também com realização de USG transvaginal na própria unidade -, pediatria e psicologia é disponibilizado com menos de 30 dias de espera.

Todos os profissionais participam da territorialização e mapeamento da área e realizam cuidado em saúde no domicílio e em todos os espaços coletivos do bairro, que inclui escola, creche e igrejas, além da própria UBS, onde são realizadas atividades em quase todos os grupos, excetuando-se o combate ao tabagismo, capacitação para o trabalho e portadores de sofrimento psíquico. A maioria dos profissionais faz notificação compulsória dos agravos e doenças notificáveis bem como a busca ativa dessas doenças. A Secretaria de Saúde promove frequentemente atualizações e qualificações multiprofissionais, a maioria delas são atualizações técnicas.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente e nelas há espaço para discussão de assuntos pertinentes e esclarecimento de dúvidas, as reuniões são importantes para o bom andamento do trabalho e afetam diretamente os resultados.

A equipe não consegue gerir o fluxo de referência e contra-referência, ocorre que o acesso a especialistas é muito demorado, desorganizado e enfrenta o excesso de demanda. Quando é feito um encaminhamento a um especialista ou solicitada uma internação não obtemos retorno, gerando perda de informações. Uma das atribuições de todos os funcionários da equipe é a participação no gerenciamento de insumos, ocorre que na unidade em questão não existe plano adequado de gerenciamento de insumos ou mesmo espaço para que os funcionários possam participar dessa questão. As visitas não ocorrem de forma organizada, não priorizando as famílias com maior risco e vulnerabilidade. A responsabilidade pela marcação das visitas é dos ACS que muitas vezes se preocupam em acrescentar números a suas produções, realizando visitas desnecessárias. Deve-se oferecer aos ACS mais orientação e capacitação para o reconhecimento dos usuários com necessidade de acompanhamento médico ou de outro profissional da equipe.

A população da área adstrita é de aproximadamente de 10.978 habitantes, dos quais 5.866 são do sexo feminino e a faixa etária mais representada está entre 16 a 59 anos de idade, com 36% do total de habitantes (3955 hab.). As 04 equipes de Saúde da UBS Marabaixo são responsáveis por uma população média de 2500 pessoas por equipe, número proporcional ao número de ACS. Ainda existe pelo menos 30% de população não adstrita, sendo necessária a implantação de novas equipes de saúde, já que apesar do esforço das equipes existentes em realizar a assistência às áreas descobertas, através de ações de prevenção e promoção de saúde ainda existem famílias sem atenção adequada.

Na UBS Marabaixo o acolhimento é feito pela equipe de referência do usuário, de segunda a sexta, nos turnos da manhã e tarde. Os usuários que solicitam consulta por problemas de saúde agudos são recebidos pelos ACS e técnicos de enfermagem da equipe, esses profissionais analisam a situação e definem a prioridade de atendimento (pro dia ou pro dia mais próximo). O que facilita o acolhimento eficiente é que a demanda é compatível com a estrutura e com o número de profissionais da UBS.

Infelizmente, essa disponibilidade para atendimento de problemas agudo não é oferecida pelo profissional dentista, devido do excesso de demanda nessa área e, por falta de habilidade e conhecimento dos profissionais das equipes, não é aplicada nenhuma classificação de risco biológico ou vulnerabilidade social. Por outro lado, contamos com pronto atendimento clínico e odontológico, assim, na impossibilidade

de atenção ao usuário necessitado de atendimento de urgência ele é facilmente encaminhado a esse serviço.

Existem em torno de 120 crianças menores de um ano cadastradas na UBS Marabaixo. A cobertura da puericultura é boa no primeiro ano de vida, mas torna-se baixa nas outras faixas etárias, quando a maioria das consultas acaba ocorrendo apenas por agravos agudos. Nas crianças que comparecem a consultas médicas, são realizados acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, alimentação, tratamento de intercorrências clínicas e orientações gerais, incluindo aleitamento materno. Também são realizadas visitas domiciliares previamente planejadas, quando necessário. Ainda não foi adotado qualquer protocolo ou manual técnico para o atendimento de puericultura e, apesar da existência de uma ficha específica que é revisada mensalmente, muitas informações importantes não são registradas ou são feitas de forma incompleta. Não existem profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação das ações, essa tarefa é realizada em parte pelos enfermeiros, mas esse profissional acaba ficando sobrecarregado. O agendamento prévio das consultas subsequentes não é feito, fica a cargo das mães a marcação no próximo ao retorno, o que gera perdas e prejudica a continuidade do cuidado. O pré-agendamento é uma medida simples que facilita e melhora a qualidade do atendimento. É necessário mais ênfase na conscientização das mães quanto à importância da puericultura, com realização de ações, “rodas de conversas” e encontros envolvendo todos os profissionais da equipe, já que as mães são elementos-chaves nesse processo.

De forma geral é oferecido um pré-natal de qualidade na UBS Marabaixo, com disponibilidade para acolhimento e seguimento de segunda a sexta, em dois turnos, sendo oferecidas as 6 consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, alternadas entre médico e enfermeiro. A maior dificuldade é o diagnóstico tardio da gravidez e consequente início tardio do pré-natal. É realizada busca ativa na área de cobertura do PSF frequentemente, mas essa busca deve ser ampliada e mais organizada, o que pode ser alcançado com cadastramento correto das mulheres em idade fértil. Além disso, é importante a orientação adequada quanto a planejamento familiar, prevenção e diagnóstico da gravidez, já que muitas das gestantes acompanhadas relatam não terem percebido a gravidez nos primeiros meses.

Atualmente, são acompanhadas em torno de 40 gestantes, o atendimento segue o manual técnico do Ministério da Saúde e os registros são feitos em ficha

específica de acompanhamento pré-natal e “livro de gestantes”. A primeira consulta é realizada pelo enfermeiro que requisita os exames laboratoriais necessários e faz o cadastramento no SIS Pré-Natal. No retorno as gestantes são consultadas pelo médico, que recebe os exames, faz orientações necessárias e dá seguimento ao pré-natal. As consultas subsequentes são sempre pré-agendadas e é dada muita ênfase as orientações sobre aleitamento materno e vacinação.

A maioria das consultas de puerpério ocorre antes dos 42 dias de pós-parto, o registro é realizado em prontuário. As puérperas são bem orientadas quanto a aleitamento materno e cuidados básicos com o recém-nascido, mas esses dados são apenas estimativas, pois essas informações não são registradas no prontuário, existe carência na orientação quanto a planejamento familiar. Os exames de mama e abdome são realizados em 100% das usuárias, mas o exame ginecológico apenas em algumas, devido à falta de estrutura das salas (não possuem chaves) e da falta de macas adequadas. Não existe avaliação do estado psíquico nas consultas de puerpério.

Não existe um profissional que se dedique exclusivamente ao planejamento, gestão e coordenação do programa de Pré-Natal, bem como pela avaliação e monitoramento o que dificulta ações de melhoria do programa.

Os Programas de Prevenção do Câncer do colo do útero e Câncer de Mama segue o Manual técnico do Ministério da Saúde, mas apresentam muitas dificuldades. O exame citopatológico de rastreamento do Câncer de Colo é oferecido diariamente, em dois turnos, os resultados são registrados em livro, que é revisado semanalmente para busca de mulheres com exame alterado em atraso e verificação de completude dos registros. As mulheres que procuram a unidade são orientadas sobre prevenção e DST durante a realização do exame, nas consultas médicas e em ações específicas. Apesar da boa qualidade na oferta do exame de rastreamento, não existe controle da periodicidade de sua realização e busca ativa das mulheres em idade fértil. A UBS não conta com um profissional dedicado a avaliação e monitoramento do programa que garanta frequência e seguimento dos resultados, bem como realização de mais ações que despertem o interesse das mulheres na doença, enfatizando fatores de risco e consequências da falta de vigilância e tratamento adequado. Um ponto importante no seguimento é a dificuldade de acesso aos exames mais complexos como colposcopia e histopatológico de biópsias.

A cobertura de Controle do Câncer de Mama é mediana, as mulheres têm acesso a ações de orientação quanto à prevenção, realização do autoexame e solicitação de mamografia. Infelizmente, a maioria leva um tempo muito grande até a realização ou não consegue realizá-la. Não existem registros específicos referentes a esse Programa, dessa forma, não há levantamento quanto a periodicidade da realização do exame de rastreio e a avaliação de risco de câncer ainda não é satisfatória, pois falta mais treinamento para habilitação dos profissionais envolvidos.

Na UBS de Marabaixo, a atenção aos Hipertensos e Diabéticos é realizado de forma programática, adotando protocolo do MS. São oferecidas consultas médicas e visitas domiciliares regulares, realizadas ações de rastreio e prevenção de agravos ale de incentivo a participação de grupos voltados para prática de atividade física e alimentação saudável, promovidos pelo NASF. Existe ficha específica de cadastramento dessas pessoas, bem como inclusão no programa HIPERDIA.

Infelizmente, a cobertura de HAS e DM na UBS é baixa, já que o número dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS é pequeno quando comparado às estimativas. Esse dado pode ser justificado pelo fato de essas doenças ainda serem subdiagnosticadas, principalmente nas pessoas de meia idade assintomáticas e que não fazem acompanhamento médico regular; a falta de registros adequados e acessíveis já que muitas pessoas apesar de diagnosticados e acompanhados pelas equipes de saúde não são devidamente cadastradas e a falta de organização no atendimento e ausência de fluxo assistencial que gera perdas de seguimento.

A estratificação de risco cardiovascular por critério clínico não vem sendo realizada e é importante para selecionar indivíduos com maior probabilidade de complicações e que se beneficiariam de intervenções mais intensas e deve ser inserida na rotina do atendimento dos portadores de HAS na UBS. Atualmente, também não são desenvolvidas na unidade ações voltadas para o diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade e tabagismo. Esses são fatores que precisam ser adequadamente tratados, sem os quais os níveis desejados de glicemia e pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos. É necessário tentar, junto as Secretarias de Saúde a efetivação desses programas ou pelo menos, treinamento dos profissionais da equipe para que sejam realizadas ações visando esses agravos. É preconizado pelo Ministério da Saúde a definição de metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das linhas de cuidado, na UBS não existe um profissional que se dedique a essas ações. Os

registros e indicadores são importantes para planejar e sem planejamento não há qualidade no atendimento.

Uma mudança interessante realizada recentemente é a definição de um dia exclusivo para o cuidado ao portador de hipertensão e diabetes, essa medida torna o atendimento mais organizado, facilita a definição de tempo interconsulta, o registro e o acompanhamento. Essa organização pode contribuir para a prática da longitudinalidade, estendendo o cuidado para além de episódios agudos, o que facilita a observância da medicação prescrita, da evolução clínica e diminui o número de complicações e internações.

A cobertura da Saúde da Pessoa idosa na UBS é baixa, já que o número de idosos acompanhados na UBS é pequeno quando comparado às estimativas. A ausência de programa de atenção voltado a essa população restringe o cuidado aos portadores de doenças crônicas assistidas por outros programas e as pessoas com agravos de saúde agudos. Outra falha ocorre devido à falta de organização no atendimento e ausência de fluxo assistencial que gera perdas de seguimento. As ações de atenção ao idoso não são estruturadas de forma programática, não existindo qualquer espécie de protocolo ou manual técnico adotado.

