

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4



**Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na USFMalvinas, Esplanada/BA**

Edieder Oliveira Santos

Pelotas, 2014

Edieder Oliveira Santos

Melhoria da atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na USF Malvinas, Esplanada/BA

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

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Co-orientadora: Naiane Barbosa Santos

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S237m Santos, Edieder Oliveira

Melhoria da atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na USF Malvinas, Esplanada, BA / Edieder Oliveira Santos ; Daniela Nunes Cruz, orientadora ; Naiane Barbosa Santos, coorientadora. — Pelotas, 2014.

61 f.

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. Santos, Naiane Barbosa, coorient. III. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Agradecimentos

Quero agradecer à equipe da USF Malvinas, pois todos aceitaram colaborar direta e indiretamente nesta intervenção em relação aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, desde ao pessoal de serviços gerais, ao motorista, ao médico, aos técnicos de enfermagem, aos ACS e à equipe do NASF, pelo apoio que nos foi dado nessa concretização e ainda o apoio da coordenação de Atenção Básica e ao gestor de saúde.

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	40
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético	41
Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	42
Figura 4: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia.....	43
Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia.....	44
Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia	45
Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de.....	45
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de	46
Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado	467
Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado.....	477
Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco.....	488
Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco	499

Lista de abreviaturas/Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
mmHg	Milímetro de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	111
1.1 Texto inicial sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	111
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	111
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	177
2. Análise Estratégica.....	Erro! Indicador não definido. 8
2.1 Justificativa.....	188
2.2 Objetivos e Metas.....	199
2.2.1 Objetivo Geral.....	199
2.2.2 Objetivos específicos.....	199
2.2.3 Metas.....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Ações.....	22
2.3.2 Indicadores.....	277
2.3.3 Logística.....	32
2.3.4 Cronograma.....	34
3. Relatório da Intervenção.....	36
3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	36
3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	38
3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	399
3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	399
4. Avaliação da Intervenção.....	40
4.1 Resultados.....	40
4.2 Discussão.....	50
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	51
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	53
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	55
Bibliografia.....	57

ANEXOS	588
APÊNDICE	62

Resumo

SANTOS, Edieder Oliveira. **Melhoria da atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na USF Malvinas, Esplanada/BA**, 2014. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família - UnaSUS, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

A intervenção teve por objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Malvinas, da zona urbana no município de Esplanada-BA que fica a uma distância de 170 km de Salvador-Ba. O município possui uma população de 35.930 mil habitantes, perfazendo uma área de cobertura de aproximadamente 4.000 mil habitantes. Identificamos que na nossa área de cobertura existem 500 hipertensos e 200 diabéticos. A metodologia utilizada foi a partir dos quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e avaliação, Organização e Gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Para isso foram realizadas ações de atendimento clínico multiprofissional, visita domiciliar, mutirão de cadastramento, palestras para a comunidade e capacitação profissional. Com esta intervenção foi possível atingir os seguintes resultados: o acompanhamento para hipertensos aumentou 63,4% e diabéticos 58%. A busca ativa para os hipertensos atingiu indicador de 83,9% e diabéticos em 100%. Atingimos 100% tanto para os hipertensos como diabéticos em relação às orientações de promoção à saúde. O indicador de avaliação de saúde bucal não foi possível trabalhar, pois não dispomos de equipe de saúde bucal na Unidade de saúde. A partir das ações desenvolvidas na unidade obtivemos um fluxo maior de usuários, tivemos uma ampliação do cadastramento, atingimos mais de 90% em quase todas as metas propostas, os usuários comparecem com maior frequência nas consultas agendadas e trabalhamos também com acolhimento à demanda espontânea sendo orientados sobre o acesso aos medicamentos de forma fácil e sobre a atividade física regular, abandono do tabagismo, alimentação saudável e a verificação da pressão arterial e do hemoglicoteste. Após a intervenção foi possível conhecer a realidade atual da cobertura, percebendo que a estimativa apresentada na análise situacional superestimou os dados, mas que isso em nada interfere na qualidade da intervenção, haja vista, esta ter contribuído para conhecer a realidade da população hipertensa e diabética da área de cobertura. Notou-se que a coletividade envolveu os trabalhadores de saúde como, médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, educador físico e os demais membros como, recepcionista e ACS, todos com um único objetivo: prover acesso e qualidade no serviço de saúde, acolhendo e empoderando os usuários com hipertensão e diabetes. À luz dos resultados são discutidos os desafios e, dessa forma, projeto um aprendizado que se constrói no cotidiano, mediante a interação com os profissionais, gestores e usuários, a fim de que o SUS se consolide como um sistema universal, integral e humanizado.

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

Apresentação

O presente volume, Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), relata intervenção realizada em Esplanada, interior da Bahia, intitulada Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na USF Malvinas, Esplanada/BA.

O volume está organizado em seis partes, iniciando-se pela Análise Situacional com o propósito de conhecer a unidade de saúde e identificar as ações programáticas.

A segunda parte compreende a Análise Estratégica para fins de elaboração de um projeto de intervenção, traçando objetivos, metas, indicadores e ações.

A terceira parte consta do Relatório da Intervenção com o objetivo de relatar como ocorreu a intervenção, as ações que foram desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas.

Na quarta parte se encontra a Avaliação dos Resultados da Intervenção e sua Discussão por meio dos indicadores de saúde e gráficos.

Na quinta parte se encontra a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem ao longo do curso.

No final do volume estão a bibliografia e os anexos que foram instrumentos para a realização da intervenção.

1 Análise Situacional

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

Olá, quero aqui informar sobre a realidade da unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) onde trabalho, sou enfermeiro coordenador e assistencialista da UBS. Já estou na terceira residência e essa agora é a que mais se aproxima das normas do Ministério da Saúde (MS), porém ela é muito quente e não temos ar condicionado, a equipe estava desfalcada faltando médico há dois meses e só na semana passada que foi contratado um. A unidade contém 3 técnicos de enfermagem, duas recepcionistas e duas de serviços gerais. A unidade fica bem centralizada no bairro, é de fácil acesso e boa localização, contém rampa de acesso para cadeirante, porém o banheiro não é equipado para recebê-los.

Temos 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com um total de 1.250 famílias cadastradas. A unidade dispõe de serviços de vacinação com todas as vacinas, realização do teste do pezinho, coleta para exame Papanicolaou, agendamentos de consultas para enfermeiro em puericultura, pré-natal, planejamento familiar, hipertensão e diabetes e visita domiciliar; e para o médico as consultas agendadas são em pediatria, clínica médica, HIPERDIA, pré-natal, visita domiciliar, sendo que o médico trabalha apenas 4 dias na unidade. Realizamos marcação de exames para os usuários da área para ultrassonografia, ginecologia, pediatria.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Esplanada, situado a 170 km da capital da Bahia, Salvador, tem uma população de 32.802 mil habitantes (IBGE, 2010), que fazem uso da sua rede de assistência, a qual é constituída por 13 unidades básicas de saúde (UBS), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O município dispõe também do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com suporte básico e avançado, duas unidades de atendimento odontológico, serviço de vigilância sanitária e epidemiológica, laboratórios de análises clínicas tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) como privado.

Contamos com 83 ACS e um hospital geral com 69 leitos nas especialidades de clínica médica, obstetrícia, pediatria, cirurgia.

O município recebe por ano um total de Piso da Atenção Básica Fixo (PAB) R\$ 825.902,32 mil, e PAB VARIÁVEL R\$ 2.470.968,72 mil para ser investido na saúde (BRASIL, 2013). No total, o município tem nove equipes de Saúde da Família das quais três são com saúde bucal, uma equipe de Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). No momento o município dispõe pelo SUS de realização de exames laboratoriais, e atendimento a especialistas, tais como: ultrassonografia, fonoaudiologia, nutricionista, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, obstetra, endocrinologista.

A USF Malvinas fica localizada na zona urbana, uma área grande e extensa com 8 ACS, necessitando de mais dois ACS devido ao grande número de famílias existentes na área. A unidade não trabalha como campo de estágio, o modelo de atenção é ESF com apenas uma equipe, formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, oito ACS, duas recepcionistas, um motorista, duas auxiliares de serviços gerais. A unidade não tem Equipe de Saúde Bucal. A unidade fica próxima de uma região vulnerável onde circulam usuários de álcool e drogas e não temos vigilante na unidade para segurança da equipe.

O bairro onde fica localizada a Unidade de saúde não tem conselho local de saúde e quando a população quer fazer alguma reclamação dirige-se à unidade ou procura diretamente a secretária de saúde ou até mesmo a ouvidoria do município, e, mediante a queixa, a equipe prontamente procura atender, o mais breve possível, a solicitação dos usuários em prol da melhoria do serviço e garantir a resolução.

A estrutura física da unidade é inadequada devido à falta de alguns itens necessários para o seu funcionamento. Temos na nossa estrutura física sala de espera, recepção, sala de vacina, consultório médico e de enfermagem, sala de curativo, porém a unidade não tem pia para lavagem das mãos nos consultórios nem na sala de curativos, onde a falta é mais grave.

A unidade não tem sala para farmácia, armazenamento de medicações, insumos e material de limpeza, e nem espaço específico para o lixo contaminado, também não tem depósito. Os medicamentos acabam ficando na mesma sala do curativo por não ter onde colocá-los. O banheiro dos usuários é apertado não tendo acesso para os deficientes físicos e cadeirantes. Como a unidade é forrada não

dispõe de ar condicionado nos consultórios. Já foi solicitado todos esses itens, porém a coordenação da Atenção Básica refere que no momento não tem condições de atender estas demandas, somente terá a partir do ano que vem.

Em relação às atribuições de cada profissional, todos realizam o que é de sua competência, porém nunca na sua totalidade. O médico não realiza coleta para exame preventivo por entender que a população necessita mais de atendimento clínico e sendo a procura maior, faz atendimento em pediatria, ao grupo do HIPERDIA, pré-natal, puericultura e visita domiciliar. Não realiza nenhum tipo de procedimento como sutura, retirada de corpo estranho, lavagem de região auditiva, pequena sutura, etc.

