

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 4



**Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Elpídio Moreira
Souza, Rio Branco/AC**

Alene Cunha do Nascimento

Pelotas, 2014

Alene Cunha do Nascimento

**Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Elpídio Moreira
Souza, Rio Branco/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Saúde da
Família – Modalidade à Distância –
UFPEL/UNASUS para a obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N244m Nascimento, Alene Cunha do

Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na
USF Elpídio Moreira Souza, Rio Branco - AC / Alene Cunha
do Nascimento ; Daniela Nunes Cruz, orientadora. —
Pelotas, 2014.

76 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Doença crônica. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I.
Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família.

Agradecimentos

À minha família, grande incentivadora para que eu não desistisse dos meus sonhos e que me fez continuar sempre sem fraquejar.

À Deus, por ter me dado forças e coragem para cumprir com meus deveres, abençoando cada passo que eu dou e abençoando minha família.

Aos funcionários que compõem a Unidade de Saúde da Família Elpídio Moreira Souza que acreditaram no meu trabalho e contribuíram para que este fosse contemplado o mais próximo do ideal possível.

E aos pacientes usuários da Unidade de Saúde da Família Elpídio Moreira Souza que permitiram semear essa nova perspectiva implantada.

Obrigada.

Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho e a ação. E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria, se pudesse, um segredo. O de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída.

Mahatma Ghandi

Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ..	49
Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	49
Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	50
Figura 4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	51
Figura 5. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	51
Figura 6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	52
Figura 7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	53
Figura 8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	53
Figura 9. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	54
Figura 10. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	55
Figura 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	56
Figura 12. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	56
Figura 13. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.	57
Figura 14. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.....	58
Figura 15. Pirâmides Populacionais: Brasil e regiões Norte e Sul 1980 e 2000.....	61
Figura 16. Pirâmides Populacionais: Brasil e regiões Norte e Sul 2010.....	61
Figura 17. Gráfico do número e proporção de óbitos por DCNT; causas maternas, infantis e transmissíveis; e causas externas, por faixa etária, Brasil, 2000 a 2011 ...	61

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD UFPel	Educação à Distância da Universidade Federal de Pelotas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEMURB	Hospital Urgência e Emergência de Rio Branco
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MEV	Modificações do Estilo de Vida
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Primária

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAP	Unidade de Referência da atenção Primária
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	13
1. Análise Situacional	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	14
1.2 Relatório da análise situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional	20
2. Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo Geral	22
2.2.2 Objetivos Específicos	22
2.3 Metas.....	23
2.4 Metodologia	25
2.4.1 Ações.....	25
2.4.2 Indicadores.....	29
2.4.3 Logística	34
2.4.4 Cronograma.....	39
3. Relatório da Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	42
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.	46
3.3 Dificuldade encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	47
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	47
4. Avaliação da Intervenção	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	58
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	63
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	66
5. Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem	68

6. Bibliografia.....	70
Anexos	71
ANEXO A: Planilha de coleta de dados	72
ANEXO B: Mapa de abrangência da USF Elpídio Moreira Souza.....	74
ANEXO C: Documento do Comitê de Ética.....	75
Apêndices.....	76
APÊNDICE A: Ficha espelho	77

Resumo

NASCIMENTO, A.C.; CRUZ, D.N. **Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Elpídio Moreira Souza, Rio Branco/AC.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade de Pelotas, Pelotas.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano 2013, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a expectativa de vida no Brasil cresceu e a transição demográfica brasileira, evidenciada pelo envelhecimento da população, também é acompanhada por jovens que vem adquirindo maus costumes alimentares e uma vida sedentária. No Brasil, onde as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo hipertensão e diabetes, tomam maior destaque e, por isso, foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, que, entre outras ações, está incluso ações de combate, controle e monitoramento da Hipertensão e do Diabetes. O presente trabalho tem como origem a intervenção em Hipertensão e Diabetes Mellitus na USF Elpídio Moreira Souza em Rio Branco-AC em 2013 que teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus através dos seguintes objetivos específicos: ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento, melhorar o registro das informações, realizar mapeamento de risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular e promover ações de cuidado à saúde. Tomou-se como referência os Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” de Diabetes Mellitus (caderno 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37) publicados pelo Ministério da Saúde em 2013. Foram cadastrados 202 pacientes dos quais 191 são hipertensos e 42 são diabéticos. A partir das reflexões dessa intervenção, observou-se que essa população apresentou os piores índices em relação aos exames complementares em dia com o protocolo, a estratificação de risco cardiovascular e a avaliação odontológica e que, portanto, necessita de atenção especial tanto da equipe de saúde como de intervenções da gestão para receber um atendimento de qualidade, mais próximo do que é idealizado, já que as doenças crônicas não transmissíveis mostram uma tendência progressiva nesse novo século.

Palavras-chaves: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Apresentação

O Presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Elpídio Moreira Souza, no município de Rio Branco, estado do Acre.

O presente volume apresenta, na primeira seção, a descrição da análise situacional realizada na unidade de saúde referida acima, bem como informações pertencentes ao município ao qual a Unidade de saúde está inserida. Serão analisadas questões como estrutura física da USF, processo de trabalho da equipe e perfil da população da área de abrangência da USF.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia que será utilizada, as ações propostas para a intervenção, incluindo os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram. Serão discutidas as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, será realizada uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade discorrendo sobre a experiência da intervenção para os atores principais da intervenção, os usuários do serviço.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Unidade de Saúde da Família Elpídio Moreira Souza possui uma estrutura nova, por se tratar de uma construção com menos de um ano de funcionamento e, portanto, com seu projeto atendendo ao que é preconizado. Possui espaços amplos, cadeiras em bom estado de conservação, paredes com material lavável e com pintura nova.

A gestão municipal foi bastante acolhedora, principalmente no que diz respeito à coordenadora municipal do programa, que nos dá assistência plena. A falha que encontrei na gerência foi a insistência em continuar com a medicina curativa e, portanto, dificultando a ação de agendamentos de consultas, o que até agora não consegui instaurar em minha Unidade de Saúde da Família (USF).

A inserção na equipe de saúde se realizou muito bem, visto que antes de iniciar as atividades do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) na USF citada não havia funcionamento adequado e pudemos iniciar com a expectativa de melhorias na região com a ajuda dos outros profissionais da USF.

A comunidade que atendo ainda está se adequando à nova forma de funcionamento e dinâmica da USF, muitos ainda estão acostumados a receber ordens em vez de serem participantes ativos na condução de seu tratamento. Assim como também não veem a Unidade como local de educação e orientação sobre seus problemas de saúde e, como defendido nesse curso, sobre seus direitos e deveres, mantendo a ideia de que a única finalidade dessa estrutura é diagnosticar prontamente suas doenças e curá-las.

A maior parte da comunidade desconhecia a USF ou seus horários de funcionamento, recorrendo à outra unidade mais abrangente nas redondezas, chamada Unidade de Referência de Atenção Primária (URAP). No período de março de 2013 até o momento, abril do mesmo ano, também está sendo realizado o cadastramento das famílias da área de abrangência que ainda está em andamento e que dificulta a realização de estatísticas locais.

Existe ainda muito atendimento de livre demanda e de pacientes "fora de área", que como dito antes, dificulta a realização de agendamentos para

acompanhamento dos que precisam de atendimento longitudinal e dos atendimentos preventivos.

Quanto à organização do acesso ainda encontramos dificuldade, principalmente, porque o cadastramento das famílias foi iniciado no momento da vinculação da USF com o PROVAB e o agendamento das consultas ainda não está adequado. A população assistida tem dificuldade em entender como ocorre a estratificação do atendimento pelos serviços oferecidos, que apesar de todas as unidades estarem de portas abertas para qualquer tipo de atendimento, mesmo que seja uma avaliação inicial, existe um perfil de paciente para cada local – doenças crônicas e em investigação em unidades básicas e urgências e emergências nas unidades de pronto atendimento – justamente para organizar e oferecer um atendimento eficaz e de melhor qualidade. Esse impasse será amenizado a partir do momento em que forem realizadas campanhas orientando e educando a população acerca da destinação de cada unidade de atendimento.

Falhas, como dificuldades em marcar exames que, segundo o Ministério da Saúde (MS), devem ser solicitados pela atenção primária, também faz com que alguns princípios defendidos pelo Sistema Único de saúde (SUS) não sejam adequadamente praticados. Cito como exemplo o caso de rastreamento de osteoporose em idosos através da densitometria óssea, o qual na cidade em que atuo só é possível através da avaliação do Ortopedista, travando a atuação do médico da atenção básica.

A base do SUS é a busca pelo ideal em que os direitos de cada cidadão sejam respeitados e que seja ofertado um serviço que atenda as maiores necessidades da população. Se um dia for plenamente colocado em prática será um sonho realizado, beneficiando todas as esferas da sociedade, mas o caminho ainda é longo e as dificuldades muitas.

Cabe a nós, que estamos tendo acesso a uma gama de informações importantes, divulgá-las, até porque para aprimorar as ações fica mais fácil se mais pessoas estiverem envolvidas. Devemos também, com a ajuda dos gestores, assegurar a aplicação dos princípios defendidos pelo SUS seja cobrando iniciativas para melhorias ou mesmo praticando com os múltiplos profissionais com que nos relacionamos para trabalhar.

A minha expectativa em relação ao PROVAB é de mudar a realidade da comunidade assistida, começando por inserir a saúde preventiva na USF, já que funciona puramente com atendimentos de livre demanda com medicina curativa. Mudar a conscientização da população em relação ao trabalho realizado por esse tipo de Unidade faz parte do trabalho que pretendo realizar.

1.2 Relatório da análise situacional

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o estado do Acre é habitado por 733.559 pessoas. Seu município mais populoso é a capital, Rio Branco, que abriga 336.038 habitantes e ocupa uma área de 8.835Km².

Na cidade de Rio Branco, conforme dados oferecidos pela Secretaria Municipal, a assistência à saúde é composta por 49 USF, sendo que, destas, 23 são com equipe de saúde bucal; um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); cinco URAP; seis Centros de Saúde (CS); dois Centros Especializados em Odontologia (CEO); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); seis hospitais – Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HEMURB), Hospital das Clínicas, Hospital da Criança, Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital Maternidade e Hospital Santa Juliana –; e como apoio complementar ao diagnóstico o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e dois Centros de Apoio Diagnóstico (CAD).

A USF Elpídio Moreira Souza é uma unidade de saúde urbana, onde apenas uma equipe de saúde da família atua. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira (que também é coordenadora da USF), uma técnica de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista, uma técnica da saúde bucal e uma auxiliar de serviços diversos.

A USF citada tem uma boa estrutura física que atende a maioria dos parâmetros, preconizados pelo Manual de Estrutura Física das UBS/USF (BRASIL, 2008), dos padrões e com boa aparência por ser uma estrutura nova, com menos de um ano de inauguração – foi inaugurada dia 05 de outubro de 2012. Apesar disso, o acesso à unidade pelas pessoas com dificuldade de locomoção fica comprometido devido à calçada e a via pública, pertencentes à área externa, estarem com irregularidades e desnivelamentos. Já foram enviados vários ofícios com solicitação

para regularização da situação, tanto para a Secretaria Municipal de Saúde como para a Prefeitura, e estamos aguardando por resposta.

A equipe de saúde da família é dedicada e prestativa contribuindo para a realização das novas medidas propostas para serem implantadas na USF. Nas reuniões, dão sugestões e esforçam-se para que, com a participação de todos os integrantes da equipe, sejam encontradas soluções para as adversidades encontradas para o exercício das atividades realizadas no estabelecimento. Como entrave de seu trabalho, há uma microárea descoberta por um ACS e, por isso, uma parte da população adstrita à USF Elpídio Moreira não está sendo assistida adequadamente. Além disso, foi iniciado, somente agora, o cadastramento das famílias numa outra microárea, fazendo com que ainda tenhamos dados incompletos da área de abrangência da USF citada. Diante dessa situação, foi solicitado para a administração municipal o preenchimento da vaga de ACS que está disponível e a agilidade destes em realizar, o quanto antes, o completo cadastramento das pessoas da comunidade.

A população adstrita é de 4.200 habitantes, composta na sua maior parte por população jovem, menor que 40 anos. Essas pessoas são organizadas por sua localização geográfica, em oito microáreas com seus respectivos ACS, porém uma microárea está descoberta e necessitando de novo profissional como já descrito.