Apesar da existência de grupos de idosos que englobam ações de educação em saúde bem como prática de atividade física, a Equipe de saúde pouco tem participado. Os grupos estão funcionando na responsabilidade do NASF, mas seria importante que os membros da equipe se alternassem na participação, até como uma forma de buscar idosos faltosos ao atendimento clínico, acompanhar evolução destes e gerar registro dessas ações.

Na UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Sabe-se que esses usuários necessitam de atenção especial pelo grande número de comorbidades a que estão suscetíveis, que por sua vez podem gerar processos incapacitantes, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, tendendo a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. Sem planejamento e gestão específicas essas pessoas acabam sendo tratadas sem a devida importância. É preconizado pelo Ministério da Saúde a definição de metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das linhas de cuidado, na UBS não existe

um profissional que se dedique a essas ações. Os registros e indicadores são importantes para planejar e sem planejamento não há qualidade no atendimento.

Os desafios são muitos, é necessária a sensibilização de todos os profissionais da UBS para o cumprimento de suas atribuições, para que se consiga planejar, monitorar e avaliar ações mais organizadas e mais coerentes em busca de melhores resultados. Estreitar o vínculo com a comunidade, exercer o controle social e assim envolver gestores na melhoria do serviço de saúde prestado. Existem inúmeras deficiências físicas e organizacionais e de material na UBS Marabaixo, algumas difíceis de contornar, mas existem muitos profissionais dispostos e meios de contornar os problemas e ampliar os Programas propostos pelo Ministério da Saúde.

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

Ao redigir o primeiro texto sobre a situação da UBS pouco se tinha conhecimento sobre as dificuldades da unidade, percebendo que a primeira impressão era muito positiva e acaba por mascarar os problemas e a falta de organização em alguns setores. Há satisfação em perceber que hoje se conhece bem o local onde trabalho, os pontos positivos, e também as falhas e já estando também se aprendendo a reconhecer onde se pode fazer as modificações para melhoria da qualidade do serviço prestado.

A análise situacional foi extremamente importante para detalhar o funcionamento dos programas em saúde, evidenciando a várias formas de atenção e assim permitindo a construção de uma visão mais profunda e crítica sobre saúde, em especial a saúde dos usuários da UBS Marabaixo.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), representando um grave problema de saúde pública no Brasil. Trata-se de doenças com alta prevalência e baixas taxas de controle, e é nesse contexto que os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoração e controle, através da implantação de ações programáticas que visem adequados níveis pressóricos e de glicemia, que por sua vez levam a melhoria na qualidade de vida, diminuição das taxas de complicações e de mortalidade inerentes a essa população.

A Unidade Básica de Saúde do Marabaixo foi criada há aproximadamente dois anos, conta com pronto atendimento de atenção básica e urgências e com Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui quatro Equipes de Saúde. As quatro equipes contam cada uma com um enfermeiro e um médico, pelo menos um técnico de enfermagem e de três a cinco agentes comunitários, apenas duas delas possuem cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. Coexiste na UBS uma equipe de NASF composta por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, pediatra, ginecologista e profissional de educação física. A população adstrita da UBS é de 10.978 pessoas, sendo 238 hipertensos e 69 diabéticos cadastrados até o momento. Vale ressaltar que esse número parece subestimado comparado às estimativas nacionais, o que leva a refletir sobre o grande número de pessoas que mantêm hipertensão arterial sistêmica não diagnosticada e, conseqüentemente sem tratamento adequado, e a escassez de registros de pessoas em acompanhamento inerente ao sistema de saúde público.

Esta ação programática tem como população-alvo usuários portadores de hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência de apenas uma equipe. Segundo estimativa nacional e considerando a população total adstrita da equipe de 2.890 pessoas essa população é de aproximadamente 508 pessoas com hipertensão e 145 pessoas com diabetes. Estima-se atender cerca de 70 portadores de HAS e 13

portadores de DM o que perfaz uma estimativa de 14% e 9% de cobertura, respectivamente. Atualmente existe boa adesão dos hipertensos e diabéticos no que diz respeito às ações já desenvolvidas, é o caso das consultas médicas, visitas domiciliares e tratamento medicamentoso, mas o mesmo não ocorre nas ações voltadas à prática de exercício físico e alimentação saudável. A qualidade de atenção à saúde dessa população é considerada regular, pois existem inúmeras modificações a serem feitas na rotina do atendimento que podem melhorar substancialmente a qualidade do cuidado prestado, como o fortalecimento das ações de rastreio e prevenção de agravos além do incentivo à participação nos grupos já existentes.

Atualmente, existe atendimento a hipertensos e diabéticos na Unidade, mas não instalado de forma programática. A implementação de uma ação programática voltada para esta população é importante para melhorar o cuidado em saúde oferecido pela UBS, que necessita de organização, planejamento e monitoramento adequado para gerar melhores resultados. A Estratégia Saúde da Família é embasada no trabalho das equipes de saúde, onde cada membro tem suas atribuições, o envolvimento de toda a equipe e o treinamento adequado dos profissionais torna possível o estabelecimento da ação, para tal é necessário ações de conscientização visando o engajamento de todos. As dificuldades existem e são inerentes principalmente a falta de infraestrutura na rede de laboratórios e de fornecimento de medicamentos, essas dificuldades devem ser trabalhadas de forma a não atrapalhar o desenvolvimento da ação. Em contrapartida, a equipe possui profissionais engajados, um número bom de agentes comunitários, que precisam apenas ser melhor capacitados para o bom funcionamento da ação. Organização do cuidado, criação de fluxos, monitoramento, incentivo ao tratamento, educação em saúde, etc. são ações que têm como consequência a melhoria na saúde da população atendida, com mais acesso a informação, estímulo ao autocuidado e outras ações importantes como prática de atividade física e alimentação saudável.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.2 Objetivo geral

Melhorar a qualidade do atendimento à população de usuários portadores de hipertensão e diabetes na UBS Marabaixo, em Macapá, Amapá.

2.2.3 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão e/ou diabetes.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e diabetes.
3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença.
6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes.

2.2.4 Metas

2.2.4.1 Metas relativas ao objetivo de Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos:

Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2.2.4.2 Metas relativas ao objetivo de Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

2.2.4.3 Metas relativas ao objetivo de Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

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

2.2.4.4 Metas relativas ao objetivo de Melhorar o registro das informações:

Manter planilha de acompanhamento de 100% dos hipertensos atualizada na unidade de saúde.

Manter planilha de acompanhamento de 100% dos diabéticos atualizada na unidade de saúde.

2.2.4.5 Metas relativas ao objetivo de Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

Avaliar fatores de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na planilha da equipe da unidade de saúde.

Avaliar fatores de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na planilha da equipe da unidade de saúde.

2.2.4.6 Metas relativas ao objetivo de Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

Orientar quanto à importância de uma alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Orientar quanto à importância de uma alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Orientar em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Orientar em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Orientar sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Orientar sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações e Detalhamento das Ações

2.3.1.1 Ações de monitoramento e avaliação

Detalhamento: Será implantada uma ficha específica ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, que deve conter as seguintes informações:

Identificação

Exame clínico

Exames laboratoriais

Medicações em uso

Acesso a medicação (farmácia do posto/farmácia popular/outros)

Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)

Datas das próximas consultas e registro de faltas

Estratificação de risco cardiovascular

Orientação nutricional

Prática de atividade física

Orientação quanto a tabagismo

Consulta com o dentista

A partir do preenchimento dessa ficha será realizado levantamento semanal do número de hipertensos e diabéticos que cumprem os itens a cima, periodicidade e necessidade de intervenção individual ou coletiva. Será também avaliada a qualidade dos registros já existentes e consequente detecção das falhas, garantindo que as informações contidas na ficha estejam corretas e completas. Os resultados do levantamento serão registrados em livro específico, de forma que permita o acompanhamento da evolução com o passar dos meses.

2.3.1.2 Ações de organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;

Detalhamento: Hipertensos e diabéticos terão atendimento guiado por ficha própria e registro em livro específico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM;

Detalhamento: HAS ou Diabético com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, na impossibilidade, será agendada para data mais próxima ou realizada visita domiciliar a este paciente; usuários atendidos sairão com retorno agendado.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Levantamento do material atualmente disponível na unidade; Verificação do estado e funcionamento dos aparelhos existentes uma vez ao mês; solicitação de calibragem e conserto dos aparelhos junto a direção do posto; gerenciamento de insumos para realização de hemoglicoteste.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Definir consulta com a enfermagem para acompanhamento de pessoas de baixo risco, técnicos de enfermagem serão responsáveis por aferição

da pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal; O profissional médico irá ofertar uma capacitação para atualização de temas referentes a HAS e Diabetes; A periodicidade para atualização profissional será definida mediante reunião com a equipe; Impressão do protocolo a ser disponibilizado da UBS.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

Detalhamento: Será solicitado a todos os usuários exames complementares de rotina, bem como será dada ao paciente informação clara quanto aos locais para realização desses exames; Solicitação de reunião com gestores para esclarecimento sobre de quais exames são oferecidos e quais são carentes.

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

Detalhamento: Será delegada ao técnico de enfermagem a função de verificar mensalmente o estoque de medicamentos utilizados no tratamento de HAS e DM na farmácia do posto; o levantamento das necessidades de medicamentos será feito através da ficha individual.

Ação: Oferecer atendimento odontológico prioritário aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Detalhamento: Conversa com o profissional dentista sobre a possibilidade de estabelecer um ou dois dias no mês, dependendo da necessidade, para atendimento das pessoas com HAS e com DM.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: As visitas domiciliares serão intensificadas, dando mais ênfase aos usuários faltosos que serão orientados e convocados a comparecer a Unidade de Saúde. As marcações de consultas serão feitas durante a visita, para os dias previamente estabelecidos de atendimento a essa população. Já existe um livro de marcação de consulta, no qual serão especificados os dias para consulta de pessoas provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento: usuários avaliados como alto risco terão menor período interconsulta, o que será agendado previamente.

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educador físico nesta atividade.

Detalhamento: Fortalecimento dos grupos de prática de atividade física já existente e incentivo à participação dos hipertensos e diabéticos; Busca de parceria com NASF.

Ação: Demandar ao gestor local de acesso ao Programa de combate ao tabagismo

Detalhamento: Informar-se na Secretária Municipal de Saúde sobre a existência do programa de combate ao tabagismo na capital, solicitar realização de capacitação profissional a ser oferecida pelos responsáveis pelo programa na Secretaria. Solicitar materiais referentes ao programa. Propor a possibilidade de instalar o programa na Unidade.

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

Detalhamento: Estabelecer um dia por mês para atendimento dessas pessoas, solicitar que o profissional dentista realize a busca dessas pessoas durante as visitas domiciliares.

2.3.1.3 Ações Engajamento público

Detalhamento: As orientações pertinentes serão realizadas durante as consultas, visitas domiciliares, durante as reuniões dos grupos de prática de atividade física, alimentação saudável e reunião de grupos de idosos.

2.3.1.4 Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Serão realizadas duas capacitações para os profissionais da equipe na primeira semana de intervenção, sendo uma referente ao Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e uma referente ao Protocolo de Diabetes Mellitus. As capacitações darão ênfase no cadastramento, verificação da pressão arterial de forma

criteriosa, realização do hemoglicoteste, realização de exame clínico apropriado, alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, importância de realizar as consultas e sua periodicidade, preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento, estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos e a importância do registro desta avaliação, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, entre outras, será ministrada pelo profissional médico.