O enfermeiro desenvolve suas atividades na realização de administração de vacinas, teste do pezinho, coleta de exame para preventivos, orientação para a realização do autoexame das mamas, consulta de pré-natal, grupo do HIPERDIA, planejamento familiar, puericultura, visita domiciliar, administração da unidade e coordenação da equipe. Realiza também treinamento para os ACS e supervisão dos mesmos e dos técnicos de enfermagem, gerenciamento da unidade na questão de solicitação de materiais necessários ao desenvolvimento das atividades e funcionamento do serviço na unidade, etc.

Os técnicos de enfermagem desenvolvem suas atividades tais como: verificação dos sinais vitais dos usuários, antropometria, administração de vacinas, realização do teste do pezinho, curativos e visita domiciliar.

Os ACS realizam as visitas domiciliares em suas microáreas, divulgação dos serviços disponíveis na unidade, orientação no que for preciso, verificação dos cartões de vacinação das crianças e o peso e encaminhamento à unidade dos usuários que estão precisando de uma orientação mais específica e/ou procedimento e consulta.

Na área temos estimativa de uma população de 4.000 mil habitantes, sendo 2.040 do sexo feminino, 73 crianças menores de um ano e 400 idosos. Como é uma área extensa e com uma população grande, necessita ser implantado mais uma equipe de ESF no bairro para possibilitar adequada assistência a todos e sem grandes intervalos de tempo de uma consulta pra outra. Isso resolveria a única dificuldade que é o agendamento das consultas, pois a equipe atende toda a demanda e as microáreas não são distantes da unidade, localizações essas que

facilita cada vez mais o acesso dos usuários à unidade e dessa forma a equipe consegue abranger e solucionar tais problemas existentes em menor tempo possível pela sua proximidade.

A demanda espontânea foi tema de discussão na unidade com toda a equipe em prol de chegarmos a uma estratégia de resolutividade, mesmo o médico se recusando e acreditando que isso tornaria a UBS em um pronto atendimento. Argumentamos com exemplos como: não tem como alguém querer agendar uma consulta para evitar uma febre, isso é inesperado e instantâneo, sendo assim temos que receber esse usuário e dar o primeiro atendimento.

Ficou acordado com toda equipe que deixaríamos sempre nos dois turnos, todos os dias, duas vagas para a demanda espontânea e que a triagem será feita em princípio pelo técnico de enfermagem ou o enfermeiro e que, caso esses estejam muito ocupados ou ausentes, o médico fará a triagem, para poder direcionar os usuários ou até mesmo referenciá-los.

O nosso agendamento está acontecendo de forma que os usuários não tenham que acordar cedo e nem chegar às 5 horas da manhã para conseguir agendar sua consulta, o agendamento é feito todos os dias de segunda a sexta-feira nos dois turnos, e o excesso de demanda, a depender do que seja a solicitação do usuário, orientamos a retornar em outro turno ou no dia seguinte para ver se alguém faltou para podermos encaixá-los. Caso não seja possível encaixar, conversamos com o médico da unidade sobre o caso e ele acaba atendendo.

Hoje já estamos trabalhando com o acolhimento a demanda espontânea, na maioria das vezes o enfermeiro tem realizado essa triagem de classificação e tem garantido a resolutividade do problema seja na nossa unidade ou para outra unidade que tenha o serviço disponível, como, por exemplo, necessidade de uma consulta urgente com um obstetra.

Em relação às crianças, na área de cobertura da UBS, na faixa etária de 0 a 1 ano temos 73 crianças, perfazendo um indicador de cobertura de 100% para esta população, e de 1 ano a < 5 anos temos 204 crianças. São realizadas algumas ações que são comuns a todos os PSFs, tais como: vacinação com divulgação através dos ACS nas microáreas, carro de som e pela rádio da cidade e cartazes em pontos estratégicos da cidade, consulta de puericultura e encaminhamento para nutricionista e psicólogo de acordo com a necessidade.

O município e a unidade não dispõem de nenhum protocolo e muito menos manual técnico, os registros de atendimento dessas crianças são no próprio prontuário e no livro específico.

Em relação ao pré-natal, as ações são desenvolvidas quinzenalmente com o grupo de gestantes na unidade com os profissionais fisioterapeutas, nutricionistas, educador físico e enfermeiro. Em média são acompanhadas 30 gestantes, totalizando 50% do indicador de cobertura e este acompanhamento é realizado a cada consulta pelo profissional médico e enfermeiro avaliando suas queixas e direcionando ao especialista, pois o município não dispõe de protocolo e nem de manual técnico, porém temos na unidade o livro de registro e o próprio prontuário. As gestantes são bem acolhidas na unidade e temos um número grande de mulheres cadastradas, todos os profissionais estão envolvidos com as ações do pré-Natal, desde os ACS até o médico.

As ações que são rotina na UBS em relação ao pré-natal são: triagem para a verificação do peso, altura, verificação da pressão arterial, verificação do cartão vacinal e administração das vacinas contra o tétano, hepatite B, influenza e teste de triagem pré-natal. São realizadas orientações quanto ao acesso aos medicamentos de forma gratuito do sulfato ferroso e ácido fólico, alimentação saudável, abandono do cigarro, excesso de sal e açúcar nos alimentos, ingestão de água por dia e ainda palestras sobre aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Orientamos também sobre as fases da gestação, o trabalho de parto, o cuidado com o recém-nascido, etc.

Já em relação à prevenção do câncer de colo de útero e do câncer de mama são realizadas as ações em todas as consultas nas mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos, respectivamente, com orientações de como fazer e o porquê deve ser feito o autoexame das mamas, e essas ações são realizadas também semanalmente na UBS no dia do atendimento de realização do procedimento Papanicolau. Mesmo assim, a demanda ainda é pouca pela procura, temos um livro de registro e o próprio prontuário.

Participam cerca de 200 mulheres nas ações que realizamos em mutirão em uma unidade de referência na sede do município, totalizando uma cobertura de 19% para a Prevenção do câncer do colo uterino e 60% para a Prevenção do câncer de mama. Disponibilizamos de mamografia e ultrassonografia mamária para todas as

mulheres dentro da faixa etária preconizado pelo MS e com atendimento de ginecologista para os casos necessários de encaminhamento. Estão envolvidos todos os profissionais das ESF e após o resultado da mamografia e da ultrassonografia o médico orienta e encaminha aos serviços especializados para tratamento.

Em relação aos hipertensos e diabéticos temos uma boa aderência ao programa por parte dos usuários, porém ainda não temos 100% dos cadastros destes usuários no HIPERDIA. Realizamos ações de atividade física com educador físico, atividade com nutricionista e consultas individuais, atividades com fisioterapeutas e psicólogos. Para os hipertensos temos uma cobertura de 59%, equivalendo a 500 usuários residentes e acompanhados pela UBS; e para os diabéticos temos uma cobertura de 83%, equivalendo a 200 usuários, dados esses coletados no programa do Sistema de Informação de Atenção Básica -SIAB e que estão superestimados.

Quando esses usuários realizam a consulta já saem com a consulta de retorno agendada a depender da sua necessidade por intervalo de uma semana. Toda vez que eles retornam a unidade é realizado a antropometria e a verificação dos sinais vitais, orientações sobre o acesso às medicações de forma gratuita, orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, abandono do cigarro, estratificação dos riscos cardiovasculares e solicitações de exames complementares sendo registrados em livro específico e no próprio prontuário.

A unidade não dispõe de protocolo e nem de manual técnico. Todos os membros da equipe colaboram e estão envolvidos com o acolhimento assegurando também a eles além das consultas agendadas o acesso à demanda espontânea.

A unidade tem em sua área de abrangência uma estimativa de 330 idosos, perfazendo um indicador de cobertura de 75% do programa de saúde do idoso na área. Temos um pouco de dificuldade principalmente no que tange a cobertura vacinal, muitos se recusam a tomar vacinas por medo de ficar doente ou morrer e alguns não gostam de procurar o serviço. A depender da situação que eles se encontrem a equipe vai até o domicílio, serviço esse que tem dado certo, tem fortalecido a relação dos usuários com a equipe através do referenciamento e encaminhamento a emergência do hospital e até mesmo o acionamento do serviço 192, como já aconteceu na hora da visita domiciliar. A unidade também não dispõe

de manual e nem de protocolo para o atendimento do idoso.

Além da visita da equipe, os idosos que não conseguem se dirigir a unidade recebe a visita dos profissionais do NASF mediante suas queixas relatadas pelos ACS e/ou familiar. Todos os atendimentos são registrados no livro específico e no próprio prontuário, sempre com a participação de todos os membros da equipe.

A unidade não dispõe do serviço de odontologia, quando os usuários apresentam alguma queixa a equipe avalia e o médico prescreve algum analgésico ou anti-inflamatório e encaminha para o dentista da unidade odontológica que não é o CEO, sem referência e contra-referencia, logo a unidade não tem esse controle.

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

Na elaboração desse relatório critiquei dizendo que estaríamos repetindo tudo que já dizemos, trabalho duas vezes, mas sinceramente após ele todo pronto é possível ver a sistematização holística da análise situacional feita. É perceptível a visão realmente profunda e abrangente da UBS em que realizamos as atividades do dia a dia.

Comparando com o que coloquei na primeira vez sobre a situação da UBS, hoje posso ver que apresentamos bem mais pontuações relevantes e mais sucintas e mostrando toda a realidade enfrentada na unidade. Hoje, nossa equipe tem médico clínico, realizando suas atribuições, temos dois técnicos de enfermagem, estamos trabalhando a questão da demanda espontânea garantindo aos usuários duas vagas nos dois turnos, todos os dias.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Sabemos que a hipertensão arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes mellitus (BRASIL, 2006).

Portanto, esta intervenção é de grande importância para os hipertensos e diabéticos porque além de ser questão de saúde pública, envolve acessibilidade, integralidade, universalidade, acesso a informações, medicamentos e exames pelos SUS, garantindo assim, o vínculo entre a população e a unidade de saúde, evitando, sequelas provocadas pelo desequilíbrio dos valores dos sinais vitais e dos resultados dos exames laboratoriais.