O atendimento na unidade é realizado por sua totalidade para a demanda espontânea, funcionando como um pronto atendimento. Assim o acolhimento é realizado a todas as pessoas que chegam à unidade, todos os dias nos dois turnos, dando prioridade à marcação da consulta naquele dia pela manhã, mas tendo desistência é encaixada outra pessoa que chegou após o horário. Mesmo que já tenham acabado as fichas para aquele dia, existe o esforço para que todos que procuram a unidade sejam acolhidos para triagem de gravidade e orientação, caso não seja possível atender algum usuário naquele dia na unidade, ele é orientado a procurar o serviço no dia seguinte ou procurar serviços de pronto-atendimento, como o caso da UPA, dependendo da situação. Os casos que são orientados a procurar UPA são pré avaliados pelo médico da USF, independente do horário da chegada do paciente, desde de que essa esteja no horário de funcionamento, pois caracteriza um atendimento de urgência e prioridade.

Em relação à saúde da criança, possuímos um indicador de cobertura de 74% para as crianças da área de abrangência da USF, sendo que a metade dessas crianças está com as consultas em dia, de acordo com o protocolo do MS. No que tange aos indicadores de qualidade, todas as crianças estão sendo acompanhadas de forma integral. Na consulta médica é realizada a puericultura, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança, aconselhando os pais quanto aos cuidados particulares a essa faixa etária e encaminhando para atendimento especializado quando este for necessário.

Em relação à prevenção do câncer do colo de útero, no qual temos como indicador de cobertura 10%, e câncer de mama, o qual não tem registro para preencher o indicador de cobertura, são realizadas ações, prioritariamente, com a enfermeira, mas também pela médica e demais profissionais da USF. As solicitações de mamografia são realizadas pela médica e o monitoramento, busca ativa e aconselhamento dessas pacientes são realizados por todos os profissionais da USF. O protocolo seguido é o do MS, porém com bastante falhas.

Para a prevenção do câncer de colo uterino, no que tange aos indicadores de qualidade a orientação e realização da coleta do exame são realizadas em todas as mulheres na faixa etária pertinente, porém não há registro adequado na USF que informe o número de mulheres com exame preventivo para câncer de colo de útero em dia.

Em relação ao controle de câncer de mama os registros são realizados apenas no prontuário e o controle desses dados é escasso, impossibilitando o monitoramento adequado desses dados e dificultando a cobertura dessa ação. A avaliação das pacientes quanto a este quesito é realizada pela médica e pela enfermeira e a orientação é realizada de maneira complementar também pelos ACS.

Em relação ao pré-natal, que possuímos indicador de 25% cobertura, e planejamento familiar são aplicadas ações como na prevenção de colo do útero e de mama, ou seja, prioritariamente, com a enfermeira. O protocolo seguido também é o do MS.

Para o pré-natal, a assiduidade, exames solicitados no primeiro trimestre, aplicação de antitetânica, administração de suplementação de sulfato ferroso e orientação para amamentação são realizados em 100% das pacientes, porém 88%

iniciaram no primeiro trimestre e a avaliação odontológica não tem sido realizada de rotina nessa população.

Os hipertensos e diabéticos, assim como os idosos, são conduzidos segundo o que rege o MS, no que diz respeito à rotina de exame físico e exames complementares inerentes a essas situações.

Temos como indicador de cobertura para hipertensos 21%. São pacientes que nitidamente não seguem um tratamento único, devido ao “atendimento duplo” do qual usufruem – atendimento na USF e na URAP –, não tendo um único médico ou equipe como referência para a sua condição. Os indicadores de qualidade, portanto, apresentam-se muito aquém do esperado. Em relação às orientações – seja ela nutricional ou referente à atividade física – solicitação de exames complementares e avaliação de risco cardiovascular, são realizadas em todos os pacientes que compareceram na USF desde o início das atividades do PROVAB. Estão sendo programadas palestras e grupos para melhor atenção e proximidade com esse público, assim como também formas de registro e adoção de um cronograma semanal fixo que melhor atenda às necessidades dessa parcela da população.

Para diabéticos temos como indicador de cobertura 71%. Assim como para hipertensos, também recebem “atendimento duplo” e os indicadores de qualidade apresentados pela nossa USF ficam comprometidos.

Para idosos temos como indicador de cobertura 21% dos que moram na área de abrangência da USF. Não é praticada atenção específica a essas pessoas como um grupo; são feitas orientações e acompanhamento de forma individual. Os indicadores de qualidade também ficam bem aquém do esperado.

Em relação à saúde bucal devido aos diversos contratemplos que ocorreram desde o início das atividades, sejam por impossibilidade de atendimento por falhas no equipamento, necessário para as consultas da atenção bucal, ou por doença e atestado médico dos profissionais, os indicadores de cobertura e de qualidade não puderam ser quantificados. Dessa forma, essa atividade deverá melhorar bastante para atender ao que é preconizado pelo MS.

Os usuários, de uma maneira geral, procuram a USF apenas para assistência curativista e não compreendem, ainda, a importância da promoção e prevenção à saúde que também fazem parte dos compromissos desse estabelecimento. Por isso, alguns ficam insatisfeitos com a adoção das novidades

para melhoria da assistência, mas esperamos que com o tempo, essas pessoas compreendam melhor o que está sendo-lhes oferecido.

Por fim, ressalto que, com a estrutura oferecida e com a equipe disposta a contribuir com o serviço – o que é decisivo na efetivação – poderemos avançar muito em direção ao ideal em relação ao atendimento dessa comunidade.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

A estrutura física que a USF Elpídio Moreira possui, como dito no texto inicial com as primeiras impressões, é nova e por isso atende às exigências do MS, porém alguns pontos não são contemplados, como por exemplo, a acessibilidade fica prejudicada no que diz respeito à calçada externa e via pública que se encontram com depressões e falhas, assim como também, ausência de corrimão nos espaços da unidade de saúde, tendo apenas no banheiro de uso comum. As demais estruturas encontram-se satisfazendo os padrões do MS.

Ao comparar os aspectos referentes às ações da USF, incluindo estrutura e equipe, com a primeira percepção que tive do estabelecimento, percebo que apesar de termos condições de ofertar um atendimento de qualidade e seguindo os protocolos publicados pelo MS, precisamos nos empenhar muito e buscar melhorar cada vez mais para alcançar uma posição próxima ao ideal para a população.

Os programas prioritários do MS, tais como, crianças (Puericultura), Pré-Natal, Saúde da Mulher (Rastreamento de câncer de mama e de colo uterino), Idosos, Hipertensos e Diabéticos precisam ser melhorados, visto que encontram-se em funcionamento deficitário, diferente do que foi observado na primeira impressão da estrutura e funcionamento da USF.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (2013), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a expectativa de vida no Brasil cresceu 14% entre 1991 e 2010, tendo uma variação entre os municípios de 65 a 79 anos. A transição demográfica brasileira, evidenciada pelo envelhecimento da população, também é acompanhada por jovens que vem adquirindo costumes de países desenvolvidos tais como aumento da ingestão de alimentos conhecidos como “fast foods”, onde a quantidade de gordura e sódio é alta, diminuição da ingestão de alimentos saudáveis, como frutas e verduras, e aumento do sedentarismo.

Com esse cenário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo hipertensão e diabetes, tomam maior destaque, o que é mostrado pelo MS (BRASIL, 2011) quando aponta que as DCNT já são responsáveis por 72% das mortes e por 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS. Baseado nesses dados foi publicado pelo MS o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, que, entre outras ações, está incluso ações de combate, controle e monitoramento da hipertensão e do diabetes.

A cobertura da USF Elpídio Moreira abrange cerca de 4.200 pessoas, sendo uma parcela dessa população alvo para intervenção de medidas de prevenção e controle de hipertensão e diabetes. Ainda não estavam sendo colocadas em prática ações de prevenção nessa comunidade pela USF citada acima, não tendo sido realizado nem cadastramento no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) dessas pessoas.

Diante do atendimento apenas curativo e mau controle da população hipertensa e diabética na área adstrita, além da discrepância dos registros da USF em relação à estimativa para a área, a falta de planejamento adequada para a intervenção nesses pacientes com a ajuda de todos os profissionais que trabalham na USF, incluindo agentes de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e médico, foi escolhido como projeto de intervenção o manejo dos pacientes com hipertensão e diabetes.

As dificuldades encontradas para a intervenção são cadastramento inacabado da área de atuação da USF; contratempos que atrasaram o trabalho e planejamento anual da equipe de saúde bucal; dificuldades no resgate de pacientes que realizam o seguimento em outra unidade de saúde próxima conhecida como URAP que também oferece atendimento clínico; desconhecimento da população em relação à importância do seguimento e de qual a unidade de saúde é mais bem preparada para realizar esse serviço; entre outros. Até o final do projeto a intenção é que todas as pessoas com as enfermidades citadas estejam sendo acompanhadas da forma adequada e preconizada pelo MS.

Com a implementação desse projeto e melhor manejo dos pacientes com hipertensão e diabetes, unindo as ações dos profissionais da USF, como equipe multidisciplinar, serão realizadas as ações previstas pelo Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, possibilitando melhor qualidade de vida para essas pessoas, diminuição das comorbidades e complicações dessas doenças, proporcionando também mais anos de vida saudáveis para essa população e redução dos gastos públicos com sequelas e agravos dessas afecções.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF Elpídio Moreira.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos
- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
- Melhorar o registro das informações
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

- Promover ações de cuidado à saúde.

2.3 Metas

Relativas ao objetivo: *Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos:*

1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo: *Melhorar o registro das informações:*

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Relativas ao objetivo: *Promover ações de cuidado à saúde:*

15. Garantir avaliação odontológica a 10% dos pacientes hipertensos.
16. Garantir avaliação odontológica a 10% dos pacientes diabéticos.
17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.
20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

2.4 Metodologia

2.4.1 Ações

Visando atingir a meta de cadastrar 60% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde objetivamos desenvolver, no eixo pedagógico “Monitoramento e Avaliação”, monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” buscaremos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e de diabetes, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde. No eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitaremos a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmHg.

No eixo relacionado ao “Engajamento Público” realizaremos ações que contemple as duas patologias, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Para atingir a meta de buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada, realizaremos no eixo “Monitoramento e Avaliação” o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Já no eixo “Organização e Gestão do Serviço” organizaremos visitas

domiciliares para buscar os faltosos e organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Em relação ao eixo do “Engajamento Público” buscaremos informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, iremos ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes, bem como à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Em relação às metas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, assim como de realizar exames complementares em dia de acordo com o protocolo e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde realizaremos no eixo “Monitoramento e avaliação do serviço” monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais, disporemos de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; garantiremos a solicitação dos exames complementares; garantiremos com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; estabeleceremos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados; realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; e manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o eixo “Engajamento Público” orientaremos os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientaremos os pacientes e a comunidade também quanto à necessidade de realização de exames

complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Já no eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Visando atingir o objetivo de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde realizaremos no eixo “Monitoramento e Avaliação do Serviço” monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” manteremos as informações do SIAB atualizadas, implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento, pactuaremos com a equipe o registro das informações, definiremos responsável pelo monitoramento registros, organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Já no eixo “Engajamento Público” orientaremos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica” treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, capacitaremos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para atingir a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde buscaremos no eixo “Monitoramento e Avaliação do Serviço” o monitoramento do número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” priorizaremos o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

No eixo “Engajamento Público” orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclareceremos os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). No eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, quanto à importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Em relação às metas de garantir avaliação odontológica a 10% dos pacientes hipertensos e 10% dos diabéticos, orientação em relação à alimentação saudável, à prática de atividade física regular e aos riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos diabéticos realizaremos no eixo “Monitoramento e Avaliação do Serviço” monitoramento da realização de consultas periódicas anuais com o dentista, de orientação nutricional, de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos e de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” organizaremos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético e estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; demandaremos, junto ao gestor, oferta de consultas com dentista para estes pacientes, parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos e a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”; e organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física.

Já no eixo “Engajamento Público” buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e sobre a importância da prática de atividade física regular; orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético, sobre práticas de alimentação

saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre o tratamento de pacientes tabagistas.

2.4.2 Indicadores

Os indicadores listados estão relacionados às metas estabelecidas para este projeto de intervenção.

META 1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

META 2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

META 3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

META 4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

META 5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5. 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.

META 6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6. 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.

META 7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

META 8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

META 9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

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

META 10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

META 11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

META 12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 12. 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.

META 13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

META 14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14. 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.

META 15. Garantir avaliação odontológica a 10% dos pacientes hipertensos.

Indicador 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 16. Garantir avaliação odontológica a 10% dos pacientes diabéticos.

Indicador 16. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4.3 Logística

Na intervenção em hipertensão e diabetes serão adotados os Cadernos de Atenção Primária de Hipertensão e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, publicado em 2006. Os registros de dados pertinentes ao programa para identificação e monitoramento serão no próprio prontuário, em tabela de Excel, em planilha de coleta de dados (Anexo A) fornecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para tal fim e em ficha espelho (Apêndice A) que será reelaborada a partir do modelo apresentado pela UFPel.

No prontuário constarão a idade, comorbidades, peso, estatura, Índice de massa corporal (IMC), pressão arterial, hemoglicoteste cutâneo, uso de tabaco,

exames complementares, estratificação de risco, adesão à medicação e propostas de tratamento.