Na segunda semana será realizada uma capacitação para os ACS com foco na realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.

Outras capacitações referentes a saúde bucal, alimentação saudável e pratica de atividade física, pelos profissionais dentista, nutricionista, educador físico e médico.

2.3.2 Indicadores

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

Proporção de hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Proporção de diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensos e Diabéticos vamos adotar o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde, 2013 e o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013.

Utilizaremos a ficha individual de HIPERDIA disponível no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento exames laboratoriais, acesso a medicação, necessidade de tratamento odontológico, datas das próximas consultas e registro de faltas, orientação nutricional, prática de atividade física e orientação quanto a tabagismo. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção 100 hipertensos e/ou diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 100 fichas espelho necessárias e para imprimir as 100 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a médica farão levantamento dos usuários com hipertensão e diabetes que vieram ao serviço para consulta nos últimos 3 meses, em seguida será localizado os prontuários destes usuários, transcrito todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e para um livro de registros. Ao mesmo tempo as profissionais realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica e o

Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários portadores destas comorbidades. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada a manhã de sexta-feira, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. A capacitação será ministrada pela Médica, Enfermeira, Dentista ou outro profissional, a depender da área debatida, cada membro da equipe deverá ter lido o manual para, na ocasião, expor suas dúvidas. A partir dessas reuniões também será definida as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos

O acolhimento dos usuários do serviço de saúde hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Pessoas com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno. Pessoas que buscam renovação de receita médica terão a receita fornecida com quantidades de medicamentos suficiente até o retorno mais próximo. Pessoas que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 1 semana. As pessoas que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Será estabelecido um dia na semana a cada 15 dias para atendimento exclusivo dessa população. Na marcação da agenda será priorizado o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco, estes terão menor período Interconsulta.

Enfermeiro e técnico de enfermagem farão o levantamento dos materiais utilizados para a medida de pressão arterial e do hemoglicoteste disponíveis na unidade e reconhecimento do seu estado de funcionamento. A partir daí será elaborado um relatório técnico para informação do gestor e solicitação de providências. O mesmo será feito para o controle de estoque de medicamentos, que serão verificados mensalmente pelo técnico de enfermagem.

O responsável pelo atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos será o técnico em higiene bucal, que deve estabelecer no mínimo um dia ao mês para atendimento dessas pessoas. Os usuários serão atendidos de acordo com a prioridade baseado na classificação do risco odontológico.

As visitas domiciliares serão realizadas pelo médico, técnico de enfermagem e agente comunitário da respectiva área. Ocorrerão semanalmente e priorizarão usuários faltosos identificados a partir das ações de monitoramento, estes, serão orientados e convocados a comparecer a Unidade de Saúde.

Na unidade já existem grupos de práticas coletivas para orientação de atividade física e alimentação saudável, a equipe de saúde será responsável pela

convocação dos usuários portadores de hipertensão e diabetes a participarem dos grupos, para tal será entregue por escrito aos usuários e afixado nos murais da UBS as datas e horários em que acontecem as reuniões. A convocação também ocorrerá durante as consultas médicas e visitas domiciliares.

Faremos contato com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle da hipertensão e do diabetes, será proposto a convocação da população em geral para ações de orientação e rastreio. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as Fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas e exames clínicos em atrasos, complicações recentes da doença ou em falta com a medicação. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso, foi estabelecida a meta de no mínimo 6 por semana, totalizando 24 por mês. Essas metas foram estabelecidas tendo em vista a capacidade de atendimento diário, capacidade de trabalho dos agentes e a baixa cobertura atual. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

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

Após 12 semanas de intervenção percebeu-se muitos avanços no que diz respeito ao atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes. Tentamos realizar todas as ações propostas da melhor maneira possível e nos empenhamos em alcançar as metas estabelecidas.

A maioria das ações programadas foi realizada. Entre as ações previstas realizadas está o correto preenchimento das fichas espelho, que são de grande auxílio no controle da saúde dos usuários atendidos, a partir delas foi elaborado um livro para registro, que auxilia no monitoramento com o passar dos meses. As fichas espelho foram preenchidas sem grandes dificuldades, mas ao fazê-lo diagnostiquei uma série de falhas no preenchimento dos prontuários que dificultavam o preenchimento da ficha espelho. A adoção da ficha espelho e o trabalho desempenhado no seu preenchimento acabaram por melhorar também o preenchimento dos prontuários, que agora têm a consulta descrita de forma mais detalhada, incluindo informações quanto as orientações dadas. Essa é uma ação que foi implantada com êxito e tende a continuar, encontrando como barreira apenas a falta de condições para impressão de novas fichas, visto que as primeiras foram custeadas pela equipe.

O acolhimento das pessoas com HAS ou DM foi aperfeiçoado de acordo com o previamente estabelecido, e é realizado de forma tranquila, sem qualquer dificuldade.

A todos os usuários atendidos é garantida a realização de exame clínico, esterificação de risco, solicitação dos exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O controle de estoque de medicamentos foi realizado adequadamente, infelizmente o fornecimento de medicamentos é realizado de forma irregular, assim

no primeiro levantamento a farmácia contava com quase todos os medicamentos da lista do HIPERDIA, mas no último levantamento já tinham apenas 5 dos 9. Os usuários têm sido orientados a procurar as farmácias populares, mas eles se queixam da distância, já que não existe nenhuma no bairro e arredores.

A princípio estabeleceu-se um dia na semana para atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, mas a pequena demanda acabava por não preencher as vagas e, em contrapartida, os outros dias ficavam lotados. Para resolver o problema ficou estabelecido mínimo de 2 vagas ao dia para pessoas com HAS e/ou DM. Pode-se afirmar que hoje, não existem problemas de falta de vagas para estes usuários, sempre que procuram conseguem consulta com facilidade, e aqueles provenientes da busca ativa são imediatamente agendados para uma data que não ultrapassa 7 dias da data da convocação.

Na UBS já existe um grupo de prática de atividade física, as pessoas com HAS e DM atendidas no período foram encorajadas a participar e orientadas do quanto a atividade física é importante no controle dessas doenças. O grupo tem reuniões fixas, três vezes por semana e orientados por um educador físico realizam atividades de alongamento, pilates, caminhadas, entre outras. As orientações quanto alimentação saudável foram realizadas durante as consultas, visitas domiciliares e ações coletivas e quando necessário (casos de não adesão, por exemplo) o paciente foi encaminhado a nutricionista. Os agentes comunitários e técnicos de enfermagem são capacitados a realizar a orientação nutricional de acordo com o protocolo do ministério da saúde, exposto durante as capacitações.

As três capacitações previstas no cronograma foram realizadas, sendo uma em cada semana, iniciando pela referente ao Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica, seguida pela referente ao Protocolo de Diabetes Mellitus e por fim uma capacitação com foco na realização de busca ativa de usuários com hipertensão e diabetes faltosos.

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

Passaram três meses e ainda não foi disponibilizado pela gestão fitas para realização do hemoglicoteste, além do mais, as equipes contam com apenas um aparelho, também não estão disponíveis estetoscópios, os utilizados são pessoais. O restante do material está em bom estado, apesar de em número insuficiente, um esfigmomanômetro, manguito, fita métrica e balança. Para realização das ações foi usado aparelho de hemoglicoteste emprestado pela enfermeira da equipe e fitas custeadas pela médica.

Apesar de garantida a solicitação dos exames complementares, existem barreiras para a realização destes, os laboratórios disponíveis na rede pública e os que existe estão distantes. O gestor, ao ser procurado, relata que há projetos para ampliação da rede de laboratórios.

O atendimento odontológico é bastante prejudicado pela irregularidade da reposição de insumos, os usuários com HAS e DM estão sendo encaminhados quando necessário, mas as filas ainda são grandes, apesar dos esforços.

Não foi implantado um grupo de alimentação saudável, mas as orientações foram feitas de maneira individual e coletiva a 100% dos usuários participantes.

Coincidiu com o início da intervenção a reativação do Programa de combate ao tabagismo, fico muito feliz em dizer que fiz a capacitação profissional, também participaram a enfermeira da minha equipe, médicos e enfermeiros de mais duas equipes da UBS em que trabalho. O programa está em processo de instalação na unidade, já recebemos todo o material pertinente ao programa, faltando apenas a medicação, e estamos realizando a busca ativa de pessoas interessadas. Já temos todos devidamente cadastrados, das 10 vagas disponíveis para a população da área de abrangência da equipe, pelo menos 5 são de hipertensos/diabéticos. O grupo tem o início das reuniões previstas para janeiro.

No período foram realizadas duas ações coletivas, uma abrangendo usuários de duas microáreas e outra abrangendo as outras três microáreas. Participaram pessoas com HAS e/ou DM, seus familiares e pessoas a serem rastreadas. As ações correram com qualidade, foi realizada orientação quanto a atividade física e alimentação saudável e em seguida foi verificado peso, altura, circunferência braquial, IMC, pressão arterial e glicemia capilar. Usuários com consulta médica em atraso foram encaminhados ao atendimento médico no próprio local, na oportunidade foi realizado exame clínico, solicitado exames complementares, atualização de receita,

cálculo do risco cardiovascular, orientações individuais, etc. Todas as informações foram devidamente preenchidas nas fichas espelho e prontuários.

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

O passado de mau preenchimento dos prontuários dificultou a coleta de dados no início, mas esse problema tem sido solucionado com a convocação desses usuários para consulta e correto preenchimento do prontuário, bem como da ficha espelho. Já a sistematização ocorreu sem dificuldades.

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

Acredita-se que a intervenção foi muito importante para a melhoria da qualidade e sistematização do atendimento das pessoas com HAS e/ou DM. Conseguiu-se incorporar todas as ações realizadas, para isso foi importante fortalecer o trabalho em equipe explicando a função de cada profissional e a importância do trabalho realizado para prevenção de complicações crônicas e na manutenção da saúde do usuário.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Na área adstrita à UBS estima-se que existissem 440 hipertensos e 108 diabéticos com 20 anos ou mais. Entretanto, de acordo com o último levantamento feito pela equipe (ano 2013), apenas pouco mais de 70 hipertensos e 13 diabéticos residem na área de cobertura atendida pela equipe.

Foram atendidas 41 pessoas, sendo 31 hipertensos e 10 diabéticos. Dessa forma, a intervenção atingiu um total de 7% de usuários com hipertensão e 9,3% dos usuários com diabetes residentes na área de cobertura da equipe, usando como denominador os números da estimativa nacional.

Ao iniciar 15 usuários estavam com consultas, exame clínico e exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. E poucos tinham sido avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular ou recebido orientações quanto à cessação do tabagismo, prática de atividades físicas, alimentação saudável ou higiene bucal. Os demais estavam com consulta atrasada e no prontuário não constava o exame clínico completo, exames complementares ou as orientações necessárias a esses usuários.

Ao longo das 12 semanas se trabalhou na realização de busca ativa dos usuários faltosos, enfatizando a importância do acompanhamento regular para melhor controle da doença. Também foi realizada busca por novos casos, através de ações coletivas e convocando à consulta médica os portadores de fatores de risco ou sintomáticos.