A população de hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Malvinas é estimada em 500 e 200 usuários, respectivamente. A assistência é realizada através de consultas pré-agendadas na unidade e nas visitas domiciliares, mas temos muitos usuários que trabalham o dia inteiro e outros têm planos de saúde e não querem ser acompanhados pela UBS.

A população alvo será os hipertensos e diabéticos que existem na área de abrangência independente do cadastro do HIPERDIA, prestando-lhes uma boa qualidade de assistência.

São desenvolvidas ações como os portadores de hipertensão arterial e diabetes na UBS como a antropometria, as orientações sobre estilo de vida saudável, abandono do sal e do açúcar nos alimentos, prática de atividade física. Não dispomos de protocolo. A equipe está sempre preparada para o acolhimento e orientando de forma clara e segura tais informações.

Acreditamos que haverá uma boa adesão dos usuários à ação programática proposta, sendo que teremos algumas dificuldade pois nem todos os usuários vão

poder comparecer no dia da ação de grupo por questões de trabalho ou outras situações como aqueles que tem planos de saúde particular, mas esses terão os mesmos direitos nos dias seguintes pois a intervenção ocorrerá todos os dias na UBS para realização do cadastro e acompanhamento com a equipe multiprofissional na unidade.

É de extrema importância realizar uma intervenção de acordo com os protocolos do MS para os usuários portadores de HAS e DM no contexto da atenção primária devido a baixa adesão destes usuários ao programa HIPERDIA e a pouca amplitude do programa. É necessário procurar aproximar a população do serviço de saúde, especialmente os usuários portadores destas doenças crônicas, para abordar os riscos destas situações, as possibilidades de cuidado e os benefícios que estes cuidados trazem para a qualidade de vida destes.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Malvinas do município de Esplanada, Bahia.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a Saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo de *ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos* espera-se alcançar as seguintes metas:

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 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde:

Relativas ao objetivo de *melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa* busca-se atingir as seguintes metas:

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 de *melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde* busca-se atingir as referidas metas:

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 de *melhorar o registro das informações* almeja-se alcançar as seguintes metas:

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 de *mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular* busca-se atingir as seguintes metas:

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 de *promover a saúde* espera-se alcançar as seguintes metas:

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

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

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

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

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

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

Não será possível estabelecer metas relativas a avaliação odontológica para os usuários hipertensos e diabéticos, pois na Unidade de saúde não dispomos de serviço de odontologia. Infelizmente a equipe não realiza o controle dos usuários que apresentam demanda para esta questão de saúde e que são atendidos em outra unidade que presta este serviço a comunidade. Apenas a equipe avalia, orienta e faz o encaminhamento para o serviço de referência no município.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Em relação a meta de Cadastrar 60% dos hipertensos e 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, no eixo *Monitoramento e avaliação* a equipe irá cadastrar os hipertensos e diabéticos da área de abrangência através de ações com equipe multiprofissional contendo enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Será utilizada a ficha do protocolo do MS para cadastramento e a ficha espelho também para acompanhamento dos registros dos usuários, garantindo ainda o acolhimento desses usuários com a verificação da pressão arterial, peso, e teste de glicemia.

No eixo *Organização e gestão do serviço*, a unidade garantirá o registro de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, estará melhorando o acolhimento para os portadores de HAS e DM e garantindo todo material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste– HGT para os diabéticos.

Já no eixo *Engajamento público* a equipe irá fazer um banner informando a comunidade sobre a existência da atenção voltada para os hipertensos e diabéticos, informando ainda sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e também sobre a importância do rastreamento para diabetes mellitus para adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, e também por meio de orientação na consulta individual, nas atividades em grupos.

No eixo da *Qualificação da prática clínica* o enfermeiro irá capacitar os ACS e toda a equipe sobre o cadastramento dos usuários com o próprio formulário impresso em demonstração entre o grupo e verificação da pressão arterial de forma criteriosa e do hemoglicoteste–HGT para os técnicos de enfermagem por meio de datashow.

Em relação a meta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, o enfermeiro juntamente com os ACS irão buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na USF conforme a periodicidade

recomendada, através da ficha espelho utilizada no cadastramento. No eixo *Monitoramento e avaliação* serão monitorizados e avaliados mediante livros de registro e planilha disponível na unidade conforme o manual do MS, uma vez a cada três meses. Para o eixo *Organização e gestão do serviço*, a unidade estará realizando visitas domiciliares aos usuários faltosos juntamente com os ACS e organizando a agenda para acolher os mesmos.

A unidade estará realizando o *Engajamento público* por meio de informação a comunidade sobre a importância das consultas, ouvindo a comunidade sobre as estratégias para não ocorrer evasão, informando aos usuários sobre a periodicidade das consultas. Na *Qualificação da prática clínica*, os ACS e os técnicos de enfermagem serão treinados para orientar os hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e as periodicidades.

Em relação a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo *Monitoramento e avaliação* o médico e o enfermeiro realizarão exame clínico apropriado céfalo-caldal examinando sempre os pés, os pulsos e as sensibilidades das extremidades e orientando sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos aos hipertensos e diabéticos na UBS a cada três meses, os usuários serão monitorizados e avaliados mediante queixas e opiniões dos mesmos.

No eixo *Organização e gestão do serviço* as ações se darão através da definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico e capacitação dos profissionais. No eixo *Engajamento público* iremos orientar a comunidade e os usuários quanto aos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos, sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e capacitar a equipe para realização do exame clínico apropriado, atendendo desta forma, a proposta do eixo da *Qualificação da prática clínica*.

Em relação a meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no eixo *Monitoramento e avaliação* será garantido aos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS solicitados pelo médico e o enfermeiro nas consultas a cada três meses e/ou quando necessários e os usuários serão orientados e encaminhados para o laboratório do

hospital visando realizar os exames.

Os usuários serão monitorizados e avaliados mediante livro de registro e planilha na unidade para os que tiverem seus exames laboratoriais solicitados. Já no eixo *Organização e gestão do serviço* a unidade garantirá a solicitação dos exames complementares e garantindo com o gestor agilidade para realização dos exames. No eixo *Engajamento público* a unidade orientará a comunidade e os usuários na realização dos exames complementares e a periodicidade, e no eixo da *Qualificação da prática clínica* o enfermeiro irá capacitar a equipe para solicitação dos exames complementares contido no manual do MS.

Em relação a meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos, os profissionais garantirão a totalidade da prescrição e transcrição de medicamentos da farmácia popular para os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e com renovação do receituário a cada três meses mediante consulta. No eixo *Monitoramento e avaliação* as medicações serão disponibilizadas mediante estoque disponível na farmácia e pelo controle no livro de registro de dispensação de medicamentos.

Já no eixo *Organização e gestão do serviço* a unidade estará realizando controle de estoque incluindo validade dos medicamentos e mantendo um registro das medicações em livros específicos. No eixo *Engajamento público* a unidade estará orientando a comunidade e população quanto ao acesso gratuito aos medicamentos e possíveis alternativas para ter acesso. Estaremos também realizando no eixo da *Qualificação da prática clínica* com todos os funcionários para orientar os usuários onde obter acesso aos medicamentos gratuitos.

Em relação a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo *Monitoramento e avaliação* a unidade manterá ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde sendo preenchida pelos profissionais médico, enfermeiro e técnico de enfermagem no dia do atendimento ao portador da hipertensão arterial e diabetes, monitorando e avaliando a qualidade dos registros no livro específico e na planilha na unidade.

No eixo *Organização e gestão do serviço* estaremos atualizando mensalmente o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o programa

HIPERDIA através da planilha de acompanhamento na unidade e pactuando com toda a equipe o registro das informações dos usuários, sendo o enfermeiro responsável pelo monitoramento e qualidade dos registros. No eixo *Engajamento público* a comunidade e os usuários serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. No eixo *Qualificação da prática clínica* treinaremos toda a equipe para realização de forma correta de todos os registros.

Em relação a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo *Monitoramento e avaliação* os profissionais realizarão estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde através da ficha de cadastro e/ou de atualização e acompanhamento pelo profissional médico e enfermeiro sempre que necessário, e a monitorização será através da ficha espelho e prontuário do usuário, anualmente.

No eixo *Organização e gestão do serviço* será priorizado sempre o atendimento aos usuários avaliados com alto risco cardiovascular, orientado e agendando para o atendimento desta demanda. No eixo *Engajamento público* os profissionais irão orientar a comunidade e os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, e o controle de riscos modificáveis, como a alimentação. No eixo *Qualificação da prática clínica*, o enfermeiro e o médico irão realizar estratificação de risco ou de lesão de órgão alvo e a importância do registro desses dados.

A estratificação de risco será feita através da presença de lesão em órgãos-alvo, sendo que será considerado risco baixo os usuários com ausência de fatores de risco e com ausência de lesão e órgão-alvo, risco moderado com presença de fatores de risco e com ausência de lesão em órgão-alvo, e risco alto os usuários que apresentarem lesões em órgão-alvo ou fatores de risco. Todas as informações serão lançadas no prontuário do usuário e na ficha de acompanhamento.

Em relação a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo *Monitoramento e avaliação* a unidade garantirá orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos e diabéticos através de palestra em sala de espera, na consulta individual por meio de registro em livro específico, prontuário e nos momentos presenciais e na ficha

espelho.

No eixo *Organização e gestão do serviço* a unidade organizará prática coletiva sobre alimentação saudável com monitorização e orientação nutricional como medidas antropométricas, pelos resultados de exames laboratoriais analisados pelo médico, enfermeiro, nutricionista nos dias de atendimento ao hipertenso e diabético e sempre que necessário na UBS e/ou domicílio e ainda organizando prática coletiva por meio do grupo de atividade física e/ou nutricionista.

No eixo *Engajamento público* a unidade estará realizando palestra com orientação tanto para a comunidade como para os usuários sobre a importância da alimentação saudável em sala de espera e dentro do consultório e em grupo. No eixo *Qualificação da prática clínica* o enfermeiro irá capacitar a equipe sobre a prática da alimentação saudável.

Em relação a meta de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, a unidade garantirá orientação em relação à prática de atividade física regular aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e que são atendidos na unidade pelos profissionais médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, técnicos de enfermagem e ACS.