Na ficha espelho (Apêndice A) terá nome, endereço, número do cartão do SUS, idade, sexo, data de ingresso no programa, necessidade de cuidador, meio de contato, situação de mobilidade (acamado ou não), associação ou não de hipertensão e diabetes, tabagismo – com carga tabágica em maço/ano ou há quanto tempo cessou o uso – avaliação odontológica, comorbidades, medicações em uso com apresentação e posologia, exames complementares previstos pelo MS e estimativa do clearance de creatinina, pressão arterial, peso, IMC, circunferência abdominal, estratificação de risco pela escala de Framingham ou por lesões em órgão alvo, presença ou não de alterações nos exames dos pés e no exame físico, monitoramento das orientações nutricionais, sobre atividade física e sobre tabagismo e a data da próxima consulta.

Na tabela do Excell serão registradas, além das informações que constarão no prontuário e ficha espelho, listagem e controle da assiduidade dos pacientes ao programa.

Na planilha de coleta de dados fornecida pela UFPel (Anexo A) serão registrados dados da USF como, por exemplo, presença de protocolo e total de pessoas acima de 20 anos com hipertensão ou diabetes, e será realizado também o registro da evolução mês a mês das pessoas que estão sendo consultadas na ESF e que estão se cadastrando no programa, como nome, idade, se hipertenso ou diabético, se é faltoso às consultas, se foi encontrado por busca ativa, se os exames clínico e laboratorial estão atualizados, se o controle é realizado apenas com as modificações do estilo de vida (MEV) ou se há necessidade de tratamento medicamentoso, se as medicações usadas são oferecidas pelo governo, se houve orientação quanto à atividade física, a hábitos alimentares e a tabagismo e se a estratificação de risco está atualizada.

Estima-se alcançar com a intervenção 531 hipertensos e 203 diabéticos. Com os dados, será realizada a estratificação de risco desses pacientes de acordo com a escala de Framingham e passado para os ACS para saber quais os pacientes que necessitam de um acompanhamento mais próximo, além de uma análise global do impacto e controle da doença nessa comunidade.

Para que as fichas espelho possam ser aderidas ao prontuário serão solicitadas ao gestor a impressão dessas. Será solicitado ao gestor também o mapa do território coberto pela USF para que possam ser identificadas as áreas com pessoas que precisam de mais atenção por parte da equipe de saúde.

Para organizar o registro, será solicitada uma lista de hipertensos e diabéticos que os ACS acompanhem, com nome e endereço, e serão revisados os prontuários desses pacientes. A partir desses dados será possível realizar busca ativa dos pacientes em atraso e monitorá-los.

Além da listagem dos hipertensos e/ou diabéticos de cada microárea, os ACS serão os responsáveis em divulgar para a comunidade a importância do acompanhamento, realização de exames, uso contínuo das medicações, incentivo às MEV, busca ativa de pacientes faltosos ou que não tenham cadastro na USF responsável por seu acompanhamento e identificação de pacientes que necessitam de visita domiciliar para avaliação e cadastramento no programa.

A intervenção iniciará com o cadastramento no HIPERDIA desses pacientes pela médica, que fará o exame clínico apropriado, com aferição da pressão arterial nos dois braços e tendo como registro o de maior valor, registrando também dados como peso, IMC, circunferência abdominal, exames laboratoriais e preenchimento das fichas espelho, e pela enfermeira, que finalizará o registro entregando o cartão do HIPERDIA para o paciente.

O cadastro no HIPERDIA será realizado para pacientes que comparecerem na USF, seja por busca ativa ou por livre demanda, que terão seu atendimento priorizado no turno da manhã das terças-feiras, quando será disponibilizado 15 fichas para atendimento desses. Entretanto, nos outros turnos esses pacientes também serão acolhidos e atendidos pela médica, principalmente se for uma situação de descompensação da doença ou de urgência/emergência, e orientados a trazer a documentação para cadastramento no HIPERDIA.

Será explicada à população a importância desse acompanhamento no período da manhã que antecede o atendimento na USF, pela médica ou enfermeira, diariamente, sendo também solidificado o cronograma de atendimento semanal que visa atenção a essa parcela da população.

O monitoramento será realizado pela médica que organizará os dados registrados e de posse dessas informações terá como conduzir o programa corrigindo as falhas.

Realizaremos também a capacitação dos ACS e demais integrantes da USF (enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e de dentista) em reuniões quinzenais para explanação dos assuntos pela médica, uniformização das orientações aos hipertensos e diabéticos, tirar dúvidas, observar progresso das ações e impacto da intervenção na comunidade. As reuniões terão uma programação de tempo de aproximadamente duas horas, ocorrerão na sala de reunião da USF e abordarão além do repasse da avaliação das metas e ações as seguintes pautas:

- Capacitação dos ACS e toda a equipe visando o cadastramento dos usuários com HAS e DM e realização/verificação de P.A e o Hemoglicoteste.
- Treinamento dos ACS para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitação os profissionais para conhecerem os protocolos adotados pela unidade de saúde, bem como definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Treinamento da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, bem como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitação da equipe sobre avaliação de riscos e aplicação do score de Framingham, bem como sobre a avaliação dos pés e controle dos fatores de risco modificáveis.
- Capacitação da equipe de saúde bucal visando aprofundar estudo sobre Avaliação e Tratamento bucal dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.
- Capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitação da equipe sobre alimentação saudável, importância da prática de atividade física e sobre o tratamento de pacientes tabagistas.

Posteriormente, serão criados grupos de hipertensos e diabéticos, que serão reunidos mensalmente na sala de reunião da USF, onde serão abordados temas para melhoria de sua terapêutica com melhores resultados através de explicações realizadas por ACS, enfermeira, médica e dentista, onde serão enfatizadas orientações sobre dieta, atividade física, abandono do tabagismo e importância do

acompanhamento através de consultas regulares. Esses temas também serão abordados de forma mais ampla duas vezes por semana, na primeira meia hora da atividade da USF, antes do atendimento médico ou de enfermagem iniciar, na sala de espera, na tentativa de a informação chegar ao maior número de pessoas. As temáticas, especificamente, serão:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a sua periodicidade.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

3. Relatório da Intervenção

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

O projeto de intervenção proposto para ser aplicado na USF Elpídio Moreira Souza foi focado em melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, com início em Outubro de 2013 e teve duração de três meses.

A intervenção começou a partir do momento em que foi autorizado após a análise e correção do projeto, porém já haviam sido “pinceladas” as propostas e mudanças que ocorreriam durante os três meses seguintes, onde a intervenção se daria propriamente dita. Foram discutidas nesse momento as metas, gerando já uma ideia de atuação de todos os profissionais da USF Elpídio Moreira Souza.

O esclarecimento do papel de cada profissional na nova forma de atenção projetada foi realizado e determinado na primeira reunião em grupo, com os funcionários na primeira semana. As dificuldades que encontrei nesse período foram devidas, principalmente, à enfermeira, que também é coordenadora da USF, estar de férias. Apesar disso, a recepção das novidades e disposição para concretização das metas foram boas por parte dos que se encontravam na reunião – ACS e técnica de enfermagem. Neste momento também não pude contar com a presença da equipe de saúde bucal, já que seguiam rotina de trabalho diferente da minha, e não puderam desmarcar suas atividades sem a autorização da coordenação.

A listagem de hipertensos e diabéticos que os ACS possuíam de acordo com o cadastro das famílias realizado em cada microárea também foi disposto com prontidão para que eu pudesse comparar os dados que eles possuíam com os dados que eu estava colhendo com a ajuda deles nessa nova etapa. Pude perceber que muitas pessoas que constavam na lista não haviam comparecido à USF ou não possuíam níveis pressóricos ou glicêmicos alterados. Com a intervenção pôde ser confeccionada uma nova listagem corrigindo os equívocos da primeira lista e avaliando os pacientes com reais alterações pressóricas ou glicêmicas. Isso faz refletir também no número de total de hipertensos e diabéticos que chegamos ao

final da coleta da intervenção, pois se olharmos apenas os números pensamos que não foi feito muito pela pequena diferença entre os números antes da intervenção e após ela ter sido realizada, porém ao vermos que alguns dos que eram contados como tais não faziam realmente parte desse grupo e que outros que não estavam sendo contados passaram a ter cadastro e serem reconhecidos como indivíduos com essas enfermidades conseguimos observar a diferença que a intervenção iniciou.

O cadastro do HIPERDIA deu um grande avanço com a intervenção. Até um mês antes do início da intervenção não havia sequer um cadastro do HIPERDIA e ao terminarmos o mês de Dezembro de 2013 pudemos contar com um número relevante de usuários – 46 cadastros de HIPERDIA. Esse número poderia ser maior já que o número de pacientes registrados no final da intervenção foi bem superior, porém para o HIPERDIA era necessário a apresentação de documentos, como Registro Geral, CPF, Registro do SUS e Comprovante de Endereço, e muitos dos pacientes atendidos não levavam essa documentação, sendo contabilizados para a intervenção, porém sem a conclusão do cadastro no HIPERDIA. Essa ação deve e precisa continuar na mesma velocidade ou até com mais intensidade, pois firma o vínculo dessas pessoas às USF que devem realizar seu acompanhamento, evitando, no nosso caso, a duplicidade de atendimento que acontece também na URAP próxima à nossa USF. O cadastramento tanto no programa HIPERDIA como na intervenção demandou mais tempo na consulta, já que quem estava completando todos os dados das fichas era eu no momento da consulta clínica, mas isso foi bem benéfico por contemplar boa parte das ações em uma única ida ao estabelecimento. Vale ressaltar que a coleta de dados foi registrada de duas formas, no HIPERDIA, que ainda estava sendo aplicado na USF, e na planilha elaborada antes da intervenção para este fim, que contemplava mais dados e facilitava a monitorização dos pacientes cadastrados.

Em relação ao número de participantes cadastrados e acompanhados na intervenção, houve alguns empecilhos, um deles, já citado, foi o “atendimento duplo” que o paciente recebe, sendo acompanhado tanto pela USF responsável como pela URAP próxima, contribuindo para a eficácia apenas parcial do programa para hipertensos e diabéticos, visto que o seguimento não se dá de forma contínua e seguindo uma linha de tratamento única; foi tentado diminuir essa interferência com

a administração da URAP contribuindo com o fluxo dos nossos pacientes para nossa USF, não atendendo as situações que não precisavam de atendimento de urgência e que poderiam procurar posteriormente nossa USF. Isso contribuiu para a meta estabelecida para essa ação não ser alcançada.

Outro fator que também interferiu bastante foi o cadastramento das microáreas competentes à USF; como dito na análise situacional, a área que nos compete é dividida em oito microáreas, sendo que com a mudança do mapa de abrangência e divisão das USF, duas de nossas microáreas foram passadas para outra unidade de saúde e duas outras foram incorporadas em seus lugares para iniciar o cadastramento, além disso só houve preenchimento de uma das duas vagas que tinham sido desocupadas pela translocação das microáreas e uma microárea nossa ficou sem ACS, portanto sem cadastro. Isso fez com que várias famílias ficassem sem o correto acompanhamento e, conseqüentemente, não pudemos contar com essa parcela da população adstrita para completar ou se aproximar das metas estabelecidas.

As reuniões com a equipe e capacitação dos ACS e demais funcionários da USF com ênfase no melhoramento do rastreamento dos pacientes hipertensos e diabéticos superaram todas as expectativas que eu havia formado. Acredito que foi uma das ações que mais tiveram sucesso. Fizemos seis encontros e os participantes desses momentos mostraram muita interação e interesse construindo um momento de grande aquisição de conhecimento, não ficando restrito ao que foi proposto pela intervenção, mas abordando demais assuntos pertinentes ao funcionamento da USF. Tivemos acesso ao manual atualizado de atenção ao hipertenso e diabético na atenção básica e isso facilitou essa ação programada. Discutíamos sobre determinado assunto e já elaborávamos questionamentos e planejamento de estudo e pesquisa sobre o assunto do próximo encontro para esse fim, de forma que havia o estímulo pela curiosidade e a procura em solucionar as maiores dificuldades encontradas na nossa área de abrangência.

Semanalmente ocorreram palestras na sala de espera, onde conseguíamos maior contato com a população e podíamos disseminar, principalmente as idéias de mudanças no estilo de vida e alternativas que podíamos nos apropriar para o correto tratamento de hipertensão e diabetes. Foram atividades de grande ganho, pois começamos a observar mudanças no comportamento das pessoas, na tentativa de

melhorar e seguir as orientações discutidas, observamos também o interesse em comparecer nesses dias na USF para esclarecer suas dúvidas, mesmo que não tivessem seus atendimentos marcados para aquele dia.