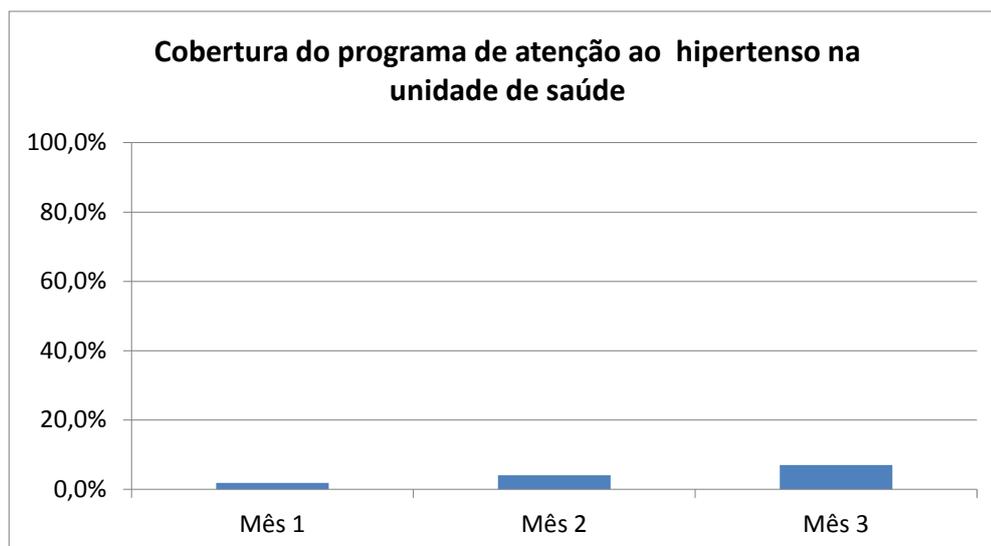


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, Macapá, AP, 2014.

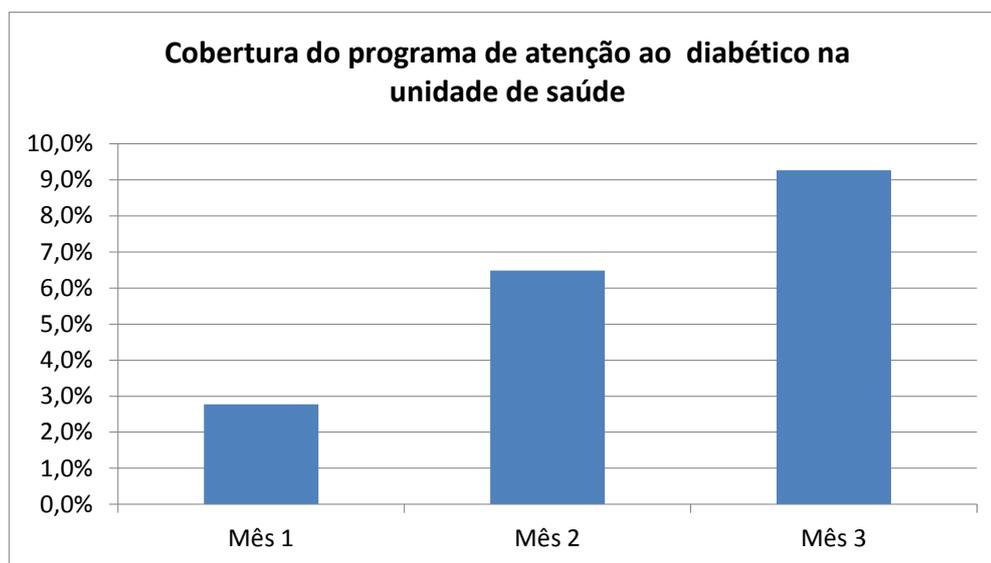


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, Macapá, AP, 2014

Desde o início da intervenção, houve empenho em cumprir com todas as ações propostas, objetivando garantir que 100% dos usuários alvos atendidos tivessem uma atenção de qualidade, melhor adesão ao programa e promoção à saúde. Além disso, foram realizadas ações com objetivo de melhorar o registro das informações e mapear hipertensos e diabéticos de risco.

Para melhorar a qualidade da atenção foi garantida a realização do exame clínico apropriado em 100% dos atendimentos.

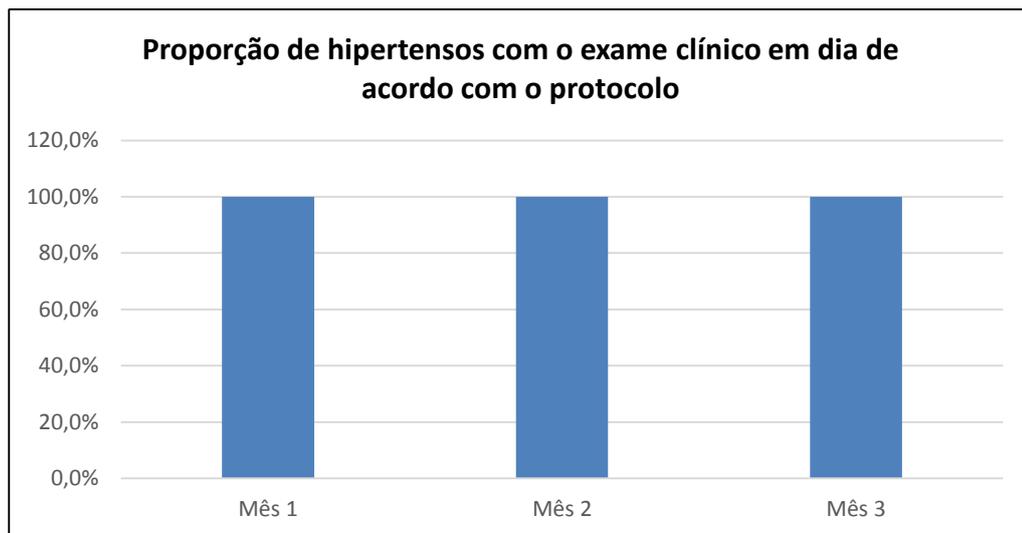


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o Protocolo, Macapá, AP, 2014.

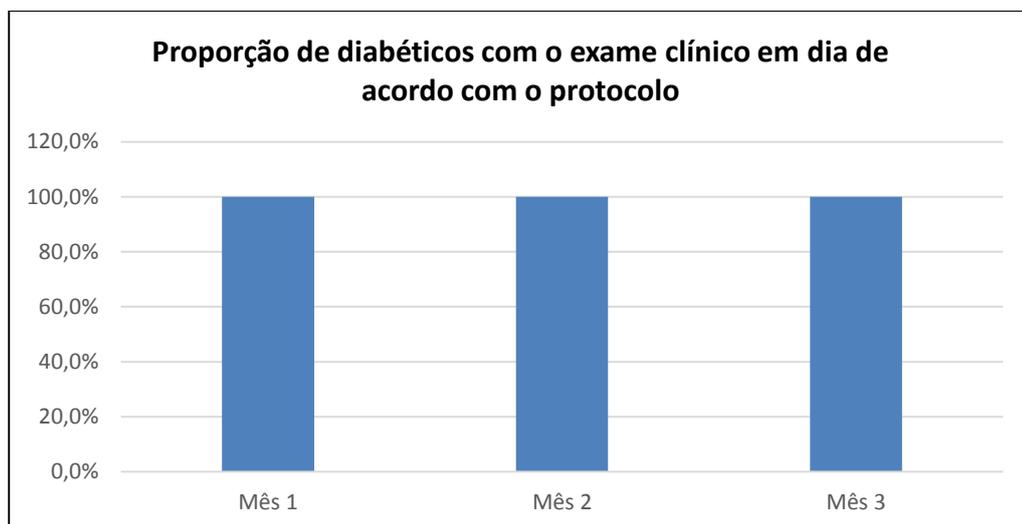


Figura 4 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o Protocolo, Macapá, AP, 2014.

Foi garantida a 100% dos hipertensos e diabéticos a solicitação de exames complementares, porém, as dificuldades na realização destes, devido à baixa cobertura de laboratórios no município de Macapá-AP, fazem com que muitos usuários ainda encontrem-se com exames complementares atrasados de acordo com o protocolo. Dessa forma, a proporção de pessoas com hipertensão e diabetes com exames complementares em dia no primeiro, segundo e terceiro meses de intervenção foi de 50%, 55% e 42%, respectivamente, e 33,3%, 43% e 40% para os usuários com diabetes.

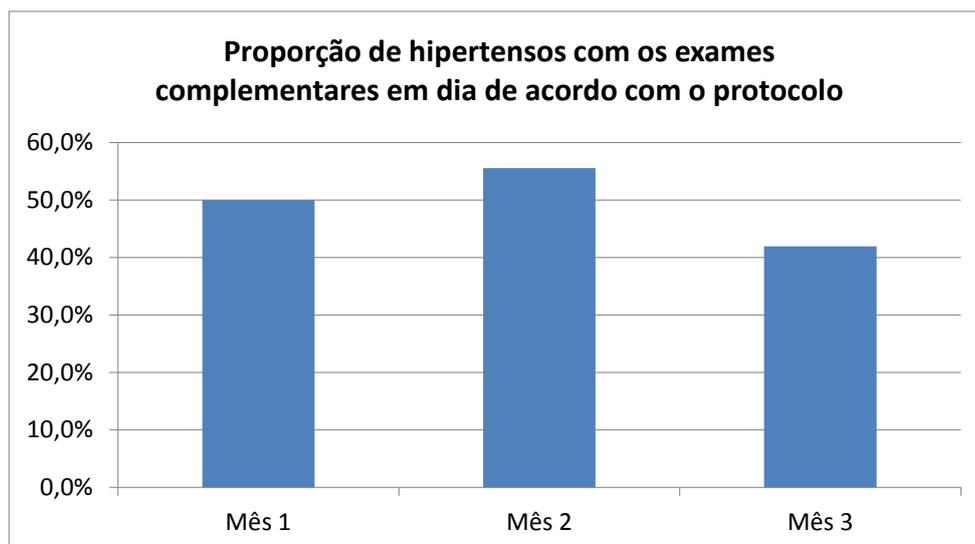


Figura 5 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Macapá, AP, 2014.

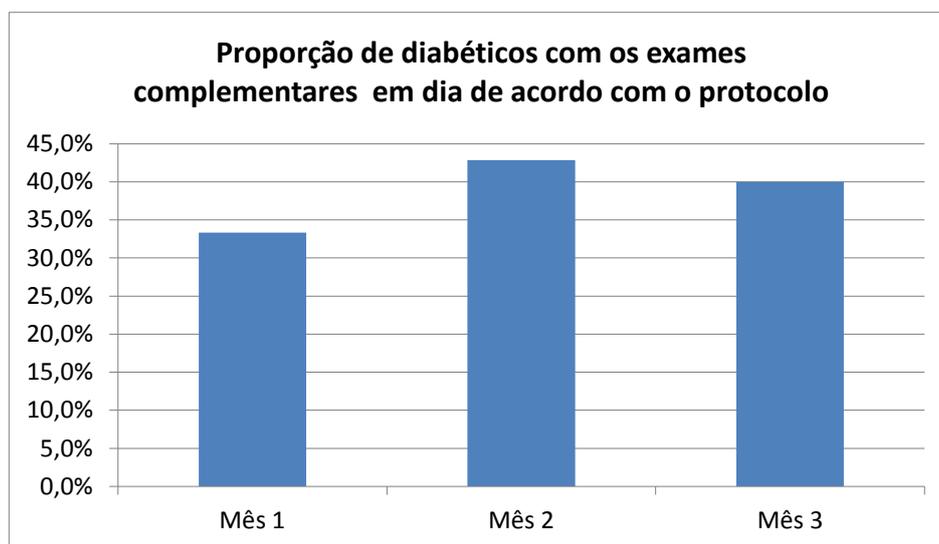


Figura 6 - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Macapá, AP, 2014.