No eixo *Monitoramento e avaliação* os usuários serão monitorizados através da frequência nos grupos de atividade física e nos valores da pressão arterial e do HGT nas consultas aos portadores de hipertensão arterial e diabetes. No eixo *Organização e gestão do serviço* serão organizadas práticas coletivas de atividade física em grupo na unidade, com o educador físico. No eixo *Engajamento público* os profissionais estarão orientando sempre a comunidade e os usuários sobre a importância da prática da atividade física regular em sala de espera, em grupos de atividades e dentro do consultório. No eixo *Qualificação da prática clínica* o enfermeiro irá capacitar a equipe sobre a importância da promoção da atividade física regular.

Em relação a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, no eixo *Monitoramento e avaliação* os profissionais garantirão orientação sobre os riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos por profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, nutricionista, educador físico na UBS, no domicílio e nas consultas seguintes aos hipertensos e diabéticos, através da monitorização e

orientação em sala de espera e dentro do consultório pelos profissionais sobre os riscos do tabagismo.

No eixo *Organização e gestão do serviço* a equipe irá demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao cigarro por meio de solicitação em ofício explicando a necessidade e a quantidade de usuários que precisam fazer uso de tal medicação. No eixo *Engajamento público* os profissionais dentro do consultório e em sala de espera orientarão a comunidade e os usuários sobre a existência do tratamento ao abandono do cigarro. No eixo *Qualificação da prática clínica* o enfermeiro capacitará os profissionais para orientar os usuários sobre os meios de abandono ao tabagismo e ter uma melhor qualidade de vida.

2.3.2 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 90% 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 2.2. 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 3.6. 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 orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 17: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O protocolo e/ou o manual que será utilizado é o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus do MS, 2006 e o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica do MS, 2006. As ações serão registradas no formulário específico do MS do Programa HIPERDIA, na ficha espelho, na planilha de coleta de dados e no próprio livro de registro da unidade. Essa ficha espelho contém todos os itens que são necessários para a monitorização das ações e os cálculos de indicadores. Essa ação será registrada pelos profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS.

Logo após os registros, o enfermeiro da unidade irá verificar todos os itens dos objetivos como: o hipertenso e/ou diabético que não compareceu a consulta, não realizou os exames solicitados, não estão praticando atividade física. Toda a equipe será responsável pelo monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde durante a intervenção.

No mês de novembro 2013, na UBS Malvinas, toda a equipe receberá treinamento prévio sobre o cadastramento, verificação da pressão arterial, teste de glicemia e das medidas antropométricas, teremos a colaboração do nutricionista, educador físico, psicólogo e do fisioterapeuta. Os ACS irão fazer a divulgação nas microáreas e os outros componentes da equipe farão a divulgação na unidade.

O que precisa ser providenciado é a ficha de cadastro e de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, panfletos, cartazes, etc, pela coordenação da atenção básica. O monitoramento e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) serão realizados pelo enfermeiro e os ACS responsáveis pelo acompanhamento e monitorização dos faltosos. Os ACS serão treinados e orientados quanto às questões da periodicidade das consultas dos hipertensos e diabéticos.

Quanto ao monitoramento e realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, será realizado pelos profissionais médico e enfermeiro, através do prontuário. A equipe será capacitada para realização do exame físico por meio da própria equipe com o manual do MS na primeira semana de intervenção. A monitorização do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada, será por meio da equipe, através dos prontuários e reuniões mensais.

3. Relatório da Intervenção

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

A intervenção que foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2013 e janeiro e fevereiro de 2014, na USF das Malvinas, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos adscritos na área da unidade, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames dos pés dos diabéticos e para classificação dos riscos de ambos os grupos. Melhorou a adesão dos usuários ao programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, melhorou também a qualidade do atendimento com as solicitações dos exames complementares e ainda facilitando aos usuários um melhor acesso aos medicamentos da farmácia popular de forma gratuita.

Essa intervenção proporcionou ainda aos usuários hipertensos e diabéticos orientações nutricionais sobre alimentação saudável, a prática da atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo com orientações no abandono do cigarro para uma melhor qualidade de vida.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade promoveu, antecipadamente, ao início da intervenção, um trabalho integrado de toda a equipe para realização das ações que seriam desenvolvidas, onde estavam envolvidos o médico, o enfermeiro, os técnicos de enfermagem, os ACS e a recepcionista.

Cada um ficou com uma atribuição sendo que a recepcionista estaria providenciando o prontuário e a ficha de acompanhamento para o registro das informações, os técnicos de enfermagem realizando toda a triagem de medidas antropométricas, sinais vitais e orientações também sobre atividade física, abandono do cigarro e acesso aos medicamentos.

Os profissionais médico e enfermeiro realizando a anamnese, estratificação do risco, exame clínico, renovação de receita e solicitações de exames complementares e orientações sobre nutrição, atividade física, abandono do cigarro.

Já os ACS tiveram como atribuições orientar a todos os usuários sobre a

importância das consultas periódicas, fazer busca ativa dos faltosos às consultas, realizar visitas domiciliares com toda a equipe aos usuários hipertensos e diabéticos acamados e orientar sobre o acesso aos medicamentos da farmácia popular, atividade física regular, alimentação saudável, abandono do cigarro.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos portadores de hipertensão e diabetes eram mais concentradas no médico, após a intervenção teve uma procura maior pelo profissional enfermeiro, pois foi combinado com o médico que ele orientasse aos usuários que retornassem ao enfermeiro para uma avaliação e para renovação de receita e isso está dando certo. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um número maior de usuários.

Tivemos melhorias nos registros e no agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos, viabilizando assim a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, algo que foi bastante discutido em reuniões com a equipe deixando sempre vagas disponíveis para tais acessos. Passamos a realizar também a classificação de riscos dos usuários para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos na unidade.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mesmo assim, recebemos elogios por parte dos usuários tanto em relação ao atendimento como em relação ao acesso, acolhimento e orientações.

Os usuários portadores de hipertensão e diabetes demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização ou até mesmo em algumas situações a demora entre um usuário e outro dentro do consultório, eles querem que sejamos rápidos, mas há casos e casos.

Apesar da ampliação da cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos, ainda temos alguns usuários sem cobertura, alguns por ter plano de saúde, outros por não gostarem de frequentar a unidade.

A comunidade gostou da intervenção e ainda pediu bis, pois além da equipe engajada tivemos a participação de outros profissionais nos dando suporte como foi o caso da nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e do educador físico.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Para isto, vamos

ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Notamos que faltam algumas informações em nosso registro na coleta dos dados dos indicadores, tais como, na realização dos exames clínicos e solicitações de exames complementares e medicações disponíveis na farmácia popular. Iremos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, apesar de que todos os nossos indicadores propostos e que tivemos como metas de 60% para cadastramento dos portadores de hipertensão e 90% dos portadores de diabetes e para os outros objetivos a meta foi de 100%, conseguimos tais coberturas. Sendo assim, com o resultado de nossa intervenção pretendemos implementar também o programa de pré-natal e saúde da criança na nossa unidade.

Importante destacar que foi realizado na quarta semana de intervenção um mutirão de cadastramento do grupo de hipertensos e diabéticos, sendo que foi confeccionados convites individuais, cartazes na unidade e pontos estratégicos na área, divulgação em carro de som. Nesse mutirão foram realizadas as medidas antropométricas, verificação da pressão arterial e o hemoglicoteste, estratificação de riscos, palestras com orientações sobre o abandono do cigarro, prática regular da atividade, hábitos alimentares saudáveis, orientações sobre acesso aos medicamentos gratuitos, a importância das consultas periódicas e da realização dos exames laboratoriais. Teve ainda aula sobre alongamentos e de como praticar a atividade física e vídeos sobre hipertensão e diabetes.

Tivemos a participação do psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, educador físico e fisioterapeuta. Aos usuários que estiveram presentes, oferecemos um excelente café da manhã com sucos, frutas, café, leite, pães e biscoitos integrais, iogurte, etc. O mutirão foi realizado nos dois turnos e conseguimos cadastrar uma estimativa considerada de usuários com HAS e DM.

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

Optamos por não realizar as ações da área de odontologia porque a unidade

não oferece tal serviço e também não tem nenhuma forma de monitoramento dos usuários que buscam tal serviço em outra unidade de saúde.

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

No início não houve nenhuma dificuldade, porém, após terem sido coletados todos os dados observou-se que havia sido utilizada uma versão antiga da tabela o que fez com que os dados ficassem confusos, mas passamos os dados para a tabela nova e foi possível sistematizar todos os dados com seu fechamento e com os cálculos dos indicadores.

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

As ações previstas no projeto por serem bastante úteis no dia a dia, serão incorporadas na rotina do serviço da unidade, tais como, aumentando a quantidade de vagas nos turnos, adequando o acolhimento à demanda espontânea e acesso livre nas renovações das receitas dos medicamentos, fortalecendo a participação dos hipertensos e diabéticos com atividades multiprofissionais e adequando sempre as orientações em todas as consultas sobre o abandono do cigarro, atividade física, alimentação saudável acesso aos medicamentos gratuitos, etc.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na USF Malvinas, Esplanada/BA teve como propósito melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão e diabetes que são residentes na área de cobertura da unidade de saúde. Abaixo constam as metas, objetivos, indicadores e seus respectivos resultados, destacando-se que se optou pela não visualização de gráficos cujos resultados alcançaram os percentuais de 100% em todos os meses devido ao seu teor primariamente ilustrativo.

Em relação a meta de cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência da Unidade das Malvinas: no primeiro mês da intervenção, foram cadastrados 74 hipertensos perfazendo uma cobertura de 14,7%. No segundo mês da intervenção, cadastramos 151 hipertensos, atingindo uma cobertura de 30,2%, no terceiro mês foram cadastrados 228, contabilizando uma cobertura de 45,6% e no último mês da intervenção estavam cadastrados 317 hipertensos, totalizando uma cobertura de 63,4%, conforme figura 1.