A atividade de revisão dos prontuários foi bem conturbada, pois, primeiro, eu não havia realizado boa divisão dos horários de forma que tivesse um momento específico para a realização dessa ação e acabou sendo realizada fora da programação estipulada, que seria a conclusão até a metade do terceiro mês de intervenção, porém essa só aconteceu de fato na última semana de coleta de dados do trimestre programado. Essa ação forneceu muitas das informações que constam nas planilhas de dados, permitindo uma melhor análise da situação da USF.

Em relação aos registros, melhoraram muito após a aquisição da impressão das fichas-espelho, quando pudemos realizar de forma organizada e sistematizada os retornos e seguimentos contribuindo para o monitoramento adequado da ação e do acompanhamento desses pacientes.

Sobre a estratificação de risco, ação contemplada parcialmente, pela falta da entrega de alguns exames complementares não foi possível realizar a estratificação de risco em todos os pacientes acompanhados. Isso tinha sido discutido antes para que houvesse facilitação na realização desses exames, mas é compreensível que nem tudo é culpa do sistema, muitos postergam a realização dos exames complementares e atrasa também a estratificação adequada. O sistema de saúde por sua vez está sobrecarregado com tanta solicitação de exames e não consegue atender precisamente a toda a demanda.

O fluxo de pacientes para avaliação odontológica aconteceu de maneira deficitária e iniciou somente no final do primeiro mês de intervenção, além disso, a contra-referência não se deu de maneira adequada atrasando a inclusão desses dados nas planilhas e postergando essa atenção a esses pacientes. Essa é uma das ações que deve ser aprimorada e reorganizada para que funcione melhor e de maneira adequada. Houve interesse da equipe de saúde bucal em realizar uma orientação geral quando houvesse o grupo de hipertensos e diabéticos e até aventou-se que isso fosse realizado nas terças-feiras já que estávamos com dificuldade de montar e realizar o grupo citado, porém também não ocorreu.

As ações referentes à prescrição de medicamentos da lista da Farmácia popular, realização de exame clínico, solicitação de exames complementares e as

orientações sobre alimentação saudável, estímulo à atividade física e combate ao tabagismo foram plenamente contempladas.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

As atividades de grupo com hipertensos e diabéticos não foram contempladas, apesar das tentativas e planejamento em diversas reuniões. A logística dessa ação deve ser melhor elaborada para conseguir ser alcançada, começando por tentar esclarecer melhor a equipe e a comunidade sobre a importância das atividades coletivas ou com estatísticas ou com exemplificações e mais uma vez tentar estabelecer essa atividade na rotina de funcionamento da USF.

Cito também as dificuldades encontradas pela falta de agendamento organizado previamente, não só para o grupo de hipertensos e diabéticos, pois na USF as fichas eram liberadas na manhã do mesmo dia em que aconteciam os atendimentos; tentamos diminuir essa interferência com a abertura da possibilidade de os ACS realizarem semanalmente agendamentos, enquanto cumpriam as visitas domiciliares, para os pacientes pertencentes ao grupo central de nossa intervenção para a terça-feira pela manhã – período destinado ao atendimento do HIPERDIA e que aproveitávamos para realizar aconselhamentos e palestras educativas –; esses “agendamentos” facilitaram o acesso dos hipertensos e diabéticos à USF correta, porém o absenteísmo ainda existe e acontece com frequência.

Outro quesito foi a falta de medicações anti-hipertensivas nas unidades de saúde, tendo disponíveis as outras medicações para esse grupo, além do captopril e hidroclorotiazida, de maneira não satisfatória e insuficiente, em local longe da comunidade – Farmácia Popular, que fica no centro da cidade –, o que dificultou o acesso dos pacientes ao tratamento adequado de suas enfermidades. Apesar de todos os pacientes terem recebido prescrição com medicações contidas na lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, nem todos tiveram acesso às medicações como explicado.

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

No início da intervenção, como não estavam disponíveis ainda as fichas-espelho impressas, os dados foram coletados e registrados somente na planilha de Excell elaborada para este fim e somente no último mês, quando tínhamos esse material em mãos é que esses dados puderam ser registrados adequadamente.

Houve dificuldade também na revisão dos prontuários que não possuíam tempo reservado exclusivamente para essa atividade no cronograma elaborado e teve que ser realizado fora do período programado.

Ademais, tive dificuldade com a contra-referência da avaliação odontológica postergando a inserção desses dados na planilha de coleta de dados e nas demais formas de registros adotadas durante a intervenção.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Os pacientes mostraram-se satisfeitos com o trabalho da equipe de saúde e manifestaram o desejo de que as ações implantadas continuem na rotina da USF, o que é demasiadamente importante para o sucesso da incorporação das ações à rotina do serviço.

Além disso a própria equipe pôde observar os benefícios que a organização do serviço e as novas implementações trouxeram, manifestando também a vontade de dar continuidade ao trabalho iniciado.

Diante da aceitabilidade e do bom resultado da intervenção as ações que já estão incorporadas permanecerão e outras deverão ser adicionadas para que seja proporcionado um serviço de qualidade. A dificuldade encontrada nesse momento é de a equipe permanecer em harmonia e trabalhando em conjunto, já que algumas pessoas, como eu, que sou a médica da Unidade de Saúde, e a enfermeira, que também é a coordenadora da USF, não faremos mais parte do quadro de funcionários da USF Elpídio Moreira Souza.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção de uma maneira global tratou da melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos adstritos à área de abrangência da USF Elpídio Moreira Souza. Com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” de Diabetes Mellitus (caderno 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37) publicados pelo Ministério da Saúde em 2013 foram montadas as ações de intervenção.

No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 4.200 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 2.814 pessoas. Ainda como estimativa proposta por Vigitel (2011) chegou-se ao número de 639 hipertensos e 158 diabéticos moradores na área.

Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, 60% e 80%, respectivamente. Durante a intervenção foram atendidos, avaliados e cadastrados 191 hipertensos (29,9% dos hipertensos estimados para a área) e 42 diabéticos (26,6% dos diabéticos estimados para a área).

A partir de uma análise progressiva da cobertura e de acordo com a figura 1, temos no primeiro mês 57 hipertensos (8,9%), no segundo mês 100 hipertensos representando 15,6% e no terceiro mês 191 hipertensos, totalizando 29,9% dos hipertensos estimados para a área. Em relação aos diabéticos, como mostra a figura 2, foram cadastrados no primeiro mês 12 diabéticos (7,6%), no segundo mês 27 diabéticos (17,1%) e no terceiro mês 42 diabéticos, equivalendo a 26,6% dos diabéticos estimados para a área (figura 5). Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita inferior ao esperado.

As ações que mais auxiliaram na captação das pessoas pertencentes ao programa de melhorias foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pelos ACS que realizavam suas visitas domiciliares de rotina observando a assiduidade do acompanhamento e local de seguimento dos hipertensos e

diabéticos e orientando-os a realizar adequadamente seu tratamento pela USF adequada.

Um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi a falta de cobertura por agente comunitário de saúde para uma microárea e o processo de cadastramento de outra microárea, o que deixou os dados incompletos. Além disso, vale lembrar que a pirâmide etária da região norte do país, mais especificamente nos bairros com menos recursos financeiros dessa região, ainda tem sua base bastante alargada e seu ápice estreito, diferente de como se comporta nos Estados mais desenvolvidos do país, e isso pode favorecer a um número superestimado de portadores de hipertensão e/ou diabetes na localidade.

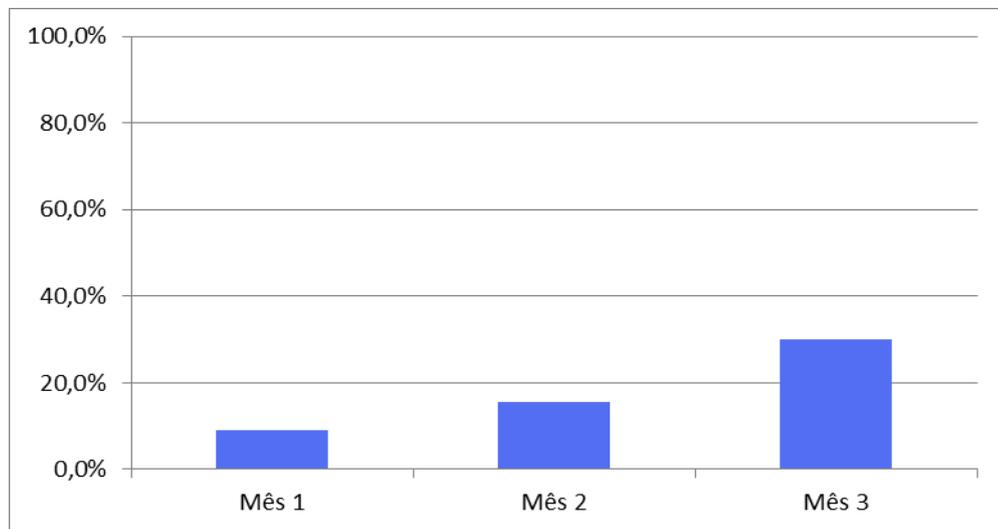


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso

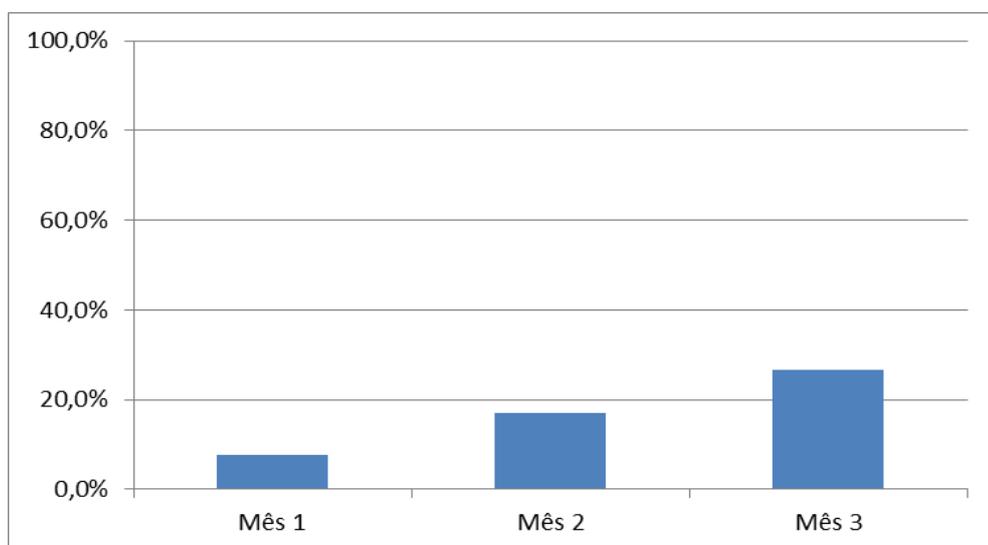


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Em relação à meta “buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada” pôde se observar que a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta com busca ativa variou durante os três meses de atuação. Em relação aos hipertensos faltosos com busca ativa tivemos 62,5% (30 de 48 hipertensos) no primeiro mês, 55,7% (49 de 88 hipertensos) no segundo mês e 73,4% (127 de 173 hipertensos) no terceiro mês, como mostra a figura 3. Já em relação aos diabéticos, figura 4, tivemos 60% (6 de 10 diabéticos), 58,3% (14 de 24 diabéticos) e 73% (27 de 37 diabéticos) faltosos a consulta, respectivamente aos meses de intervenção.

Um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi o “atendimento duplo” que esses pacientes recebiam, podendo ser acompanhados tanto pela USF Elpídio Moreira Souza como pela URAP Francisco Roney Rodrigues Meireles que se situa próxima ao nosso estabelecimento e que abrange uma área territorial maior que a USF citada. Isso interfere no seguimento linear desses pacientes, segundo o preconizado pelo MS, que deveria ser realizado em uma dessas unidades – a unidade de referência para esse usuário.

A atividade facilitadora para a obtenção desses resultados foi a busca ativa pelos ACS, as palestras e orientações realizadas por todos os funcionários da USF para resgatar os pacientes que estavam com seu acompanhamento comprometido por absenteísmo. Os fatores que dificultaram a concretização dessa meta foram a ausência de agendamento em longo prazo para acompanhamento em prazos determinados para os usuários da USF Elpídio Moreira, o “atendimento duplo” já citado e o cadastramento ainda em andamento de algumas microáreas.