Priorizou-se a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos usuários. Esse indicador não atingiu 100% em todos os meses de intervenção porque alguns usuários fazem acompanhamento com médicos especialistas, por vezes em consultas particulares, esses, por sua vez, não se atêm à lista de medicamentos da farmácia popular em suas prescrições. Atingiu-se 87,5% das pessoas com HAS no primeiro mês, 77,8% no segundo e 83,9% no terceiro. Entre as pessoas com DM, 66,7% no primeiro mês, 85,7% no segundo mês e 90% no terceiro mês.

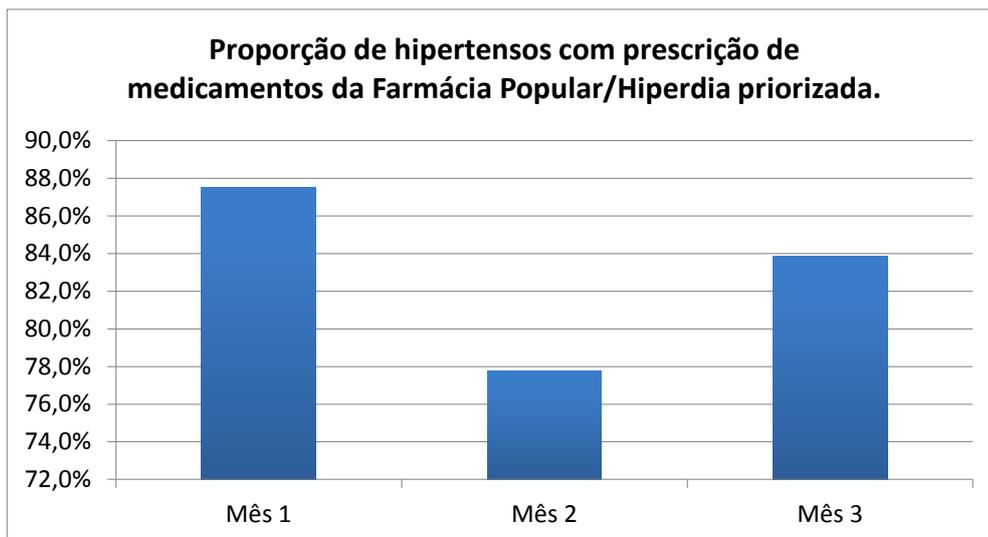


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, Macapá, AP, 2014.

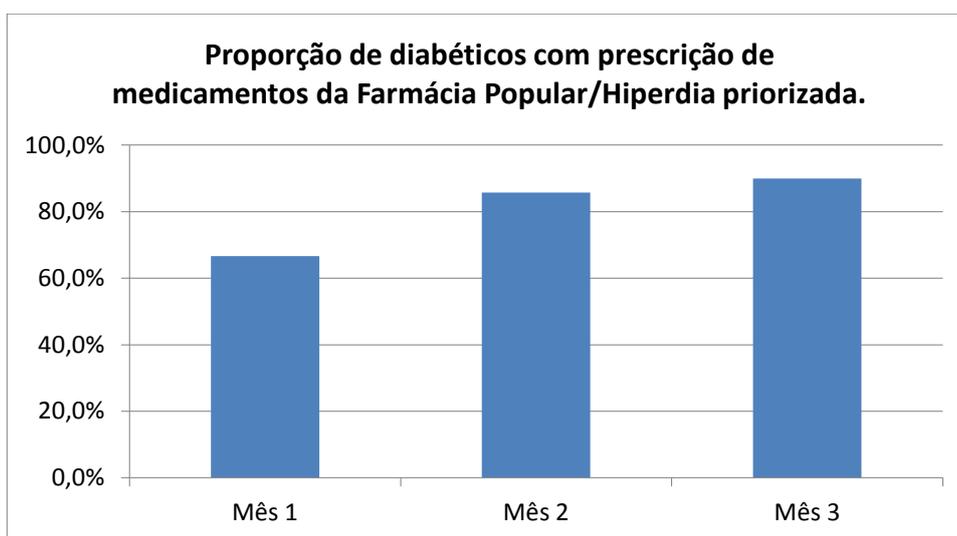


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, Macapá, AP, 2014.

Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos atendidos no período.

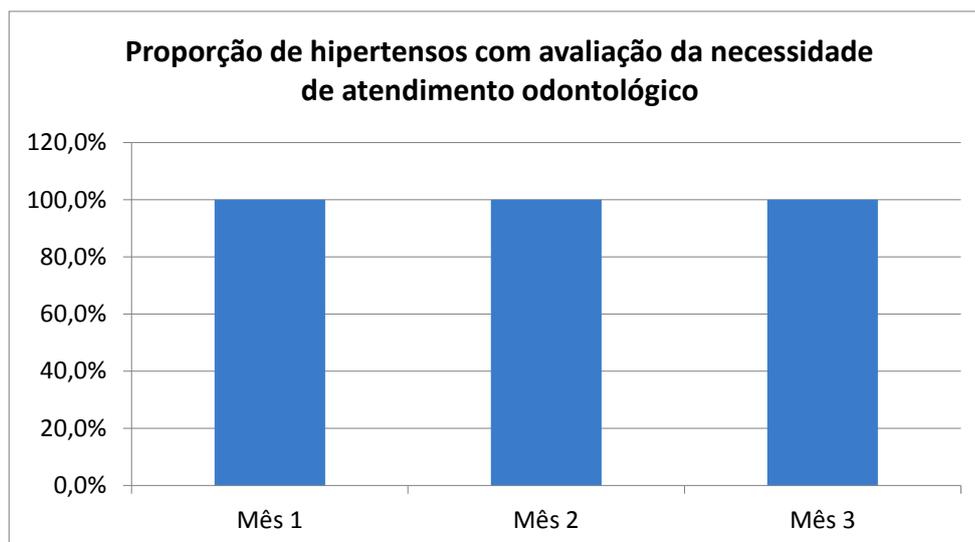


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Macapá, AP, 2014.

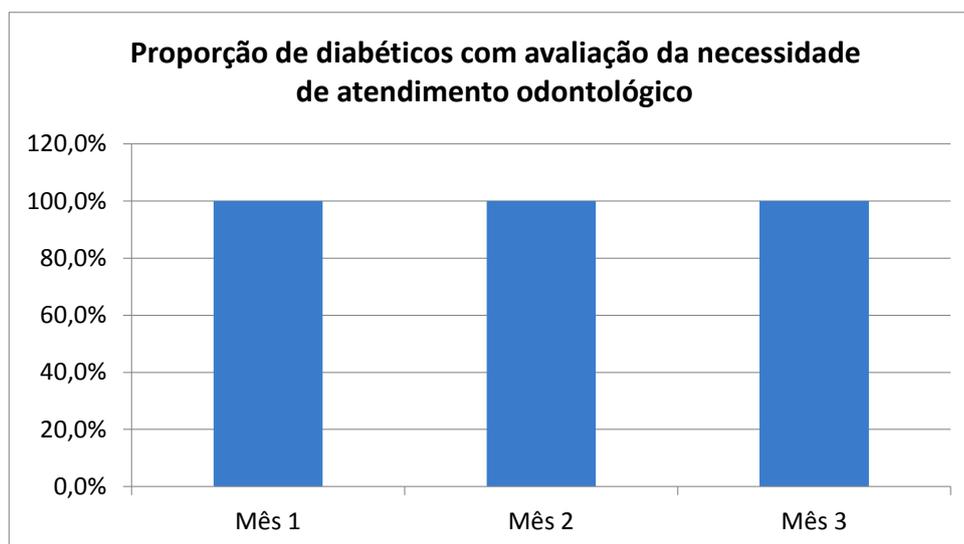


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Macapá, AP, 2014.

Em relação às metas relativas ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, foi realizada busca ativa de 100% dos usuários faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. No terceiro mês essa porcentagem foi menor, 94,7% para os hipertensos e 80% para os diabéticos, o que pode ser atribuído às ações de promoção a saúde e conscientização, que diminuíram o número de usuários faltosos.

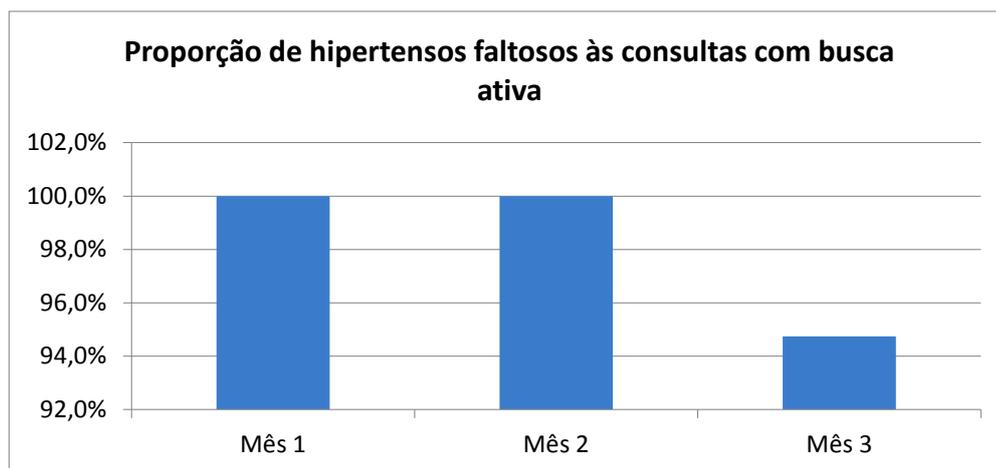


Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, Macapá, AP, 2014.



Figura 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, Macapá, AP, 2014.

Objetivando melhorar o registro das informações, mantivemos 100% dos hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento durante todos os meses de intervenção.

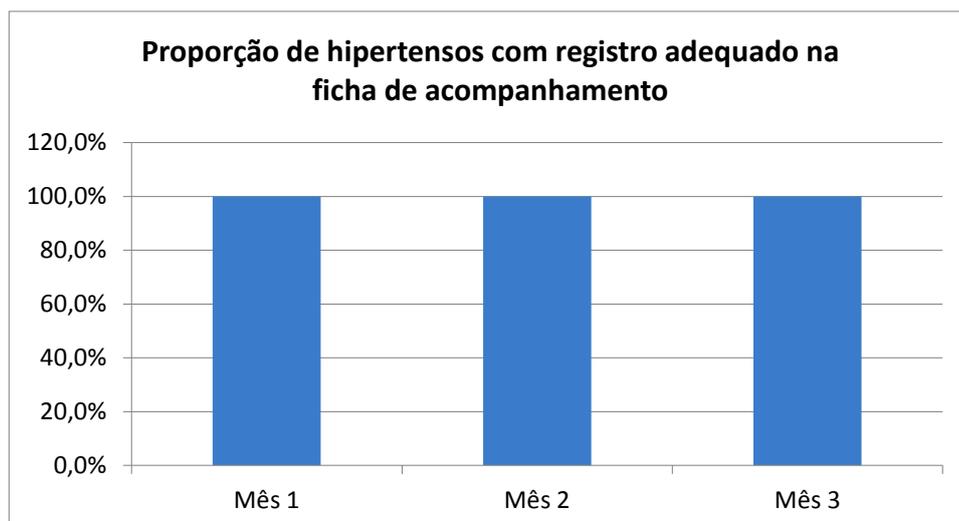


Figura 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Macapá, AP, 2014.