Conforme foi relatado na análise situacional, existiam 500 usuários hipertensos representando uma cobertura preliminar de 59%. Contudo, esses dados estavam superestimados e desatualizados pelo SIAB, sendo assim, após os quatro meses da intervenção, conseguimos alcançar uma cobertura de 63,4% perfazendo 317 usuários cadastrados, contrariando desta forma a estimativa inicial realizada.

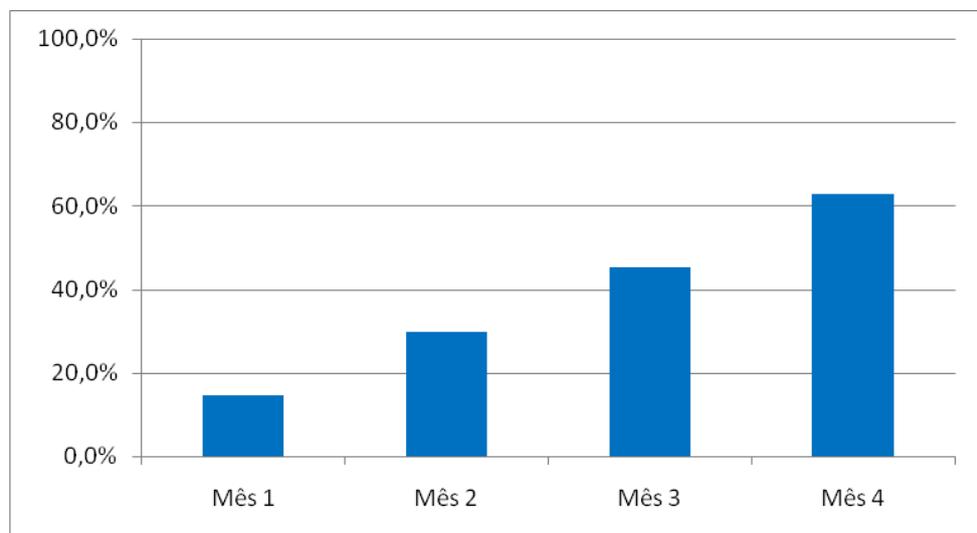


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde das Malvinas

Pode-se observar que houve um progresso na cobertura aos hipertensos, onde ultrapassamos a meta estipulada de 60%. O sucesso deste indicador está relacionado aos seguintes fatores: aumento no número de vagas para consultas, acesso, acolhimento à demanda espontânea, busca ativa dos faltosos, articulação e desempenho de todos os membros da equipe.

Em relação a meta de cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, foram cadastrados 44 diabéticos perfazendo uma cobertura de 22%. No segundo mês da intervenção, cadastramos 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 31,5%, no terceiro mês foram cadastrados 87, contabilizando uma cobertura de 43,5% e no último mês da intervenção estavam cadastrados 116 diabéticos, totalizando uma cobertura de 58%, conforme figura 2.

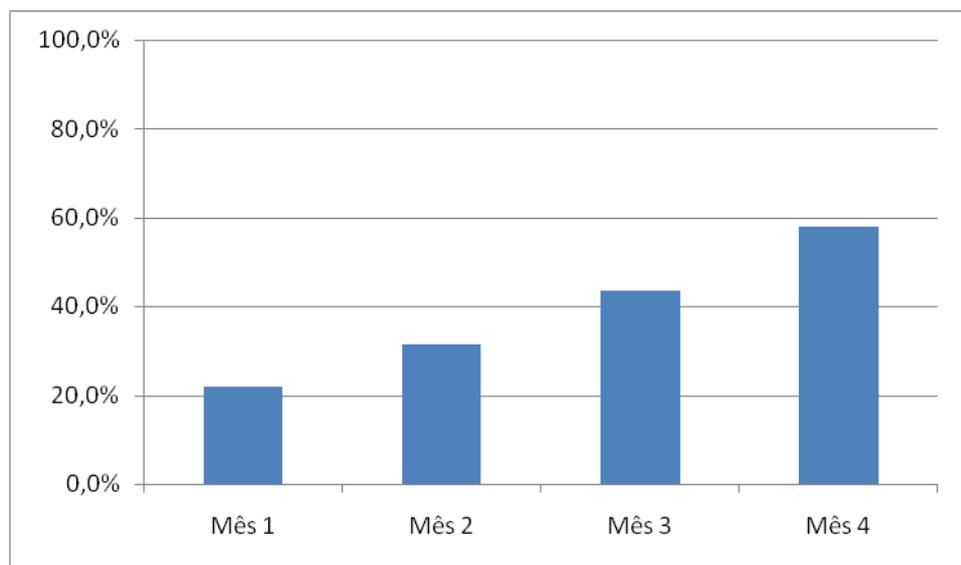


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde das Malvinas

Pode-se observar que houve um progresso na cobertura aos diabéticos mês a mês, porém não foi possível atingir a meta estabelecida. Mas isso em nada interfere na qualidade da intervenção, haja vista, esta ter contribuído para conhecer a realidade da população dos diabéticos da área de cobertura.

Em relação a meta de buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, foram alcançados 2 de 3 usuários hipertensos faltosos perfazendo uma cobertura de

66,7%. No segundo mês da intervenção, alcançou-se 16 de 17 hipertensos, atingindo uma cobertura de 94,1%, no terceiro mês foram alcançados 32 de 37 hipertensos, contabilizando uma cobertura de 86,5% e no último mês da intervenção foram alcançados 47 de 56 hipertensos, totalizando uma cobertura de 83,9%, conforme figura 3.

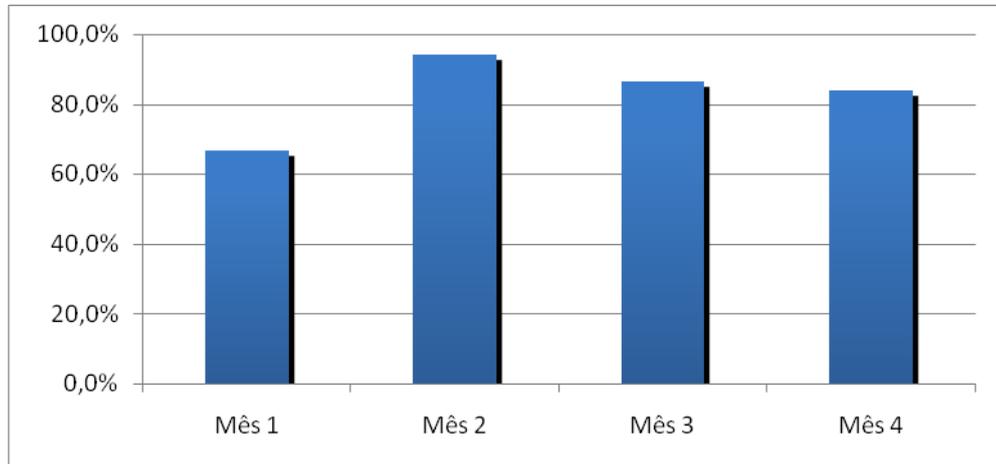


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Não foi possível atingir a meta devido que alguns usuários tinham outros compromissos pessoais e não tiveram tempo de ir à unidade. Os usuários foram comunicados pelos ACS sobre o seu retorno pré-agendado e mesmo assim alguns no primeiro, no terceiro e no quarto mês não puderam ir à consulta.

Em relação à meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção foi alcançado 1 diabético perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, alcançou-se 6 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram alcançados 17, contabilizando uma cobertura de 100% e no último mês da intervenção estavam alcançados 22 diabéticos, totalizando uma cobertura de 100%, ao longo dos 4 meses da intervenção.

Foi possível atingir a meta devido a organização de uma lista de usuários que seriam atendidos previamente e não compareceram a unidade, sendo assim, listamos esses faltosos e os ACS foram até o domicílio informar sobre sua nova data priorizada.

Em relação a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, realizou-se exame clínico em 72 hipertensos perfazendo uma cobertura

de 97,3%. No segundo mês da intervenção, realizou-se em 149 hipertensos, atingindo uma cobertura de 98,7%, no terceiro mês foram realizados 224 exames clínicos, contabilizando uma cobertura de 98,2% e no último mês da intervenção foram realizados exames clínicos em 312 hipertensos, totalizando uma cobertura de 98,4%, conforme figura 4.

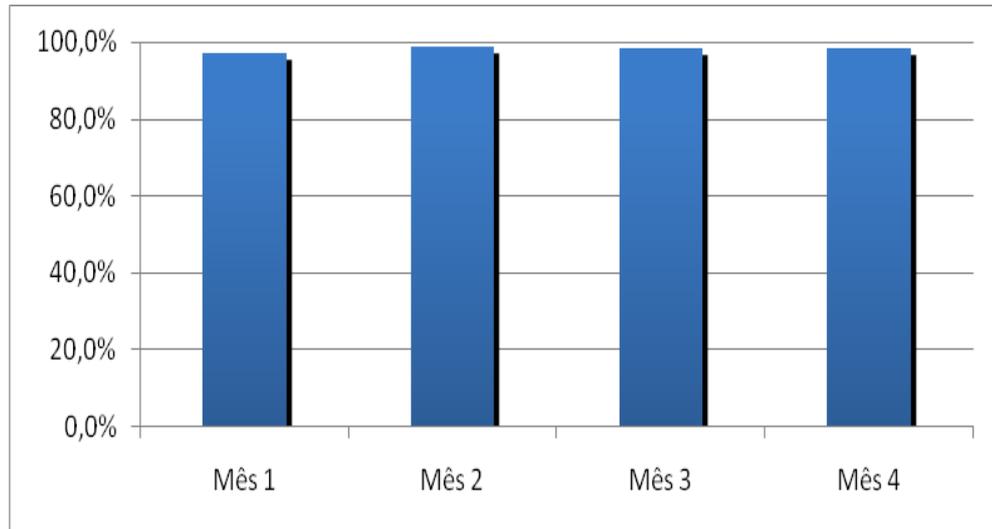


Figura 4: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Não foi possível atingir a meta devido a alguns usuários terem vindo à consulta apenas para renovar a receita médica e receber a solicitação de alguns exames laboratoriais, visto que, tiveram seu atendimento/exame clínico adequado.