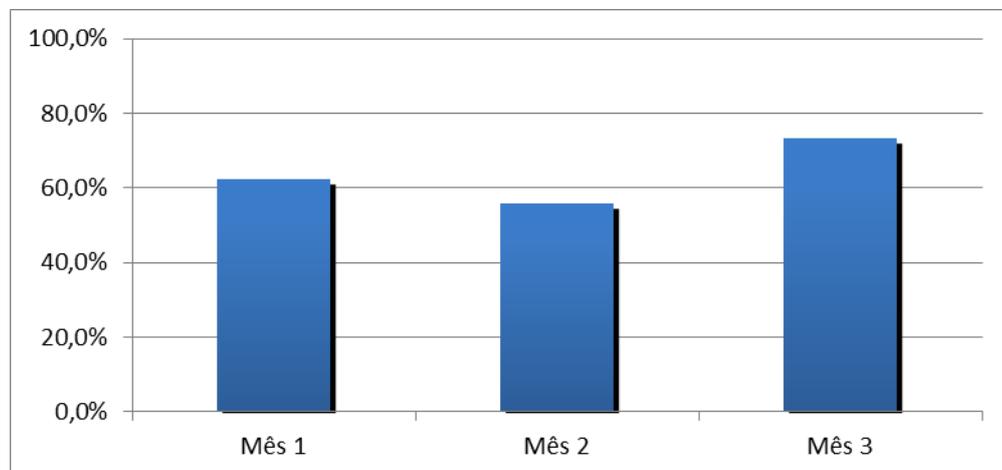


Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

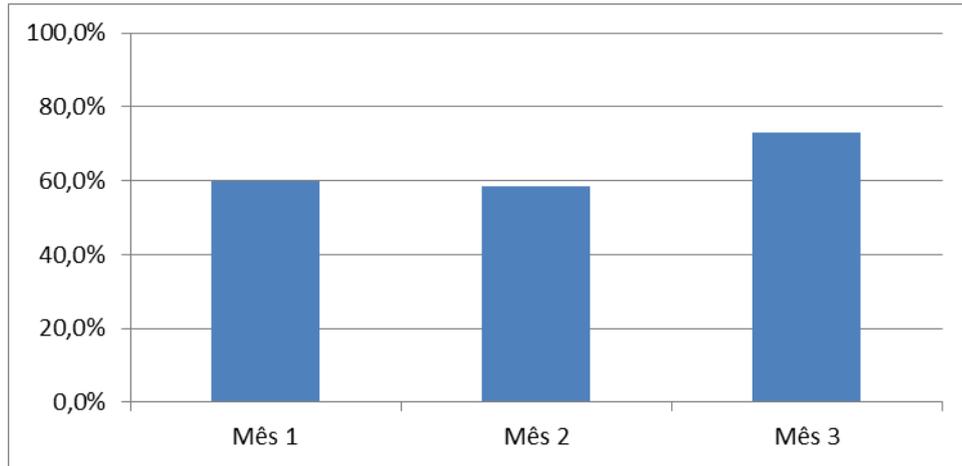


Figura 4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Em relação às metas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, assim como de realizar exames complementares em dia de acordo com o protocolo e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não foi atingida a meta em relação aos exames complementares.

O exame clínico de acordo com o protocolo adotado, que foi preconizado pelo Ministério da Saúde, foi realizado em 100% dos pacientes participantes da intervenção, com exceção de apenas um paciente, que não aceitou a realização de todo o exame clínico, portanto, ao final da intervenção, em 99,5% dos hipertensos (190 pacientes) e 97,6% dos diabéticos (41 pacientes) foi realizado o exame clínico adequado completamente, como mostram as figuras 5 e 6.

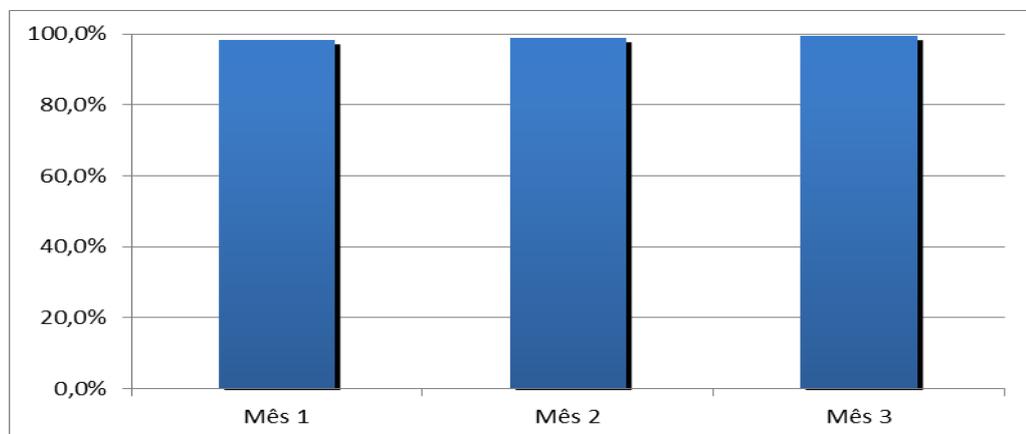


Figura 5. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

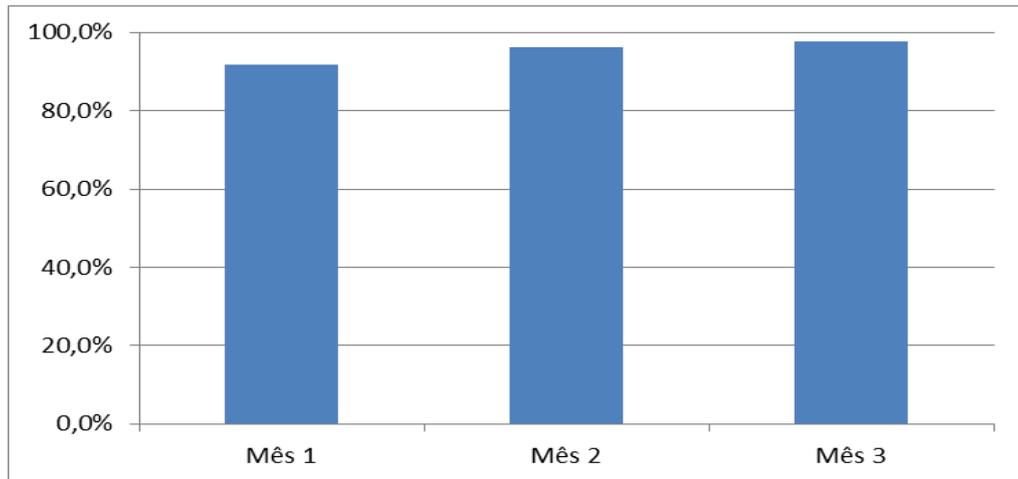


Figura 6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares para avaliação dos hipertensos e diabéticos conforme o que é determinado pelo MS foram solicitados para 100% desses usuários, porém uma pequena parcela retornou para mostrar os resultados de todos os exames (figura 7 e 8). Alguns exames, como por exemplo, a pesquisa de proteinúria na urina de 24h, para identificação de lesão de órgão alvo; dosagens de hormônios e identificação de catecolaminas na urina na pesquisa de hipertensão secundária não são realizados pela rede pública e por isso não tivemos acesso a esses exames. Dessa forma, a porcentagem atingida para esse parâmetro da atenção a esses pacientes ficou muito aquém do esperado. Para os que têm hipertensão, no primeiro mês da intervenção foram identificados 15,8% (9 de 57 hipertensos), no segundo mês 17% (17 de 100 hipertensos) e no terceiro mês da intervenção apenas 17,8% (34 de 191 hipertensos) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Já para os diabéticos a porcentagem no primeiro mês ficou em 25% (3 de 12 diabéticos), no segundo mês 25,9% (7 de 27 diabéticos) e no terceiro mês da intervenção 19% (8 de 42 hipertensos) realizaram os exames complementares.

Em relação a essa ação o que mais ajudou foi o acordo de facilitação de realização desses exames com a Secretaria Municipal de Saúde, que facilitou a disponibilidade dos exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário). Porém, a falta de interesse dos pacientes em realizar em tempo hábil esses exames, a sobrecarga de serviço que os laboratórios da rede

pública sofrem e a necessidade de chegar muito cedo nos pontos de realização dos exames para conseguir ficha para serem atendidos e realizá-los prejudicaram a contemplação dessa meta. Muitos até retornaram com resultados, mas não possuíam a totalidade dos solicitados conforme o protocolo.

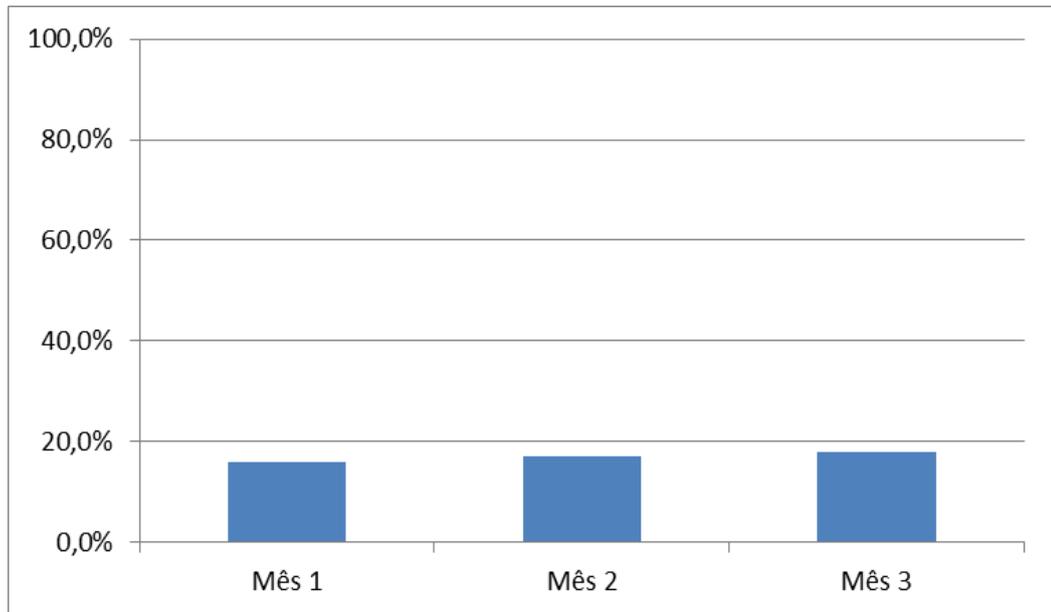


Figura 7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

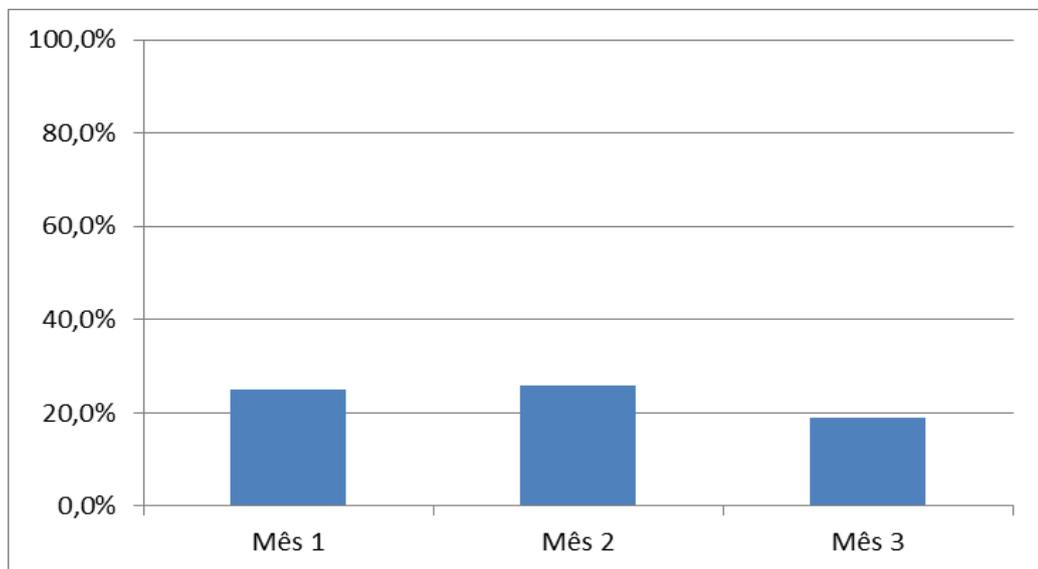


Figura 8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Todos os participantes do programa portavam prescrição com medicamentos pertencentes à lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, totalizando desta forma, 100% de resolutividade para este indicador em todos os

meses da intervenção. Isso se deu devido à observância e cuidado em propor o tratamento medicamentoso associado às modificações do estilo de vida com medicações que controlassem suas enfermidades e não comprometessem a renda dessas pessoas.

Em relação à meta “realizar registro adequado na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos” pôde se observar que a proporção de registro adequado na ficha de acompanhamento foi de maneira crescente. De acordo com a figura 9, para os pacientes hipertensos, no primeiro mês, foi atingido 10,5% (6 de 57 hipertensos), no segundo mês 23% (23 de 100 hipertensos) e no terceiro mês 59,7% (114 de 191 hipertensos). Para os pacientes diabéticos, de acordo com a figura 10, conseguimos atingir no primeiro mês 8,3% (1 de 12 diabéticos), no segundo mês 18,5% (5 de 27 diabéticos) e no terceiro mês 47,2% (20 de 42 diabéticos) com ficha de acompanhamento registrada de forma adequada.