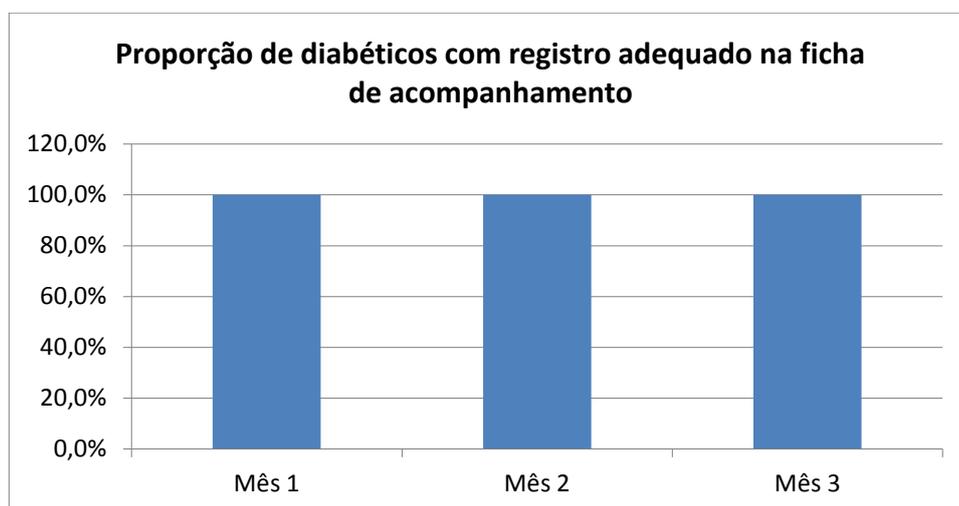


Figura 14 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Macapá, AP, 2014.

Hipertensos e diabéticos foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular para que assim fosse mapeados. Essa avaliação não atingiu 100% em todos os meses devido ao atraso na realização de exames complementares, que são parte essencial do cálculo do escore de risco de Framingham. No primeiro mês, 100% dos usuários com HAS e DM tiveram a estratificação de risco realizada, no segundo mês esse número caiu para 77,8% dos hipertensos e se manteve em 100% dos diabéticos. No terceiro mês 61,3% dos hipertensos e 80% dos diabéticos tiveram a estratificação de risco realizada.

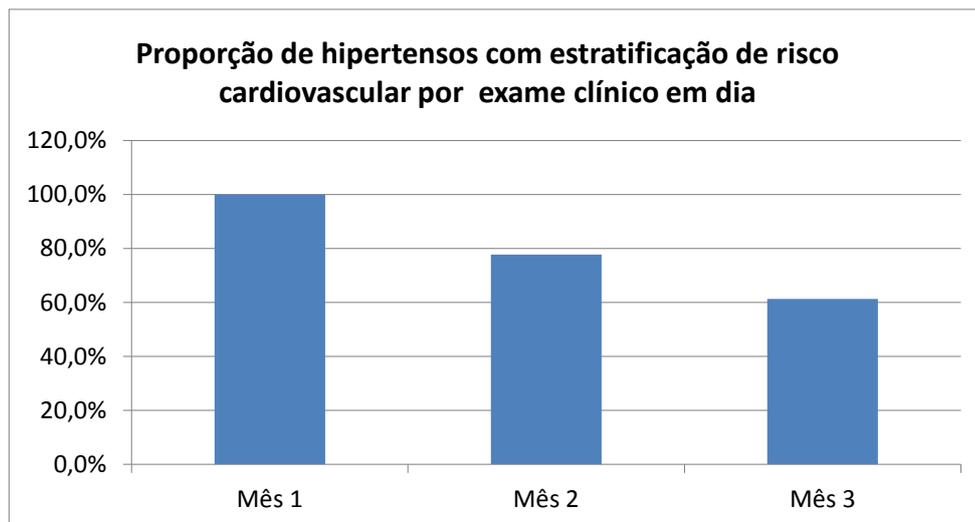


Figura 15 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Macapá, AP, 2014.

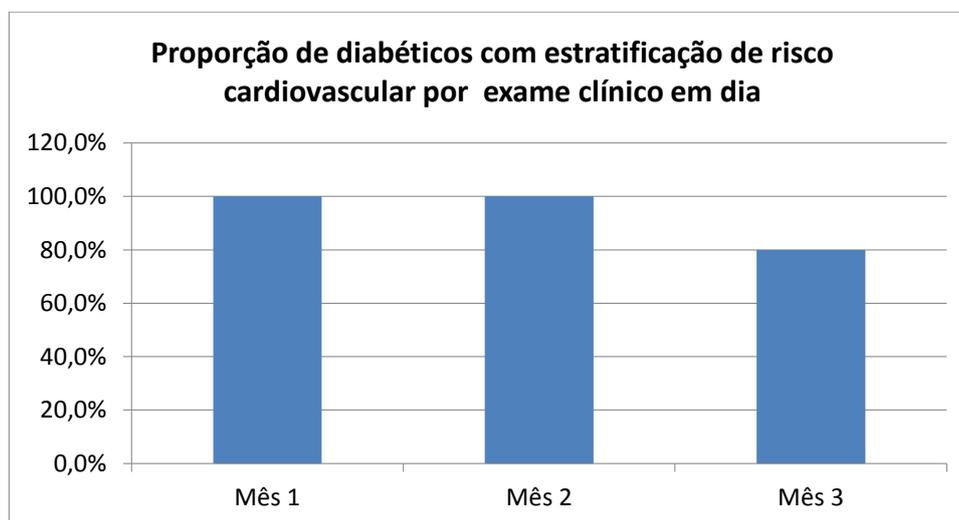


Figura 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Macapá, AP, 2014.

Objetivando a promoção a saúde, foi realizada orientação quanto à importância de uma alimentação saudável, quanto à prática regular de atividade física e quanto aos riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Todos os usuários também foram orientados quanto à higiene bucal.

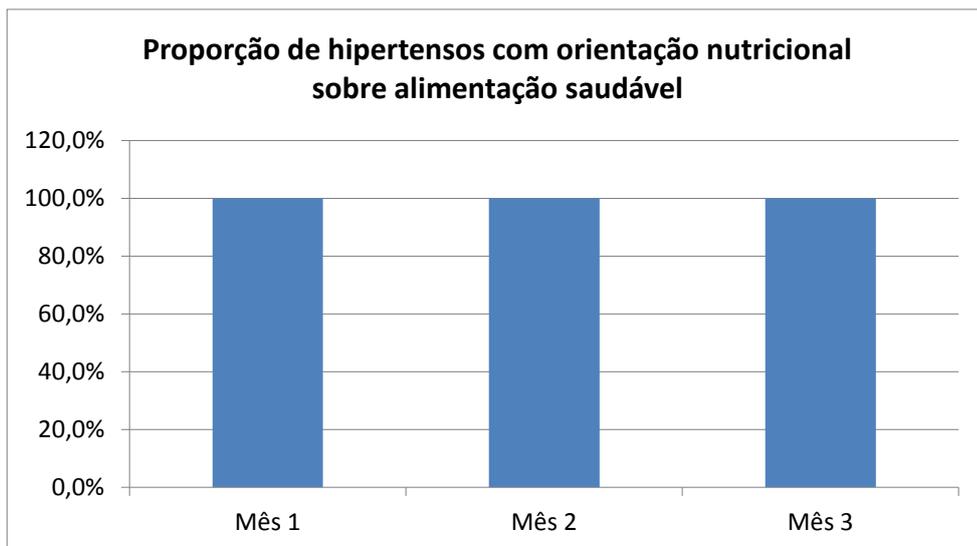


Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, Macapá, AP, 2014.

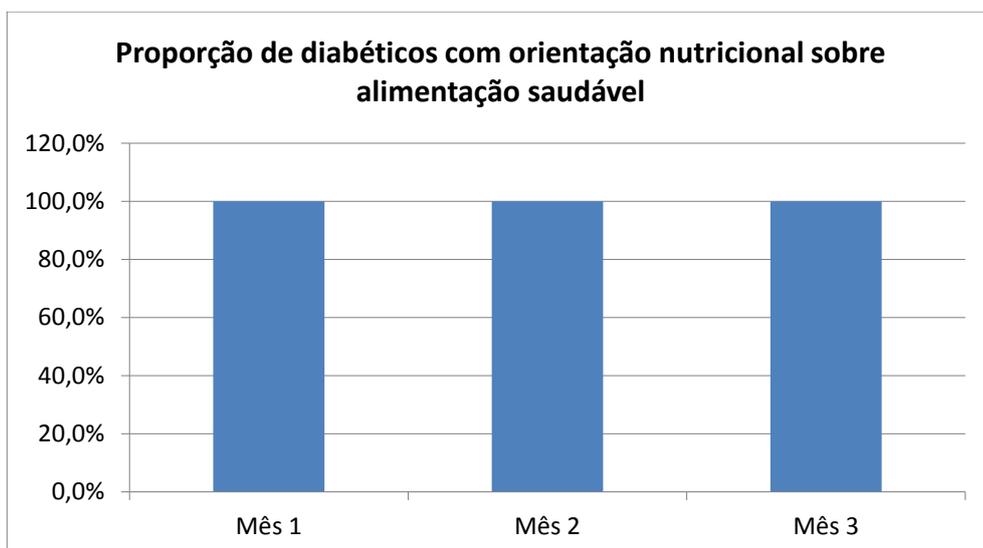


Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, Macapá, AP, 2014.

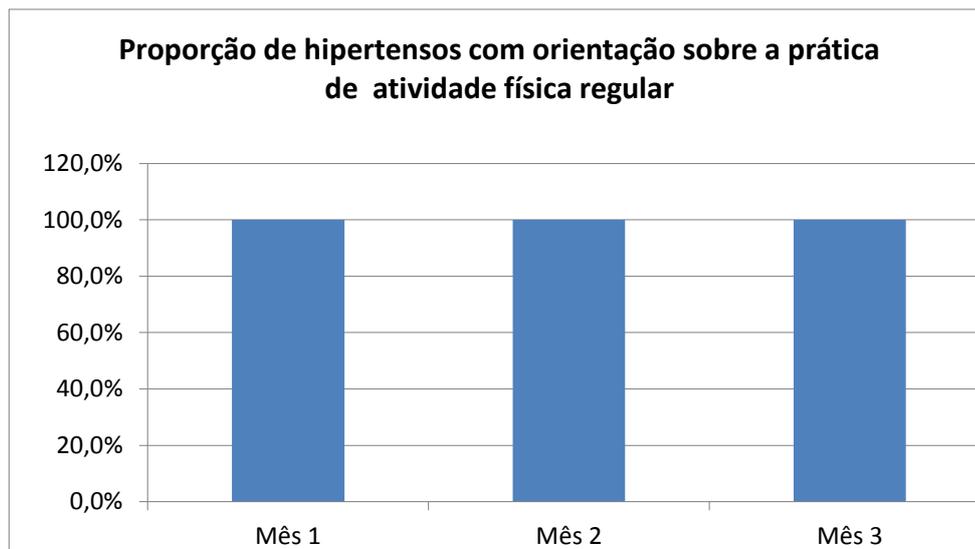


Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, Macapá, AP, 2014.



Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, Macapá, AP, 2014.