Em relação a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, realizou-se exame clínico em 44 diabéticos perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, realizou-se em 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram realizados 87 exames clínicos, contabilizando uma cobertura de 100% e no último mês da intervenção foram realizados exames clínicos em 116 hipertensos, totalizando uma cobertura de 100%.

Foi possível atingir a meta nos quatro meses devido ao fato dos usuários serem diabéticos e apresentarem outros fatores de riscos, necessitando desta forma de uma avaliação mais aprofundada.

Em relação a meta de garantir a 100% dos hipertensos da área de abrangência da Unidade das Malvinas, a realização de exames complementares em dia, de acordo o protocolo: no primeiro mês da intervenção, alcançaram-se 72 hipertensos perfazendo uma cobertura de 97,3%. No segundo mês da

intervenção, alcançou-se 144 hipertensos, atingindo uma cobertura de 95,4%, no terceiro mês foram alcançados 212, contabilizando uma cobertura de 93% e no último mês da intervenção foram realizados exames complementares em 293 hipertensos, totalizando uma cobertura de 92,4%, conforme figura 5.

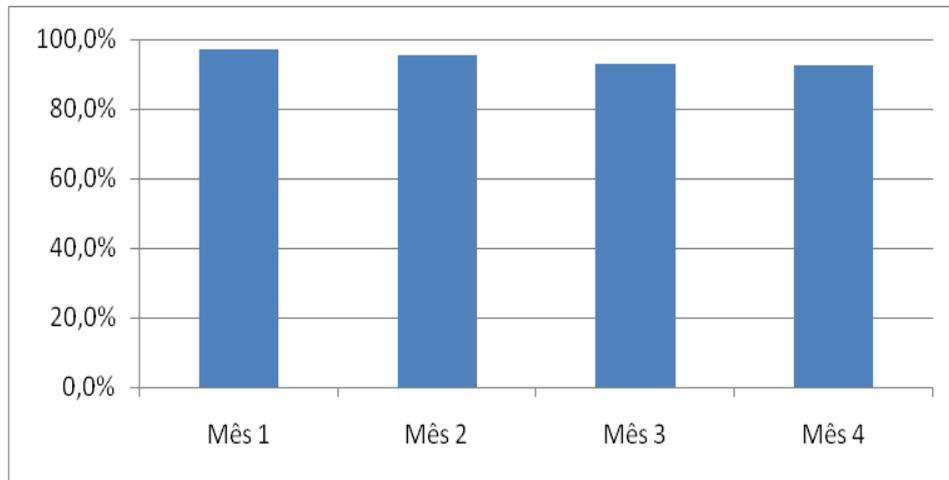


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

O fato do município dispor de cotas mensais limitadas para os usuários realizarem seus exames tem dificultado o cumprimento da meta proposta.

Em relação a meta de garantir 100% dos diabéticos da área de abrangência da Unidade das Malvinas, a realização de exames complementares em dia de acordo o protocolo: no primeiro mês da intervenção, alcançaram-se 44 diabéticos perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, alcançou-se 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram alcançados 80, contabilizando uma cobertura de 92% e no último mês da intervenção foram alcançados a realização de exames complementares em 108 diabéticos, totalizando uma cobertura de 93,1%, conforme figura 6.

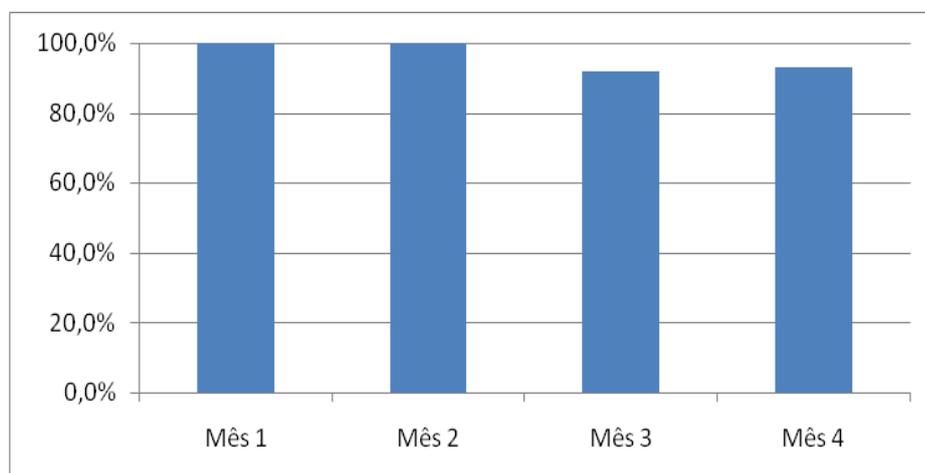


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Foi possível atingir a meta somente nos dois primeiros meses devido a insuficiência da cota que é disponibilizada no município para os usuários realizarem seus exames.

Em relação a meta garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, atingiram-se 72 hipertensos perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, atingiu-se 149 hipertensos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram atingidos 211, contabilizando uma cobertura de 93,4% e no último mês da intervenção foram atingidos para totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular, 299 hipertensos, totalizando uma cobertura de 94,9%, conforme figura 7.

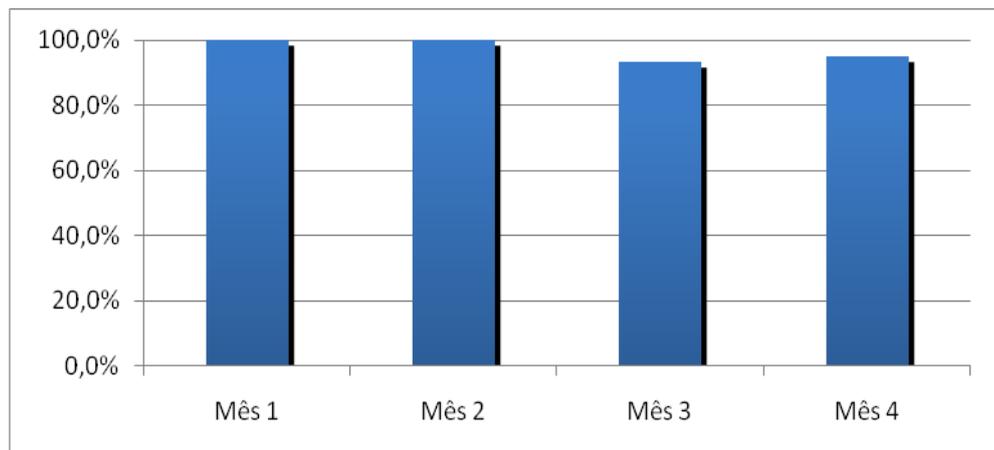


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular

Foi possível atingir a meta apenas no primeiro e no segundo mês, nos outros meses não foi atingido porque alguns usuários não fazem uso de anti-hipertensivos disponíveis na farmácia básica, geralmente são medicações associadas.

Em relação a meta garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados, da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, atingiram-se 44 diabéticos perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, atingiu-se 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram atingidos 80, contabilizando uma cobertura de 92% e no último mês da intervenção foi atingida a

totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular em 108 diabéticos, totalizando uma cobertura de 93,1%, conforme figura 8.

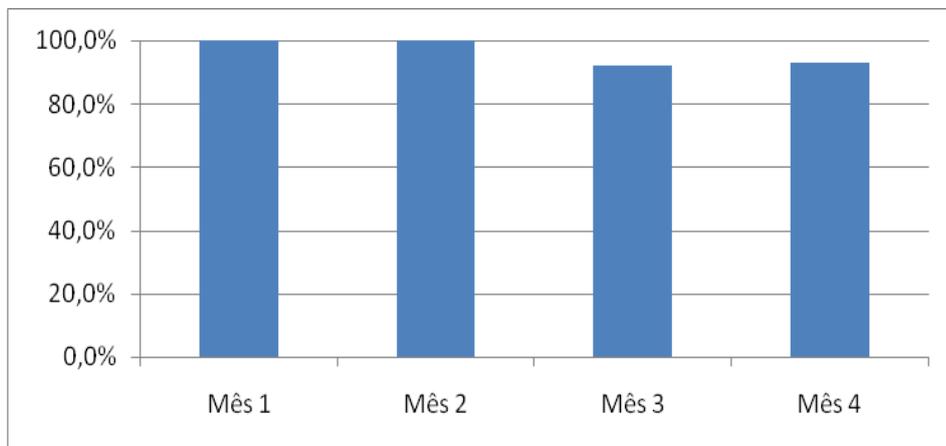


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular

Foi possível atingir a meta no primeiro e no segundo, já no terceiro e quarto mês tivemos usuários que utilizavam medicações que não fazia parte da lista do HIPERDIA e sendo assim o médico teve que infelizmente prescrever outros que o usuário pudesse comprar.

Em relação a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados, da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, atingiram-se 73 hipertensos perfazendo uma cobertura de 98,6%. No segundo mês da intervenção atingiu-se 150 hipertensos, apresentando uma cobertura de 99,3%, no terceiro mês foram atingidos 222, contabilizando uma cobertura de 97,4% e no último mês da intervenção foram atingidos uma totalidade das fichas acompanhadas em 297 hipertensos, totalizando uma cobertura de 93,7%, conforme figura 9.

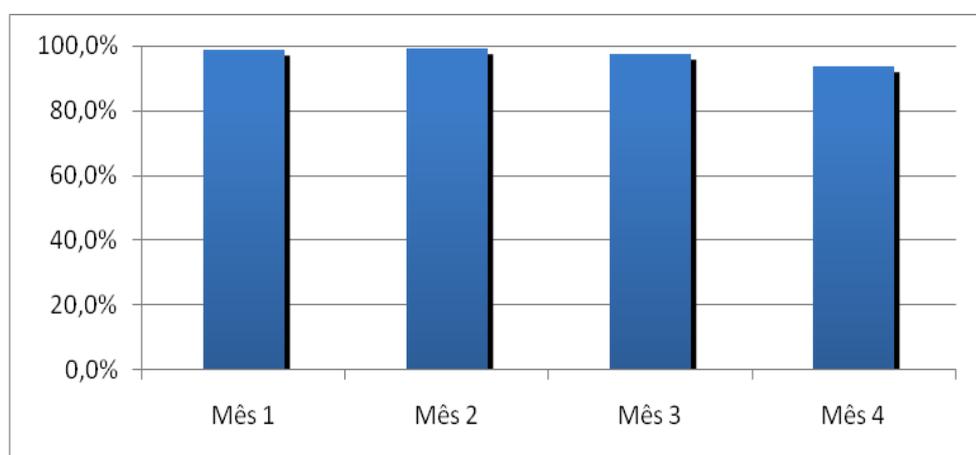


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Não foi possível atingir a meta porque alguns usuários compareceram a unidade sem agendamento, ou seja, demanda espontânea. Todos foram atendidos, porém como aconteceu em dias no qual havia muita demanda não houve tempo de preencher a ficha de acompanhamento.