A dificuldade de realizar os registros no início da intervenção foi devido a disponibilização tardia do material impresso – das fichas-espelho. Nos dois primeiros meses os dados eram anotados em tabela acessória ou em fichas-espelho providenciadas na própria unidade de saúde e somente no terceiro mês foi completado o registro com as informações dos novos pacientes cadastrados e com as informações dos pacientes atendidos desde o início da intervenção.

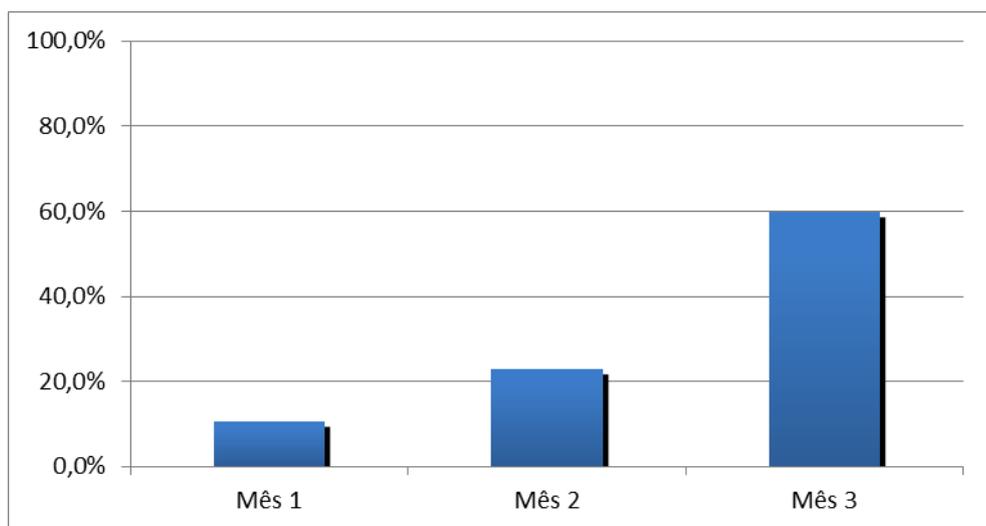


Figura 9. Proporção de hipertensos com registro adequado

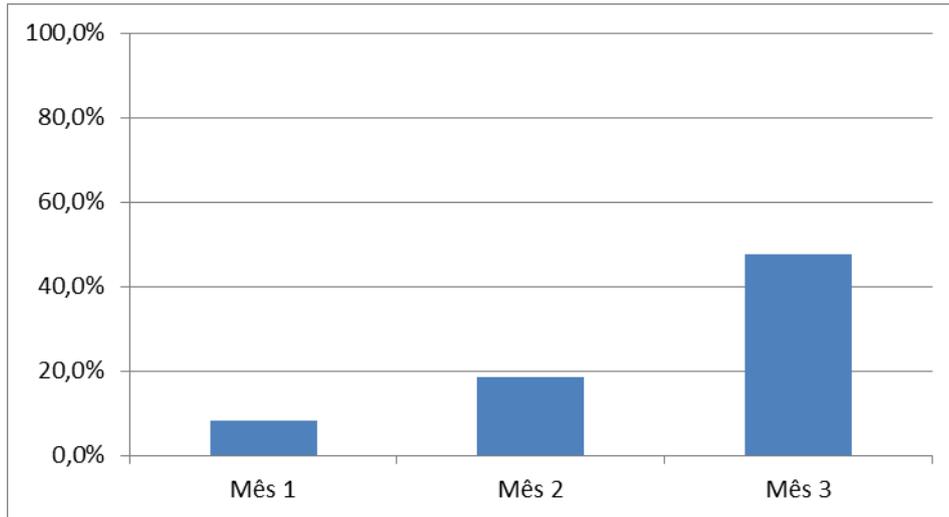


Figura 10. Proporção de diabéticos com registro adequado

Foi estabelecido como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, porém seu resultado se comportou de modo semelhante aos encontrados para exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Essa semelhança se deu devido à necessidade de possuir alguns resultados de exames complementares para aplicação da escala de Framingham visando a estratificação de risco referida.

No que se refere a estratificação de risco para os hipertensos temos, de acordo com a figura 11, no primeiro mês 10,5% (6 de 57 hipertensos), no segundo mês 10% (10 de 100 hipertensos) e no terceiro mês da intervenção 14,7% (28 de 191 hipertensos). Em relação aos diabéticos, como mostra a figura 12, temos no primeiro mês 8,3% (1 de 12 diabéticos), no segundo mês da intervenção 14,8% (4 de 27 diabéticos) e no último mês 11,9% (5 de 42 diabéticos) com estratificação de risco pela escala de Framingham.

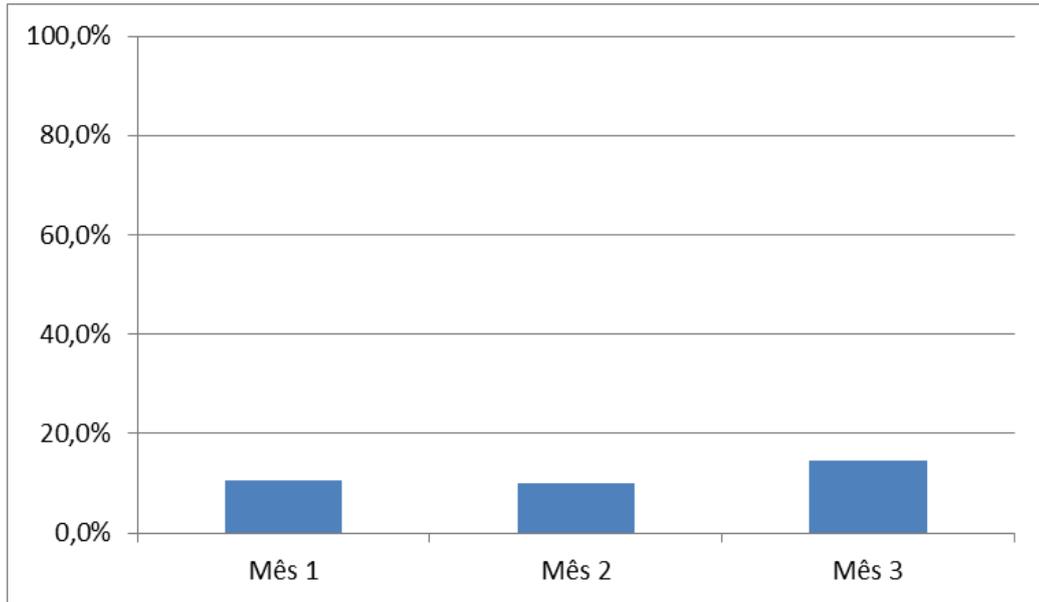


Figura 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

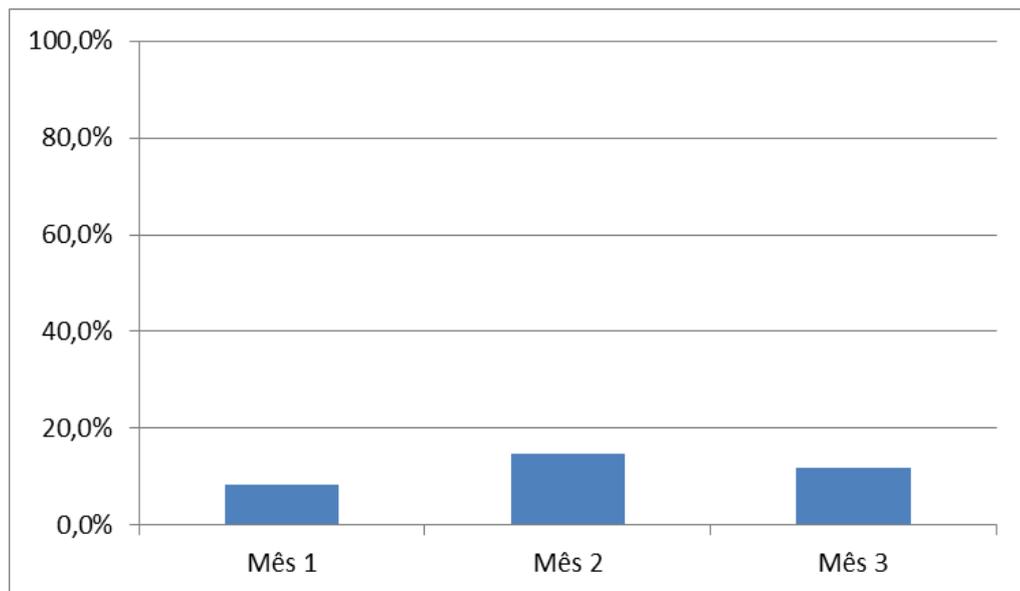


Figura 12. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em relação à promoção de saúde foi estabelecido como metas garantir avaliação odontológica a 10% dos pacientes hipertensos e 10% dos diabéticos. E a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos diabéticos orientações em relação à alimentação saudável, à prática de atividade física regular e aos riscos do tabagismo.

A avaliação odontológica, preconizada pelo MS, foi realizada no primeiro mês em 5,3% (3 de 57 hipertensos), no segundo mês 4% (4 de 100 hipertensos) e

no terceiro mês da intervenção 4,7% (9 de 191 hipertensos), como mostra a figura 13. Já os diabéticos – figura 14 – tiveram no primeiro mês essa avaliação em 8,3% (1 de 12 diabéticos) e mais nenhum diabético com essa avaliação nos meses seguintes, o que pôde ser observado pelo decréscimo nas porcentagens: 3,7% (1 de 27 diabéticos) no segundo mês e 2,4% (1 de 42 diabéticos) no terceiro mês.

A maior dificuldade em relação a essa atenção foi a demanda e rotina que a equipe de saúde bucal já possuía, pois já havia uma programação para os atendimentos até o final do ano, período que compreendeu os meses de intervenção em hipertensos e diabéticos. Outros fatores que também contribuíram foi a parada do atendimento da saúde bucal quando aparecia problema em algum maquinário utilizado pela equipe, como por exemplo a inutilização por alguns dias do foco da cadeira do dentista, ou quando um dos dois funcionários da equipe – dentista e técnica em saúde bucal – não podiam comparecer à USF, por motivo de doença ou por outros compromissos com a secretaria. A técnica em saúde bucal não colaborou muito para que essa intervenção fosse atingida e como era ela quem organizava a agenda de atendimento dessa equipe gerou alguns impasses. Senti falta também do apoio da secretaria em implantar essa rotina. O dentista se mostrou solícito em fazer parte e colaborar com a intervenção, mas não foi o suficiente para atingir as metas programadas.

Apesar de termos conseguido realizar alguns atendimentos odontológicos como parte do programa de HAS e DM, gerando impacto positivo, já que não ocorriam antes, esse número ficou bem aquém do que havíamos planejado.