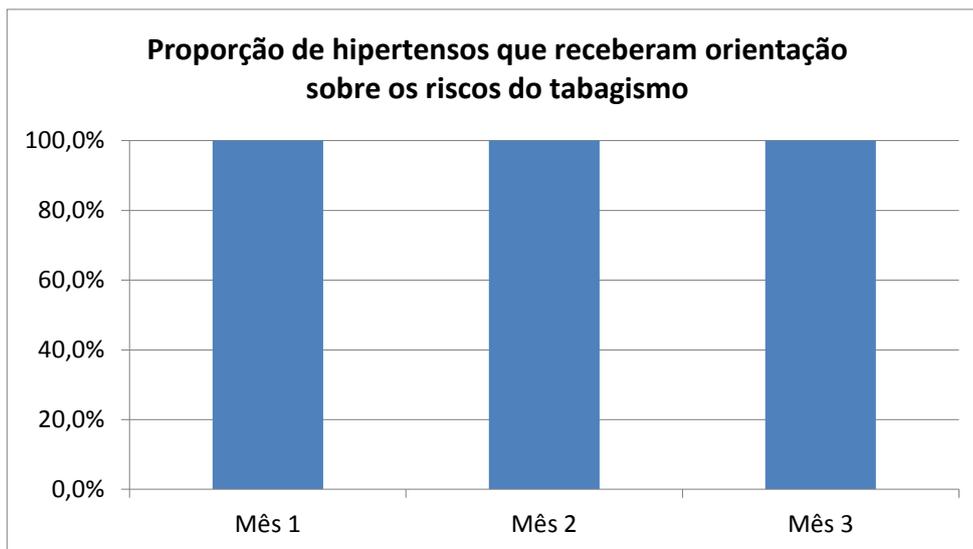


Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, Macapá, AP, 2014.

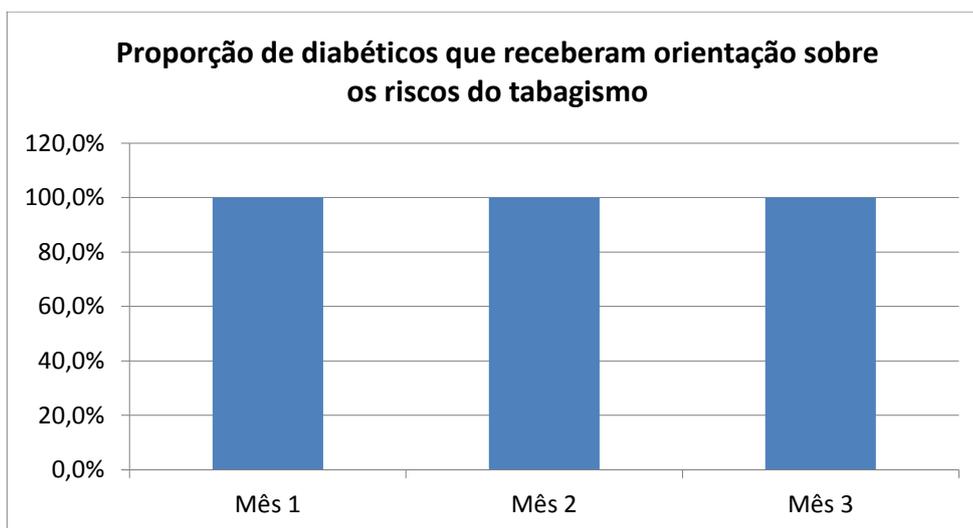


Figura 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, Macapá, AP, 2014.

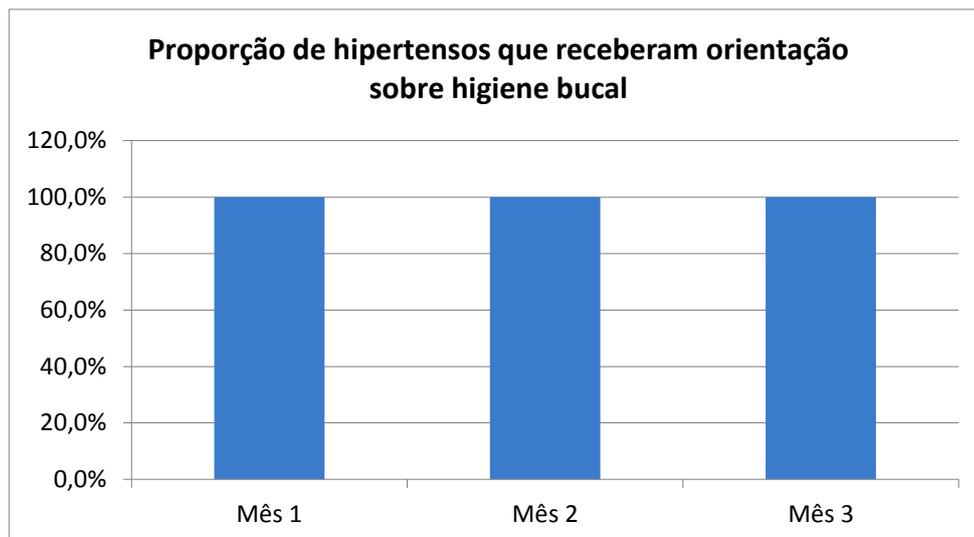


Figura 23 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, Macapá, AP, 2014.

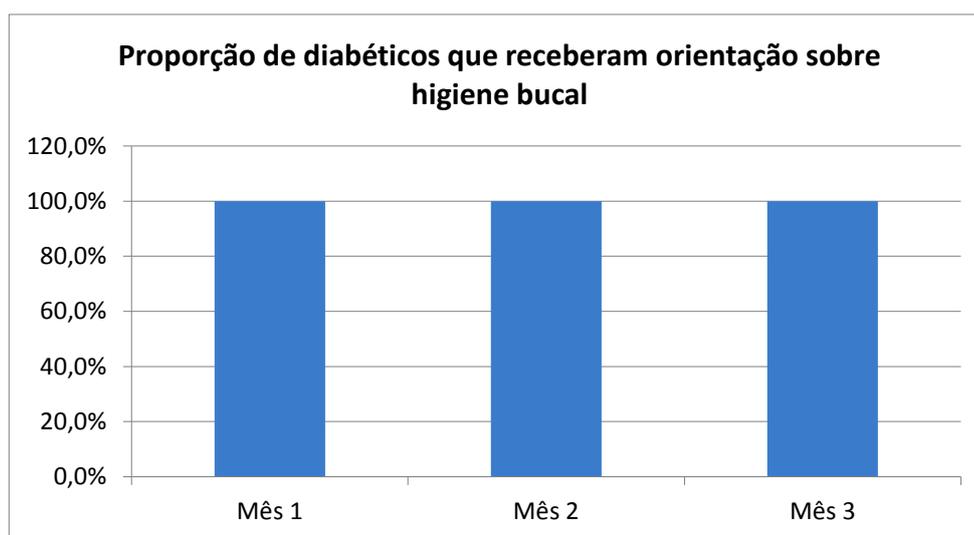


Figura 24 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, Macapá, AP, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde, no período de agosto de 2014 a outubro de 2014, propiciou a ampliação da cobertura de usuários portadores de hipertensão em 7% e portadores de diabetes em 9%, melhoria na qualidade dos registros e, principalmente, melhorias na qualidade da atenção e na promoção a saúde. Destaca-se a realização do exame clínico segundo protocolo, incluindo medidas antropométricas, solicitação de exames complementares de forma regular e realização da classificação de risco. Melhor adesão de hipertensos e diabéticos ao programa e incentivo as práticas de alimentação saudável, atividade física e cessação do tabagismo.

A pequena ampliação da cobertura do programa mostra o quanto ainda é preciso trabalhar para alcançar a todas as pessoas com hipertensão e diabetes da área de cobertura. Três meses é tempo insuficiente para mudar a cultura da uma população que vive à anos com uma política de saúde puramente assistencialista, baseada em atendimentos de livre demanda. Essa mudança começa, inclusive, dentro da equipe, que agora tenta modificar antigos hábitos e passa a entender que prevenção e promoção devem ser os pilares do cuidado em saúde.

Existem na área um número razoável de pessoas que acreditam ser necessário o acompanhamento apenas com especialista e outros fazem acompanhamento particular, esses julgam, erroneamente, ser desnecessária a participação nas ações.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional as atividades que vinham sendo desenvolvidas tivessem sido discutidas com a equipe. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada, facilitando o diálogo e, conseqüentemente, a superação de algumas dificuldades encontradas. Um ponto que deve ser aperfeiçoado é a busca ativa, os agentes comunitários precisam empenhar-se mais em conhecer suas micro áreas, pra oferecer um atendimento com mais equidade.

Também faltou articulação com a comunidade para alcançarmos maior adesão nas atividades coletivas realizadas, nas quais esperávamos por um número bem maior de pessoas. Gostaria de ter ampliado mais a cobertura do programa, com a experiência que tenho hoje, acredito que alcançaria melhores resultados.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade fez com que a equipe adquirisse conhecimento para embasar suas ações e pudesse perceber o quanto seu envolvimento é importante para a melhoria na qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e diabetes.

São atribuições da médica e da enfermeira o atendimento clínico e o correto registro das informações, as técnicas de enfermagem são responsáveis pelo acolhimento dos usuários e triagem, aos agentes comunitários cabem as ações de busca ativa, devendo estar atentos aos eventos referentes a saúde da população de sua micro área. As ações coletivas de orientação e rastreio são competência de todos os membros da equipe. Após a intervenção noto que os membros da equipe se sentem mais responsáveis por cada um dos usuários atendidos e assim empenham-se mais nas ações propostas.

Agora, as atividades de atenção a hipertensão e diabetes não se concentram na médica, a intervenção reviu as atribuições da equipe e protocolou as atividades tornando o serviço mais organizado e possibilitando atenção à um número maior de pessoas.

A melhoria dos registros e a classificação de riscos foram de grande importância para a sistematização do atendimento, que antes ocorria de forma irregular. O acolhimento das pessoas com HAS ou DM foi aperfeiçoado e é realizado de forma tranquila, sem qualquer dificuldade. A otimização da agenda permite atendimento a demanda espontânea e das pessoas provenientes da busca ativa.

A intervenção tem impacto positivo sobre a população, que já nota o empenho da equipe em oferecer atenção de qualidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, compartilham a responsabilidade com sua saúde e reconhecem a importância das práticas de promoção a saúde.

Conseguimos incorporar todas as ações realizadas e para melhoria da intervenção é necessário fortalecer cada vez mais o trabalho da equipe, dando ênfase às atribuições de cada profissional e à importância do trabalho realizado para prevenção de complicações crônicas e na manutenção da saúde do usuário.

Algumas ações podem ser melhoradas, principalmente algumas referentes a promoção a saúde e ampliação da cobertura do programa, para isso precisamos

estreitar a relação com os profissionais responsáveis pela saúde bucal, já que esse serviço ainda é prestado de forma irregular. Precisamos implementar o grupo de tratamento para cessação do tabagismo, que apesar de organizado ainda não iniciou suas atividades. É necessário também, fortalecer a busca ativa dos usuários de risco para hipertensão e diabetes, bem como usuários faltosos para aumentar a cobertura do programa.