Em relação a meta manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados, da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, atingiram-se 44 diabéticos perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, atingiu-se 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram atingidos 86, contabilizando uma cobertura de 98,9% e no último mês da intervenção foram atingidos uma totalidade das fichas acompanhadas em 111 diabéticos, totalizando uma cobertura de 95,7%, conforme figura 10.

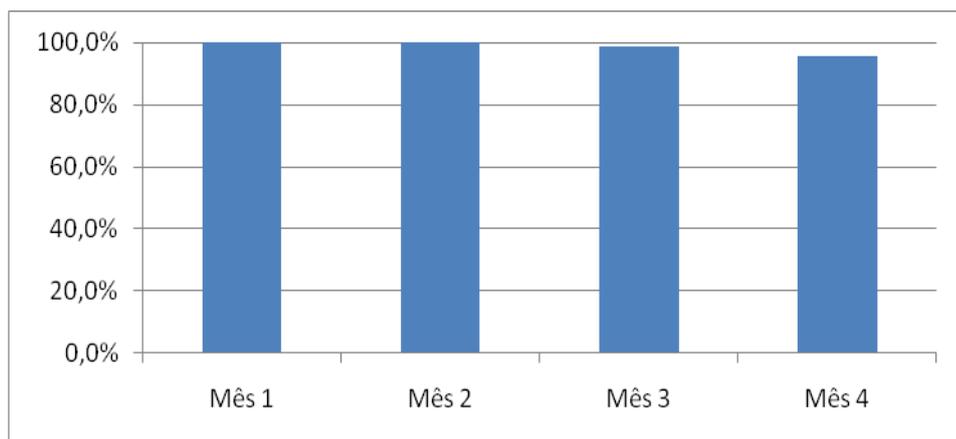


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Foi possível atingir a meta apenas no primeiro e segundo mês, no terceiro e no quarto mês não foi alcançado devido que alguns usuários compareceram a unidade sem agendamento, ou seja, demanda espontânea. Foram atendidos, porém como aconteceu em dias no qual havia muita demanda não houve tempo de preencher a ficha de acompanhamento.

Em relação a meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção foram realizadas 74 estratificações perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, foram realizados 151 hipertensos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram realizadas

224, contabilizando uma cobertura de 98,2% e no último mês da intervenção foram realizadas estratificação dos riscos cardiovascular em 299 hipertensos, totalizando uma cobertura de 94,3%, conforme figura 11.

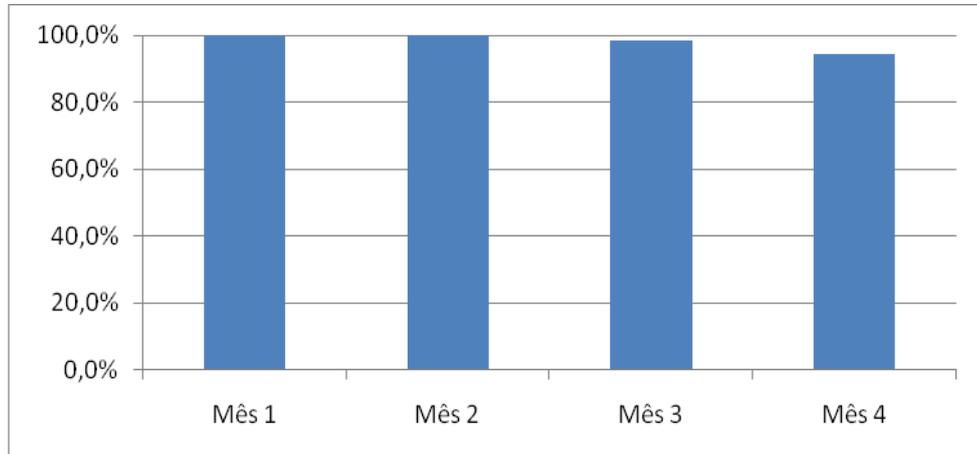


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Foi possível atingir a meta no primeiro e segundo mês devido aos fatores de riscos que o usuário apresentava e no terceiro e quarto mês não foi possível atingir pelos simples fato do usuário apenas ter ido renovar a receita da medicação e porque alguns usuários compareceram a unidade sem agendamento, ou seja, demanda espontânea. Foram atendidos, porém não houve tempo de preencher a ficha de acompanhamento.

Em relação a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados, da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção foram realizadas 44 estratificações perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, foram realizados 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram realizadas 86, contabilizando uma cobertura de 98,9% e no último mês da intervenção foram realizadas estratificação dos riscos cardiovascular em 111 diabéticos, totalizando uma cobertura de 95,7%, conforme figura 12.

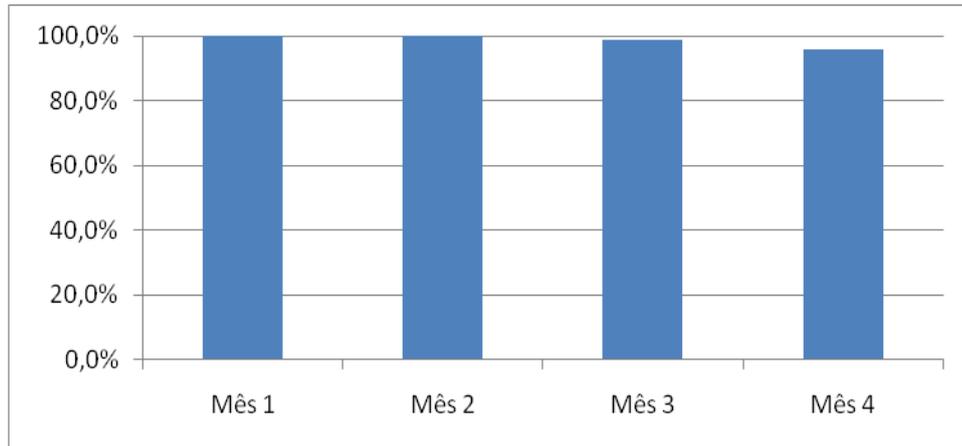


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Foi possível atingir a meta apenas no primeiro e segundo mês devido os diabéticos estarem com outros fatores e alguns usuários no terceiro e quarto mês não apresentavam e nem tinham outros fatores de risco no momento.

Em relação às metas garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável; garantir orientação em relação à prática de atividade física regular e garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção foram realizadas 74 orientações perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção, foram realizadas orientações a 151 hipertensos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram realizadas 228, contabilizando uma cobertura de 100% e no último mês da intervenção foram realizadas orientações em 317 hipertensos, totalizando uma cobertura de 100%.

Em relação as metas garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável; garantir orientação em relação à prática de atividade física regular e garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados da área de abrangência da Unidade das Malvinas, no primeiro mês da intervenção, foram realizadas 44 orientações perfazendo uma cobertura de 100%. No segundo mês da intervenção foram realizadas orientações a 63 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%, no terceiro mês foram realizadas 87, contabilizando uma cobertura de 100% e no último mês da intervenção foram realizadas orientações em 116 diabéticos, totalizando uma cobertura de 100%.

Foi possível atingir a meta devido ao fato de todos os profissionais estarem engajados nesse projeto e desde a chegada do usuário na unidade eles já recebiam

orientações quanto a alimentação saudável, prática regular da atividade física e malefícios do cigarro e principalmente dentro do consultório, reforçando para que os usuários tenha noção dos riscos e perigos e os seus benefícios para sua saúde em prol de uma qualidade de vida.

4.2 Discussão

Com essa intervenção a unidade teve um fluxo maior de usuários, tivemos um bom cadastro, atingimos mais de 90% em quase todas as metas propostas, os usuários comparecem com maior frequência nas consultas agendadas e também de forma espontânea sendo orientados sobre o acesso aos medicamentos de forma fácil e sobre a atividade física regular, abandono do tabagismo, alimentação saudável e a verificação da pressão arterial e do hemoglicoteste.

Após a intervenção foi possível conhecer a realidade atual da cobertura, percebendo que a estimativa apresentada na análise situacional superestimou os dados, mas que isso em nada interfere na qualidade da intervenção, haja vista, esta ter contribuído para conhecer a realidade da população de HAS e DM da área de cobertura.

A equipe se tornou mais unida e fortalecida atuando de forma sincrônica onde todos tentam ajudar e solucionar ou até mesmo orientar aos usuários a depender de sua necessidade. Está sendo possível manter um controle maior dos dados dos usuários e sem o empenho da equipe jamais conseguiríamos realizar tal intervenção.

O serviço ficou mais flexível para os usuários, principalmente com o acolhimento à demanda espontânea, o aumento do número de oferta de vagas nas consultas e nas orientações pertinentes. A importância da intervenção para a comunidade foi o fortalecimento do vínculo aproximando ainda mais nossos usuários à equipe que presta o serviço de forma clara, eficiente, prestativa, atenciosa com respeito e ética. A comunidade passou a frequentar com maior frequência os serviços disponíveis, tem total confiança na equipe pois sabem que quando procuram pelo serviço são bem acolhidos e tem seus problemas resolvidos da melhor maneira possível.

O que faria diferente se fosse realizar a intervenção nesse momento seria não realizar outras atividades no período que não fosse somente a intervenção, pois de uma certa forma dificulta e quebra um pouco o ritmo do desenvolvimento e demora na realização da intervenção. .

Pretendemos incorporar tal intervenção em nossa rotina, pois nos proporciona uma maior abrangência na visão da situação dos usuários que são acompanhados em nossa unidade. Para melhorar a atenção à saúde desejamos que seja disponibilizado medicações suficientes para todos os usuários e garantir com o gestor um aumento de oferta de cotas para realização dos exames laboratoriais e complementares.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Prezado gestor,

Entre os meses de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014 foi implementado na Unidade de Saúde da Família Malvinas o programa direcionado aos hipertensos e diabéticos com o objetivo de aumentar a cobertura e a qualidade dos serviços oferecidos.

Buscamos aplicar as ações planejadas no projeto de intervenção, junto aos demais trabalhadores de saúde da UBS, com o objetivo de que o programa se consolidasse na unidade como uma referência de atenção à comunidade. Para que a intervenção fosse aplicada, realizamos reunião com todos da equipe para expor o projeto falando sobre metas, indicadores, objetivos e o papel de cada um.

O primeiro passo foi o treinamento realizado com a equipe para facilitar o desenvolvimento do projeto. Definimos que utilizaríamos na rotina do serviço o Manual do Ministério da Saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Discutimos sobre o papel de cada membro da equipe, a correta verificação da pressão arterial e do teste de glicemia, a verificação das medidas antropométricas, a forma correta de registrar as informações na ficha cadastral, na ficha de acompanhamento e no prontuário.

Orientações sobre o acesso aos medicamentos de forma fácil e gratuita para os usuários, treinamento para controle dos fatores de riscos modificáveis,

orientação para a equipe sobre a prática alimentar saudável e a promoção da prática da atividade física regular, sobre o tratamento de usuários com hipertensão e diabetes tabagista. Foi possível também realizar orientação a comunidade sobre a existência do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, a importância das consultas periódicas e sobre os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas.

Em relação à cobertura foram estimados pela planilha de coleta de dados 500 hipertensos e 200 diabéticos com idade de 20 anos ou mais, sendo que, nos quatro meses de intervenção, foram atendidos 317 hipertensos (63,4%) e 116 diabéticos (58%). O aumento da cobertura deve-se ao desempenho da equipe em proporcionar um alargamento no número de consultas destinadas a este público e ao acolhimento principalmente aos acamados. Ressalta-se aqui que não atingimos a meta de cadastro de diabéticos, mas mantivemos a qualidade da assistência e sobretudo a realidade da área de abrangência e dos usuários.

Quanto ao serviço da unidade, houve uma melhora na organização e no agendamento das consultas, no acolhimento às demandas espontânea, devido ao fato dos usuários passarem a procurar mais pelo serviço por se ter um direcionamento diferenciado aos fatores de riscos existentes.

Ressalta-se que houve um investimento com a realização de exames clínicos em dia, pois para os hipertensos atingimos 98,7% e para os diabéticos 100% e a proporção de exames complementares em dia de acordo ao protocolo para os hipertensos foi atingido 97,3% e para os diabéticos foram atingidos 97,37%. Do ponto de vista da percepção da comunidade, observa-se que os usuários estão orientados sobre a importância das consultas a cada três meses, da verificação da pressão arterial e do teste de glicemia. Os usuários relataram que dessa forma eles conseguem ter certeza se estão bem ou não de saúde para não ter que depender de medicações diárias.

A continuidade da intervenção na USF é primordial para que o programa se expanda em termos de cobertura e de qualidade no serviço de saúde, sendo que, para que haja um fortalecimento, deve haver a colaboração e o empenho de todos os profissionais da equipe, o apoio da gestão e da coordenação, sem essas parcerias o programa não anda.

A gestão pode contribuir com melhorias e manutenção como, por exemplo, garantindo a todos os usuários hipertensos e diabéticos a realização de seus

exames em tempo hábil e o acesso aos medicamentos de forma gratuita.

A equipe não trabalhou o item saúde bucal nessa intervenção por não dispor do serviço, mas os usuários que se queixam de problemas relacionados são avaliados e orientados a procurar o serviço de odontologia do município, mas não temos estabelecido o sistema de referência e contra-referência. O ideal seria que a unidade oferecesse serviço odontológico para a comunidade.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Olá, comunidade da Unidade de Saúde Malvinas,

Como trabalhador da saúde, enfermeiro, tenho atuado na Unidade de Saúde da Família das Malvinas, há aproximadamente um ano e junto aos demais colegas da unidade, por uma maior qualidade na atenção à comunidade residente na área de abrangência, especialmente, para fortalecer o programa direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Após uma avaliação da situação da unidade de saúde, foi escolhido o programa de Atenção aos usuários hipertensos e diabéticos com o propósito de padronizar, adequar e qualificar o serviço de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde.

A intervenção realizada na unidade de saúde durou quatro meses, de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014, com os objetivos de aumentar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos, isto é, atender um maior número de usuários e também de melhorar, por exemplo, a realização de exame clínico, prescrição de medicamentos e orientações sobre os riscos do tabagismo, entre outras atividades importantes para a saúde.

Como principais resultados, tivemos o acompanhamento de 63,4% dos usuários hipertensos e 58% dos usuários diabéticos e 100% destes usuários receberam orientações sobre alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo.

A fim de que a intervenção continue, ou seja, torne-se rotina na unidade de saúde, é importante que haja uma participação ativa dos usuários hipertensos e diabéticos e familiares, pois, a “pressão alta” e o “aumento de açúcar no sangue”

podem ser prevenidas e controladas através de exames regulares na unidade de saúde, cuidados com a alimentação, interrupção do hábito de fumar e prática regular de atividade física.

Ainda, é essencial que a comunidade conte com “as portas abertas” na unidade de saúde para conversar, perguntar, sugerir, participar, pois, o comprometimento de todos – trabalhadores de saúde, gestão e usuários – certamente auxiliará no fortalecimento da saúde pública e em uma saúde de melhor qualidade para todos.

A unidade não dispõe do serviço de saúde bucal e os usuários são orientados a procurar a unidade de saúde odontológica do município, mas estamos solicitando ao gestor a implantação do serviço nesta unidade para que os usuários sejam contemplados e possam ter um acesso mais rápido a este serviço.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao refletir sobre meu processo de aprendizagem neste curso, começo minhas considerações pontuando que pensava que seria uma pós-graduação “fácil”,

no sentido de que ela seria direcionada ao estudo somente de patologias comuns na Atenção primária a Saúde bem como doenças infecto-parasitárias para fins de diagnóstico, sinais, sintomas e tratamentos. Todavia, o curso se mostrou mais amplo e voltado à construção de um pensamento-ação na saúde coletiva.

Como principais atividades no curso cito a realização dos casos clínicos, pois permitiram uma revisão e atualização muito importante para a prática vivenciada na unidade de saúde. Também ao realizar a intervenção, notei que os principais objetivos se relacionaram ao usuário, isto é, qualificar a atenção expressa por propostas de mudanças organizacionais e funcionais no serviço de saúde, abrangendo todos os trabalhadores da unidade de saúde e também os profissionais, pois, o trabalho coletivo é uma força motriz de toda e qualquer ação na Atenção Básica.

Dessa forma, visualizo o aprendizado, especificamente, em relação à intervenção, como fundamental para que esse processo ocorresse de forma gradual e sólida, pois essa estratégia de trabalhar em uma unidade de saúde fortalecendo uma ação programática do MS foi fundamental para um maior aprofundamento para mim, membro da equipe, comunidade e gestor acerca da ESF. Ilustro essa percepção com as mudanças ocorridas na organização, planejamento e rotinas, que facilitaram o desenvolvimento do registro de informações, por exemplo.

Hoje posso dizer que apesar dos desafios, como sensibilização dos demais profissionais de saúde e também dos usuários, a intervenção foi válida, pois ampliou a percepção dos colegas da equipe, uma vez que, estamos planejando trabalhar de forma sistematizada com outros programas do MS como, Saúde da Criança e Pré-natal e Puerpério, a partir da experiência com a ação para hipertensos e/ou diabéticos.

Ademais, o sentido de coletividade envolveu os trabalhadores de saúde como, médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, educador físico e os demais membros tais como, recepcionista e ACS, todos com um único objetivo: prover acesso e qualidade no serviço de saúde, acolhendo e empoderando os usuários com HAS e DM.

Dessa forma, projeto um aprendizado que se constrói no cotidiano, mediante a interação com os profissionais, gestores e usuários, a fim de que o SUS se consolide como um sistema universal, integral e humanizado.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 16. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em:
<<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificada.jsf>>
Acesso em 08 junho de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**.
Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de Março de 2014.

ANEXOS

ANEXO B – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
1	Indicadores de HAS e DM - Mês 4											
2	Dados para Coleta	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?	
3	Orientações de preenchimento	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	
692		689		0								
693		690		0								
694		691		0								
695		692		0								
696		693		0								
697		694		0								
698		695		0								
699		696		0								
700		697		0								
701		698		0								
702		699		0								
703		700		0								
704	Soma automática					79	23	79	47	23	32	32
705	HIPERTENSOS					79		73	43	22	27	27
706	DIABÉTICOS						23	20	9	4	12	12

Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas A a K).

	A	B	C	L	M	N	O	P	Q	R	S	
1												
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	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	0 - Não 1 - Sim	
692		689		0								
693		690		0								
694		691		0								
695		692		0								
696		693		0								
697		694		0								
698		695		0								
699		696		0								
700		697		0								
701		698		0								
702		699		0								
703		700		0								
704	Soma automática				85	78	86	34	4	87	87	87
705	HIPERTENSOS				77	71	78	29	4	79	79	79
706	DIABÉTICOS				23	20	23	12	0	23	23	23

Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas L a S).

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

APÉNDICE

APENDICE 1 – CONVITE



Grupo HIPERDIA

Enf. Ediezer Oliveira

- Aqui na USF Malvinas temos o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus –HIPERDIA.
- É de fundamental importância medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- É de extrema necessidade fazer o rastreamento para diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Fique atento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes tais como: **falta de atividade física, alimentação inadequada, peso acima do normal, consumo excessivo de sal e açúcar, uso de cigarro e álcool.**
- Há não esqueçam de realizarem uma consulta a cada 3 meses com o médico e o enfermeiro ou quando necessário.