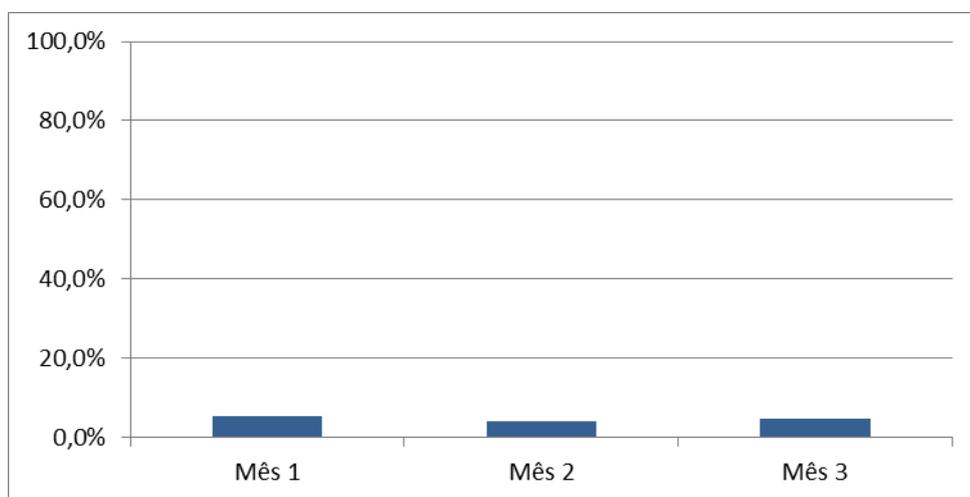


Figura 13. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

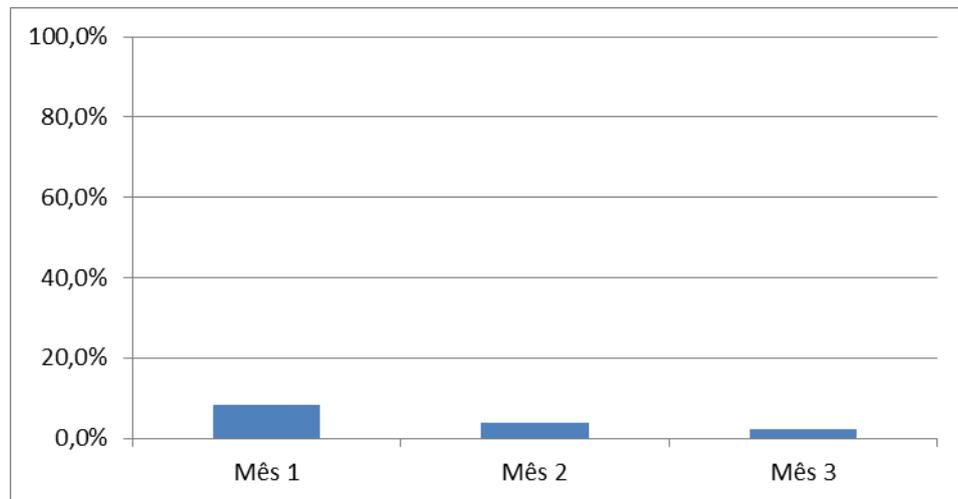


Figura 14. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

As orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem orientação nutricional sobre alimentação saudável, práticas de atividade física e sobre riscos do tabagismo foram realizadas para 100% dos pacientes, seja no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas de HIPERDIA. Dessa forma as metas propostas foram atingidas integralmente em todos os meses da intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção em relação aos hipertensos e diabéticos no ano de 2013 na USF Elpídio Moreira Souza propiciou a ampliação da cobertura da atenção, distinguindo as pessoas que realmente tinham alguma dessas enfermidades daquelas que equivocadamente se autodiagnosticavam; a melhoria dos registros; a intensificação dos cadastros no HIPERDIA; e a qualificação da atenção com destaque para a capacitação dos ACS para melhor atenção e aconselhamento para a população em domicílio e com palestras, otimizando o período que os pacientes aguardavam pela consulta com informações úteis para seu tratamento. A padronização do atendimento, seguindo o exame clínico e laboratorial de acordo com o protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde permitiu também que esses pacientes fossem classificados quanto à gravidade de sua doença e, portanto,

tenham sido organizados para receberem a atenção necessária obedecendo ao princípio da equidade do SUS.

Para que as ações pudessem ser colocadas em prática foram realizadas reuniões com a Equipe de Saúde da Família de forma a conscientizar que o trabalho de cada um de forma conjunta e integrada é que proporcionaria o acompanhamento adequado, não somente do grupo que estávamos focando a atenção no momento, hipertensos e diabéticos, mas também a atenção aos outros grupos acompanhados pela USF, como é o caso da puericultura e do pré-natal. Os ACS assumiram a responsabilidade de aconselhamento individual e coletivo, de realizar busca ativa dos pacientes faltosos e dos que não realizavam nenhuma forma de seguimento, assim como ajudaram no rastreamento identificando as pessoas com fatores de risco, que haviam sido discutidos em capacitações na própria USF, e aconselhando a procurar ajuda na USF. A enfermeira e técnica de enfermagem assumiram a responsabilidade de organizar e coordenar as atividades dos ACS nesse sentido e oferecer aos pacientes melhor atenção e prioridade de atendimento para aqueles que necessitassem; realizaram também a imunização adequada para essa parcela da população. A equipe de saúde bucal ficou responsável em realizar a avaliação odontológica de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, separar espaço na agenda de atendimentos para realizar essa ação e com isso se integrou mais com as demais atividades da USF como equipe. Isto acabou tendo impacto, de uma maneira geral, no trabalho em equipe na USF.

A otimização da atenção pôde ser alcançada através da melhoria do registro tanto no próprio prontuário como em fichas-espelho, onde informações importantes podem ser acessadas de maneira fácil e organizada; através da listagem dos pacientes com as enfermidades em foco nessa intervenção, organizados por gravidade e ACS responsável; e através do agendamento desses pacientes, mesmo que ainda em fase inicial, onde o ACS separa algumas fichas para pacientes hipertensos ou diabéticos de sua microárea que necessitem de consulta médica, proporcionando um seguimento mais próximo do ideal. Dessa forma, o serviço passou a apresentar um modelo mais concreto e mais próximo da realidade da comunidade para acompanhar adequadamente esses pacientes.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, embora o serviço tenha melhorado para hipertensos e diabéticos e para os outros

grupos de atenção da USF, fazendo com que toda a população tivesse melhorias em seus atendimentos e acompanhamentos. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a diferenciação da atenção com realizações de palestras educativas e concentração de suas consultas médicas em um turno fixo da semana, porém mantendo consultas em outros turnos ou dias no caso de descompensação de suas enfermidades.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda tem muitos hipertensos e diabéticos sem atendimento. Isso foi constatado pela discrepância do número de pessoas acompanhadas e do número estimado para a comunidade adstrita à USF. Com os dados levantados com a intervenção, apenas 29,8% dos hipertensos e 26,6% dos diabéticos têm realizado o seguimento na USF Elpídio Moreira. Contribui para isso a presença de “atendimento duplo”, pois muitos desses pacientes fazem acompanhamento na URAP que se situa próximo à USF e já tem funcionando há mais tempo o programa de HIPERDIA. Ademais, também contribuiu para esse resultado o fato de haver mais microáreas do que ACS na USF.

O fato de nos situarmos numa unidade federativa de menor desenvolvimento que as situadas no Sul e Sudeste do nosso país, além de atuarmos em comunidades menos favorecidas financeiramente, contamos com uma pirâmide etária com a base mais alargada e ainda estreita nas faixas etárias maiores (figura 15 e 16), fazendo com que nossa amostra seja composta de doenças mais prevalentes em população jovem e que hipertensão e diabetes, que costumam se manifestar em faixa etária mediana para mais idosa, seja em menor número que nos Estados mais desenvolvidos do país – o que pode ser inferido pelo gráfico do número e proporção de óbitos por DCNT; causas maternas, infantis e transmissíveis; e causas externas, por faixa etária, Brasil, 2000 a 2011, publicado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 pelo Ministério da Saúde (figura 17). Essas diferenças regionais podem gerar números superestimados de DCNT para a nossa realidade.

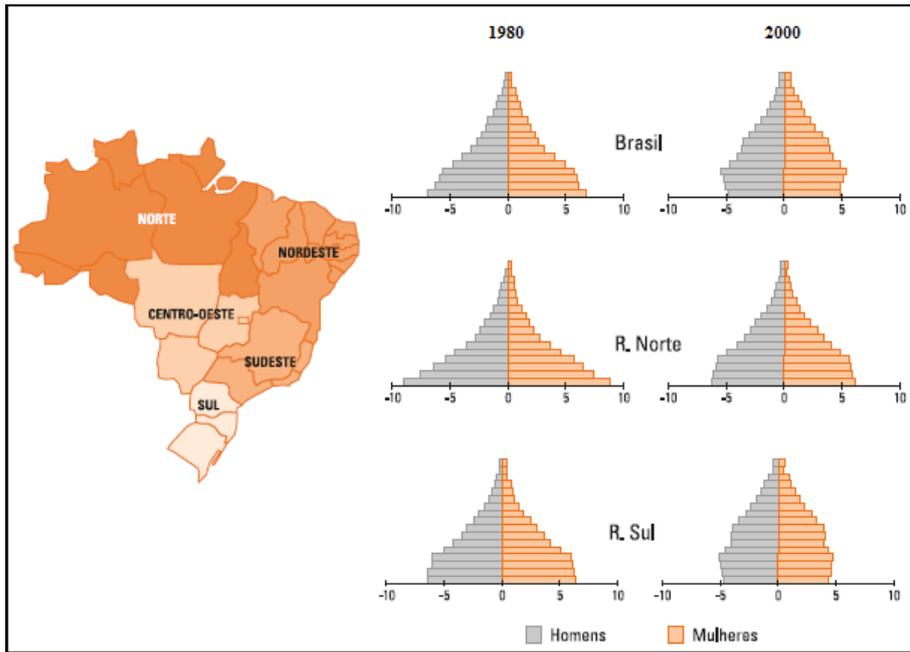


Figura 15. Pirâmides Populacionais: Brasil e regiões Norte e Sul 1980 e 2000. Fonte: Ministério da Saúde, 2005, in A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

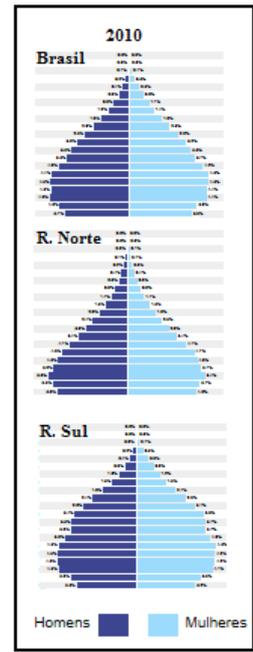


Figura 16. Pirâmide Populacionais: Brasil e regiões Norte e Sul 2010. Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

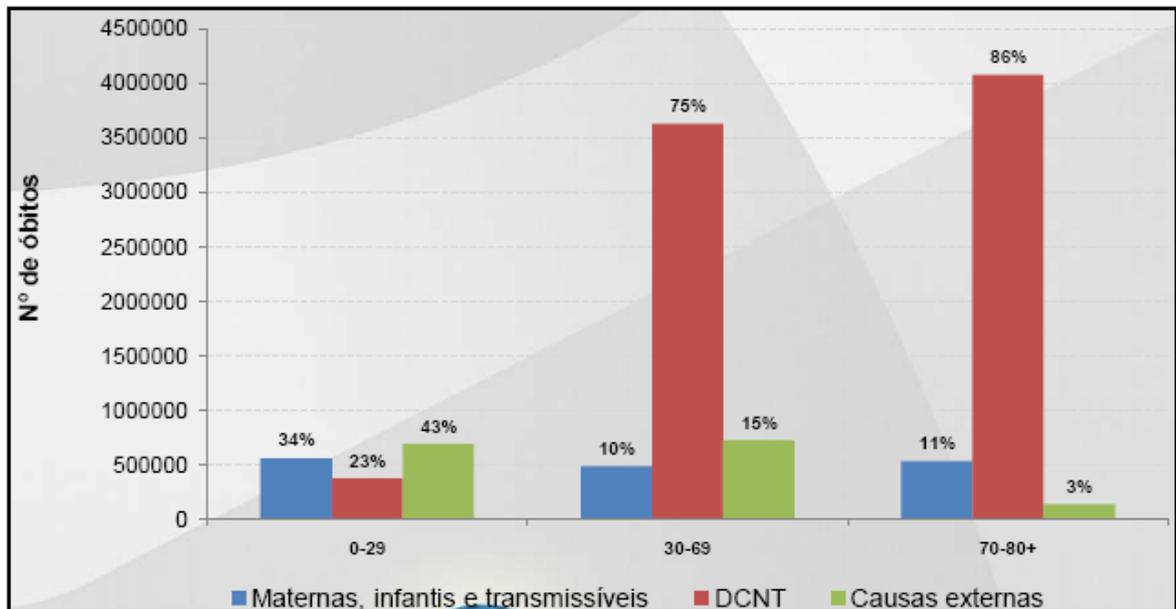


Figura 17. Gráfico do número e proporção de óbitos por DCNT; causas maternas, infantis e transmissíveis; e causas externas, por faixa etária, Brasil, 2000 a 2011. Fonte: Ministério da Saúde, 2011, in Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.

A intervenção poderia ter sido facilitada se o agendamento tivesse abrangido os demais atendimentos da USF e que esse fosse realizado de forma organizada e com agenda própria, pois o agendamento que foi iniciado era apenas o realizado pelos ACS de uma semana para outra dos hipertensos e diabéticos; os pacientes que eram atendidos e que deviam ter suas consultas já marcadas para os meses seguintes teriam que aguardar e numa data próxima falar com seu ACS para agendar sua consulta. Isso deixa o vínculo desses pacientes com sua USF menos forte. Outra situação seria o acordo e real efetivação do fluxo dos pacientes pertencentes ao grupo específico para a avaliação odontológica desde antes da intervenção, que ficou prejudicado.

Nesse momento, com o fim dessa etapa, que é a análise desses três meses de intervenção, a equipe está integrada e consciente do papel que cada um deve exercer para que essa atenção continue melhorando e beneficiando o trabalho da equipe e a comunidade.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, para isto será ampliado o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco e a divulgação da importância do agendamento organizado para que a população entenda que dessa forma a atenção será mais efetiva. Em relação à demanda livre, composta mais pelas situações que devem ser prontamente atendidas, deverão continuar sendo realizadas, porém o ideal é que sejam procurados os serviços que prestam esse tipo de atendimento. Nessa nova etapa, os demais funcionários da USF também deverão usar mais as fichas-espelho para que o registro seja sempre atualizado e permita que a monitorização seja realizada adequadamente.

Ficaram planejadas, como próximas atividades, a ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos com a cobertura de uma microárea que está sem ACS e manutenção da busca ativa desses pacientes a fim de que realizem seu acompanhamento pela USF Elpídio Moreira e deixem que a URAP acompanhe os casos de localidades não cobertas por USF, que é uma de suas funções. Deverão também ser organizados os grupos de hipertensos e diabéticos que não foram concretizados nesses meses de intervenção.

Com base na experiência vivida durante esse ano e durante a intervenção deverão ser agregados novos programas com o modelo ideal proposto pelo Ministério da Saúde, como o programa de pré-natal e de puericultura na USF.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Com o objetivo de oferecer a assistência de saúde ideal – com atendimento, seguimento e acompanhamento – para a população, capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, surgiu, em 2010, a proposta do MS de promover a Especialização em Saúde da Família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nesse sentido, a Universidade Federal de Pelotas, através do Departamento de Medicina Social, ofertou e coordenou a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância para os especializandos atuantes em Rio Branco-Acre.

O curso de especialização tem em sua grade de atividades a intervenção na UBS de acordo com os grandes programas de atenção do MS, focando naquela que se faz mais necessária onde o especializando atua. Paralelamente são revisados conteúdos de relevância acerca desse assunto.

Diante do exposto, este relatório apresenta como foi implementado O Projeto de Intervenção “Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Elpídio Moreira Souza, Rio Branco/AC” de autoria da médica Alene Cunha do Nascimento, atuante na USF Elpídio Moreira Souza que se situa em Rio Branco-Acre.

Após a análise situacional, ficou evidenciado que todos os programas que o MS elaborou para se dar ênfase nas USF – Puericultura, Pré-natal, HIPERDIA, Saúde do idoso, entre outras – não estavam funcionando da maneira correta. Associado a isso, constatou-se a baixa adesão dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF. Diante da situação, o objetivo geral da intervenção foi “Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF Elpídio Moreira”.

A intervenção foi realizada em três meses, de outubro a dezembro de 2013. As ações foram planejadas e desenvolvidas para atingir os seguintes objetivos:

- Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos
- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
- Melhorar o registro das informações
- Realizar promoção da saúde

O esclarecimento do papel de cada profissional na nova forma de atenção projetada foi fundamental para a implantação das ações e conscientização de que as orientações publicadas pelo MS, que tivemos acesso através dos “Cadernos de Atenção Básica” específicos para hipertensão e diabetes mellitus, devem ser praticadas num trabalho em equipe e fazer parte da rotina de atendimento da USF.

A confecção de nova listagem de hipertensos e diabéticos após consulta médica e busca ativa das pessoas na comunidade que possuem essa enfermidade, associando informações como risco cardiovascular para orientar o grau de atenção que cada um necessita ampliou a cobertura da ação na área adstrita à USF e melhorou a qualidade do acompanhamento desses pacientes.

Foram realizadas também palestras coletivas para promoção de saúde e melhorado os registros com fichas espelho e planilhas confeccionadas para esse objetivo, facilitando também o monitoramento desses pacientes em relação à sua saúde.

No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 4.200 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 2.814 pessoas.

Durante a intervenção foram atendidos, avaliados e cadastrados 191 hipertensos (29,9% dos hipertensos estimados para a área) e 42 diabéticos (26,6% dos diabéticos estimados para a área), sendo que um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi a falta de cobertura por agente comunitário de saúde para uma microárea e o processo de cadastramento de outra microárea, o que deixou os dados incompletos.

Em relação à melhoria da adesão ao programa elaboramos formas de buscar pacientes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada e adequações do tratamento àquela comunidade. Um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi o “atendimento duplo” que

esses pacientes recebiam, podendo ser acompanhados tanto pela USF Elpídio Moreira Souza como pela URAP Francisco Roney Rodrigues Meireles que se situa próxima ao nosso estabelecimento e que abrange uma área territorial maior que a USF citada. Isso interfere no seguimento linear desses pacientes, segundo o preconizado pelo MS, que deveria ser realizado em uma dessas unidades – a unidade de referência para esse usuário. Quanto a esse aspecto deve ser organizado pela gestão melhorias no fluxo dos pacientes que procuram as URAP e que têm UBS responsável pelo seu atendimento para serem atendidas e acompanhadas em seu local adequado, permitindo que cada nível de atenção realmente exerça a sua função.

Outros fatores que dificultaram a concretização dessa meta foram a ausência de agendamento em longo prazo para acompanhamento em prazos determinados para os usuários da USF, o cadastramento ainda em andamento de algumas microáreas e a indisponibilidade de medicações essenciais, que constam nas listas das Farmácias do SUS, para o controle de HAS e DM no período de 2013.

Em relação à promoção de saúde foi estabelecido como metas garantir avaliação odontológica, orientação em relação à alimentação saudável, à prática de atividade física regular e aos riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Essas ações, com exceção da avaliação odontológica, foram garantidas à população.

Em relação à avaliação odontológica, preconizada pelo MS, deve-se haver estímulo e capacitação com os profissionais além de criação de formas para que se realize de maneira eficiente o fluxo dos pacientes com HAS e DM para a obtenção da atenção multiprofissional.

Encontramos várias dificuldades ao aplicar as ações da intervenção, tais como, férias de alguns profissionais sem realocação de outra pessoa no período para não prejudicar o serviço; rotina adotada pela equipe de saúde bucal diferente ao restante da USF, obedecendo a um agendamento que havia sido realizado ainda no começo do ano e que dificultava a implementação dos objetivos destinados à melhoria da atenção odontológica, além da falta de apoio da gestão nesse sentido; interesse da gestão em manter atendimentos de livre demanda e resistência em estabelecer agendamento para seguimento adequado dos pacientes; medicações essenciais em falta na rede pública; e demora na entrega dos resultados dos

exames complementares ou indisponibilidade de alguns exames para pesquisa de complicações dessas enfermidades.

É importante que a rotina da USF se mantenha em curva de melhora, como já iniciada com essa intervenção, pois a aceitabilidade da equipe e, principalmente, da comunidade assistida foi excelente. Para isso acontecer e as ações se manterem conforme o protocolo adotado pelo MS é de fundamental importância o apoio da gestão e o fornecimento de material necessário.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Este Relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvida a implantação da intervenção de autoria da médica Alene Cunha do Nascimento, atuante na USF Elpídio Moreira Souza, situada em Rio Branco-Acre. A intervenção foi realizada sob orientação da UFPel vinculada ao PROVAB – programa criado pelo governo federal para melhorias nesse nível de atenção da saúde.

Segundo os dados colhidos pelos ACS ao cadastrar as famílias adstritas na área de abrangência, a USF possui 4.200 pessoas, sendo estimado que 639 usuários sejam hipertensos e 158 sejam diabéticos.

Ao observarmos o funcionamento da Unidade de Saúde antes de aplicarmos mudanças, ficou claro que todos os programas que o MS elaborou para se dar ênfase nas USF – Puericultura (atenção às crianças), Pré-natal (atenção às gestantes), HIPERDIA (atenção aos hipertensos e diabéticos), Saúde do idoso, entre outras – não estavam funcionando da maneira adequada. Associado a isso, observamos a baixa adesão dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF. Diante da situação, o objetivo geral da intervenção foi “Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF Elpídio Moreira”.

A intervenção, que é a aplicação das mudanças propriamente dita, foi realizada em três meses, de outubro a dezembro de 2013. As ações foram planejadas e desenvolvidas para atingir os seguintes objetivos:

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos

- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
- Melhorar o registro das informações
- Realizar promoção da saúde

Durante a intervenção foram realizadas atividades de conscientização da importância do tratamento adequado e orientações individuais e coletivas para se conseguir melhor controle de suas doenças. Organizamos o atendimento semanal de forma que nas terças-feiras fossem atendidos os hipertensos e diabéticos para que pudessemos dar atenção especial e pudessemos também realizar atividades coletivas abrangendo maior número de pessoas com essas enfermidades. Foram realizadas também várias ações internas, como capacitações, para que esses pacientes fossem melhor atendidos e conduzidos pela equipe de saúde da USF.

Após os três meses da intervenção, observou-se que os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de Elpídio Moreira Souza foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao tratamento, seja ele medicamento ou por mudanças no estilo de vida. Houve também qualificação da atenção prestada pela USF aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

5. Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

O início das atividades pelo PROVAB na USF Elpídio Moreira Souza foi bastante tenso para mim, já que eu estava iniciando atividade em uma cidade diferente da qual fiz minha graduação e, portanto, eu não conhecia os serviços de referência e os fluxos de que a cidade dispunha. Há poucos meses eu havia transferido meu domicílio de Fortaleza-CE para Rio Branco-AC, onde nasci. Além disso, eu estava entrando em contato com um estabelecimento novo, pessoas que eu não conhecia e que já possuíam uma forma de trabalhar naquela área.

Com o passar do tempo fomos nos adaptando uns com os outros na forma de trabalhar e proporcionar um ambiente onde houvesse otimização das ações em relação ao atendimento dos usuários da USF. Com isso, o trabalho foi tornando-se mais prazeroso e fluído de maneira agradável. Aos poucos fomos incorporando ações e organizando melhor o serviço.

Quando a intervenção propriamente dita iniciou ficou muito claro como a equipe estava integrada e trabalhando para um objetivo comum.

Ao completar os onze meses de trabalho, com as fases finais da elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso e a explanação de tudo o que foi construído durante esse tempo para a gestão, pude perceber que, em equipe, conseguimos fazer muito mais do que eu esperava conseguir fazer, que formamos uma família e que esse período não marcou só a minha vida, mas também dos outros profissionais que trabalham nessa USF e da população atendida que tomou mais consciência sobre sua saúde e sobre possibilidades de influência nas decisões acerca da saúde da população através das comissões de bairro.

As tarefas exercidas através do site, com elaboração de textos, discussões em grupo e estudos sobre assuntos e atividades inerentes à Saúde da Família permitiram a aquisição de conhecimento e crescimento profissional, reavivando e complementando temas já discutidos em tempos de Faculdade.

As atividades exercidas na USF e as da especialização, de uma maneira geral, exigiram bastante tempo e dedicação, mas como retorno, forneceram uma

experiência de vida inigualável além de consolidar protocolos de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde, assuntos de fundamental importância para a prática da Medicina.

Mais do que teoria, esse período proporcionou também o aprendizado que só conseguimos ao tocar o paciente.

Bibliografia

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Destaques, Longevidade e Renda**. Disponível em <<http://atlasbrasil.org.br/2013/destaques/>>. Acesso em: 30 jul 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/** Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus. Cadernos da Atenção Básica nº 16**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família**. Brasília, 2008.

_____. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

LOTUFO, Paulo Andrade. **O Escore de Risco de Framingham para Doenças Cardiovasculares**. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

Anexos

ANEXO A: Planilha de coleta de dados

Informações da sua UBS:			SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES	
Existe protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?			x		Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.	
É adotada a Caderneta do hipertenso ou diabético?			x		Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.	
Existe registro específico para a atenção ao hipertenso ou diabético?				x	Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do hipertenso / diabético ou Ficha do Programa de Atenção aos hipertensos.	
É realizado agendamento / agendamento das consultas ao hipertenso ou diabético?				x	Considere se os hipertensos ou diabéticos são informados sobre a data de retorno na UBS e o agendamento deste retorno (dia e horário).	
As informações são monitoradas regularmente?				x	Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltosos.	
É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?			x		Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.	
É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?			x		Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.	
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?			x		Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.	

HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES	
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.		57	100	191		Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.	
DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês		12	27	42		Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.	

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	639	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	158	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
* Estimativa no território		
População total	4200	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	2814	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	639	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C19.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	158	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.

Planilha da coleta de dados – dados da Unidade Básica de Saúde.

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	690		0							
	691		0							
	692		0							
	693		0							
	694		0							
	695		0							
	696		0							
	697		0							
	698		0							
	699		0							
	700		0							
	Soma automática			191	42	46	182	131	201	37
	HIPERTENSOS			191		41	173	127	190	34
	DIABÉTICOS				42	13	37	27	41	8

Planilha da coleta de dados – Aba da planilha de dados para coleta de dados dos usuários incluídos na intervenção (colunas B a K).

ANEXO B: Mapa de abrangência da USF Elpídio Moreira Souza.



Imagem aérea da área de abrangência da USF Elpídio Moreira Souza. Fonte: Secretaria Municipal de Rio Branco, 2013.

ANEXO C: Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Apêndices