A intervenção é um início, mas sabemos que se trata de um processo contínuo, que precisa alcançar cada vez mais pessoas e é nisso que vou me empenhar nos próximos meses.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores municipais

Caro gestor, nas últimas 12 semanas foi realizada uma intervenção em saúde voltada para os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde da qual faço parte. Essa intervenção consiste em um conjunto de ações que visam sistematizar e melhorar o atendimento dessa população. Tentamos realizar todas as ações propostas da melhor maneira possível e nos empenhamos em alcançar as metas estabelecidas.

A maioria das ações programadas foi realizada. Além da melhora no preenchimento dos prontuários, implantamos fichas espelho, que são de grande auxílio no controle da saúde dos usuários atendidos e no monitoramento. Para implantação dessa ação encontramos como barreira apenas a falta de condições para impressão de novas fichas, nesse aspecto o apoio dos gestores é de extrema importância para que esta seja mantida.

Garantimos que todos os usuários hipertensos ou diabéticos que procuram a UBS sejam acolhidos, os que precisam de atendimento imediato são atendidos no mesmo dia, os demais são agendados para a data mais próxima. Além disso, estabelecemos o mínimo de 2 vagas ao dia para esses usuários, diminuindo o tempo de espera por consulta. Até então não enfrentamos problemas de excesso de demanda, assim, essas medidas não têm atrapalhado o atendimento dos outros usuários. Podemos atender a todos de forma tranquila e oferecer um tempo entre marcação e atendimento pequeno.

Como já conversamos anteriormente, para realizar atendimento de qualidade e cumprir com todas as ações propostas são necessários alguns equipamentos. Ainda enfrentamos a falta do aparelho e das fitas de hemoglicoteste e temos um número insuficiente de estetoscópio, esfigmomanômetro, manguito e fitas métricas. Contamos com seus esforços para suprir essas necessidades, sempre focando na melhoria da saúde da população.

Outra ação que realizamos foi o controle de estoque de medicamentos, assim poderemos informar com mais precisão sobre medicações disponíveis na farmácia do posto. Sabe-se que o fornecimento de medicamentos é realizado de forma irregular, o que precisa ser observado com mais atenção pelos senhores gestores, estamos abertos a conversas e a sugestões para solução do problema. Orientamos os usuários

hipertensos e diabéticos a procurarem a rede de farmácias populares quando não encontrarem seus medicamentos aqui.

Como parte do atendimento clínico de usuários hipertensos e diabéticos foi garantida a solicitação de exames complementares. Esperamos que seja efetivada a ampliação da rede de laboratórios do município para facilitar a realização de tais exames, imprescindíveis no acompanhamento desses usuários.

O cuidado com os usuários hipertensos e diabéticos vai muito além da prescrição de remédios e acompanhamento médico, tendo isso em vista, facilitamos o acesso ao atendimento odontológico adequando a agenda e realizamos ações de promoção a saúde. O atendimento odontológico é bastante prejudicado pela irregularidade da reposição de insumo, o que também precisa ser repensado em busca de soluções.

Na UBS já existe um grupo de prática de atividade física, os usuários hipertensos e diabéticos atendidos no período foram encorajados a participar e orientados do quanto a atividade física é importante no controle dessas doenças. O grupo tem reuniões fixas, três vezes por semana e orientados por um educador físico realizam atividades de alongamento, pilates, caminhadas, entre outras. Também realizamos as orientações quanto a alimentação saudável individualmente, nas consultas ou visitas domiciliares, e quando necessário o encaminhamento a nutricionista

Coincidiu com o início da intervenção a reativação do Programa de combate ao tabagismo, fico muito feliz em dizer que fiz a capacitação profissional, também participaram a enfermeira da minha equipe, médicos e enfermeiros de mais duas equipes da UBS em que trabalho. O programa está em processo de instalação na unidade, já recebemos todo o material pertinente ao programa, faltando apenas a medicação, e estamos realizando a busca ativa de usuários interessados. Já temos todos os usuários devidamente cadastrados, das 10 vagas disponíveis para a população da área de abrangência da equipe, pelo menos 5 são de hipertensos/diabéticos. O grupo tem o início das reuniões previstas para janeiro.

Nossos agentes comunitários passaram por capacitações para que possam lidar melhor com esses usuários e realizar busca ativa aos faltosos. Foram realizadas três capacitações, sendo uma em cada semana, iniciando pela referente ao Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica, seguida pela referente ao Protocolo de Diabetes

Mellitus e por fim uma capacitação com foco na realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.

No período houve duas ações coletivas, nas quais participaram usuários hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e usuários a serem rastreados. As ações correram com qualidade, realizamos orientação quanto a atividade física e alimentação saudável, pesagem, altura, circunferência braquial, IMC, pressão arterial e glicemia capilar. usuários com consulta médica em atraso foram encaminhados ao atendimento médico no próprio local, na oportunidade foi realizado exame clínico, solicitado exames complementares, atualização de receita, cálculo do risco cardiovascular, orientações individuais, etc. Todas as informações foram devidamente preenchidas nas fichas espelho e prontuários.

Acredito que a intervenção foi muito importante para a melhoria da qualidade e sistematização do atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para realização de novas ações de melhoria de atenção para a população solicitamos apoio dos senhores gestores, na busca por soluções dos problemas enfrentados.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Nas últimas 12 semanas, nossa equipe de saúde da família esteve realizando uma intervenção na sua comunidade, trata-se de um conjunto de ações que tinham por objetivo organizar e melhorar o atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes.

A maioria das ações programadas foi realizada. Começamos implantando uma “ficha espelho”, nesta ficha estão as informações básicas sobre cada paciente atendido, incluindo informações pessoais, peso, altura, medicações utilizadas, resultado de exames, etc. para o bom preenchimento da ficha espelho, fomos obrigados a melhorar também o preenchimento dos prontuários. Veja bem, agora a equipe acessa facilmente suas informações e têm detalhes sobre a sua saúde, assim pode atendê-lo com maior facilidade e organização.

Garantimos que todas as pessoas com hipertensão ou diabetes que procuram a UBS sejam acolhidas, as que estiverem “passando mal” e precisarem de atendimento imediato são atendidas no mesmo dia, as demais serão agendadas para a data mais próxima. Para melhorar ainda mais, estabelecemos o mínimo de 2 vagas ao dia para esses usuários, diminuindo ainda mais o tempo de espera. Como não enfrentamos problemas de excesso de demanda, isso não atrapalha o atendimento dos outros usuários. Podemos atender à todos, de forma tranquila e com um tempo entre marcação e atendimento pequeno.

Enfrentamos algumas dificuldades com a disponibilização do aparelho e das fitas de hemoglicoteste, estetoscópio e o número reduzido de outros materiais necessários, mas fizemos contato com a gestão que tem tentado resolver o problema.

Outra ação que realizamos foi o controle de estoque de medicamentos, assim poderemos informá-los sobre medicações disponíveis na farmácia do posto. O fornecimento de medicamentos para a nossa farmácia é realizado de forma irregular, sempre falta um ou outro remédio. Orientamos as pessoas com hipertensão e diabetes a procurarem a rede de farmácias populares quando não encontrarem seus medicamentos aqui.

Faz parte do acompanhamento clínico de usuários hipertensos e diabéticos a solicitação de exames complementares, então, foi garantida a solicitação de exames de rotina a todos. Sabemos que a realização desses exames ainda é uma grande

dificuldade para todos vocês, mas existe projeto para ampliação da rede de laboratórios do município.

O cuidado com as pessoas com hipertensão e diabetes vai muito além da prescrição de remédios e acompanhamento médico, tendo isso em vista, facilitamos o acesso ao atendimento odontológico e realizamos ações de promoção a saúde.

Entre as ações de promoção a saúde está o incentivo a prática de atividade física, que pode ser individual ou em grupo. Já existe um grupo aqui na UBS que tem reuniões fixas, três vezes por semana e orientados por um educador físico realizam atividades de alongamento, pilates, caminhadas, entre outras. Também realizamos as orientações quanto a alimentação saudável individualmente, nas consultas ou visitas domiciliares, e quando necessário o encaminhamento a nutricionista.

O fumo é um vilão no controle da hipertensão e diabetes, assim, todos os pacientes são orientados a cessar tabagismo, além disso, estamos implantando um grupo de tratamento na UBS.

Nossos agentes comunitários passaram por capacitações para que possam lidar melhor com esses pacientes e realizar busca ativa aos faltosos.

No período foram realizadas duas ações coletivas, uma abrangendo pacientes de duas micro áreas e outra abrangendo as outras três micro áreas. Participaram pacientes hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e pacientes a serem rastreados. As ações correram com qualidade, foi realizada orientação quanto a atividade física e alimentação saudável e em seguida foi verificado peso, altura, circunferência braquial, Índice de Massa Corpórea (IMC), pressão arterial e glicemia capilar (“açúcar”). Pacientes com consulta médica em atraso foram encaminhados ao atendimento médico no próprio local, na oportunidade foi realizado exame clínico, solicitado exames complementares, atualização de receita, cálculo do risco cardiovascular, orientações individuais, etc. Todas as informações foram devidamente preenchidas nas fichas espelho e prontuários. Essas ações são muito importantes para manutenção da saúde, troca de informações e experiências e é indispensável que vocês participem, que levem os familiares, aqueles clientes que não fazem acompanhamento médico regular, etc; assim poderemos diagnosticar precocemente e prevenir essas doenças.

Acredito que a intervenção foi muito importante para a melhoria da qualidade e sistematização do atendimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Todo o trabalho realizado é de grande importância para a prevenção de complicações

crônicas e na manutenção da saúde do usuário. Agradecemos o apoio da população e ressalto que a comunidade tem papel fundamental nesse processo, participando ativamente das ações propostas, comparecendo ao ser convocados, dando sugestões e interagindo com a equipe.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas foi desde o início um grande desafio, sua metodologia é bastante inovadora, surpreendendo na maneira como se desenvolve. Minhas expectativas eram de que seria uma grande oportunidade de aprendizado e de melhorar a realidade da comunidade na qual eu estava inserida. Ao longo do ano, o curso possibilitou enxergar a atenção básica de forma mais ampla, profunda e sistematizada, além de facilitar a inserção do conteúdo aprendido na vida profissional por oferecer uma formação baseada na realidade e na busca ativa do conhecimento.

Profissionalmente pude evoluir tanto na área do conhecimento científico, através do aprendizado baseado em problemas, como na área do conhecimento prático. Foi possível melhorar o atendimento oferecido através da implantação de pequenas ações, que ao serem incorporadas na rotina revelam uma intervenção capaz de modificar permanentemente a atenção dada aos usuários e conseqüentemente interferir de forma significativa no processo saúde-doença. A formação acadêmica ainda tem como foco o conhecimento científico, não somos preparados para gerir e sistematizar, mas o curso de Especialização em Saúde da Família pôde preencher algumas dessas lacunas e oferecer uma boa visão sobre processo de trabalho, liderança e engajamento.

O conhecimento foi ofertado de forma eficiente, temos como desafio dar seguimento as ações e incorporá-las de forma definitiva à rotina do serviço. Ao longo do ano pudemos ser além de clínicos, instrumentos de transformação da realidade a que estávamos inseridos. Trabalhamos em busca de metas e objetivos de ampliação da qualidade do serviço e pudemos nos surpreender com os resultados alcançados. Uma palavra resume bem as experiências vividas: gratificante. Que nossas ações possam servir de exemplo e despertar o cada vez mais o engajamento na proposta de melhorar a qualidade da atenção básica ofertada.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 37 – **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36 – **Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 14 – **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília 2006

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>

ANEXOS



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo/Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

Anexo 3. Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Claudia 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
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL