

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



Melhoria da atenção à Saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Equipe B na Unidade Básica de Saúde Humaitá – Dr Joao de Azevedo Lage, em São Paulo – SP.

DIEGO EDAMATSU FABRICIO

PELOTAS - RS, 2014

Diego Edamatsu Fabricio

Melhoria da atenção à Saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Equipe B na Unidade Básica de Saúde Humaitá – Dr Joao de Azevedo Lage, em São Paulo – SP.

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

Orientadora: STELITA PACHECO DOURADO NETA

PELOTAS - RS, 2014

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

F126m Fabricio, Diego Edamatsu

Melhoria da atenção à saúde do indivíduo portador de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus da Equipe B na Unidade Básica de Saúde Humaitá – Dr Joao de Azevedo Lage, em São Paulo – SP / Diego Edamatsu Fabricio; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

98 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe, irmão e tio, que sempre me apoiaram nos momentos mais importantes da minha vida. Dedico também ao meu falecido pai que não pôde me acompanhar nesta árdua jornada rumo ao conhecimento.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por ter me concebido em uma família maravilhosa.

A minha família, pelo carinho e incentivo que me fazem continuar sempre em busca da sabedoria e do conhecimento, que me apoiou e fez com que finalizasse este trabalho.

A minha noiva, grande incentivadora para que eu não desistisse dos meus sonhos.

Aos meus amigos e todos que me apoiaram durante este trabalho, pela paciência e companheirismo.

Obrigado.

*Se não houver frutos,
valeu a beleza das flores!
Se não houver flores,
valeu a sombra das folhas!
Se não houver folhas,
valeu a intenção da semente...*

(H.S.F. Henfil)

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da fachada da UBS Humaitá com entrada principal e estacionamento.....	19
Figura 2	Fotografia dos membros da Equipe B da UBS Humaitá realizada em 06/02/2014.....	21
Figura 3	Fotografia do café da manhã com os participantes do grupo de caminhada realizado em 11/04/2014.....	52
Figura 4	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	59
Figura 5	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	59
Figura 6	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	60
Figura 7	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	61
Figura 8	Gráfico da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	62
Figura 9	Gráfico da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	63
Figura 10	Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	64
Figura 11	Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	64
Figura 12	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular.....	66

Figura 13	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular..	66
Figura 14	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	68
Figura 15	Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	68
Figura 16	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	70
Figura 17	Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	70
Figura 18	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação odontológica.....	72
Figura 19	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação odontológica.....	72
Figura 20	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	73
Figura 21	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	74
Figura 22	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	75
Figura 23	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	75
Figura 24	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	77
Figura 25	Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	77

Figura 26	Fotografia da palestra sobre hipertensão e diabetes no grupo de caminhada realizado em 22/01/2014.....	79
Figura 27	Fotografia de membro da equipe fazendo levantamento de dados nos prontuários.....	80
Figura 28	Fotografia dos participantes realizando alongamento no grupo de caminhada, realizado no estacionamento da UBS..	82

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APA	Agente de Promoção Ambiental
APS	Atenção Primária à Saúde
ATA	Auxiliar Técnico Administrativo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COE	Centro Odontológico de Especialidades
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
mm/Hg	Milímetro / Mercúrio
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAMG	Programa Auto Monitoramento Glicêmico
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
RN	Recém Nascido
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação a Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação a Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SP	São Paulo
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Bucal
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
VD	Visita Domiciliar

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	15
1.2 Relatório da Análise Situacional	16
1.3 Comentário comparativo do texto inicial sobre a situação da APS/ESF e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – Projeto de Intervenção	27
2.1 Justificativa	27
2.2 Objetivos e Metas	29
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das Ações.....	32
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	45
2.3.4 Cronograma.....	49
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	50
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	50
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	56
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.....	56
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto á rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.	57
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	58
4.1 Resultados	58
4.2 Discussão	78
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores	83
4.4 Relatório de Intervenção para Comunidade.....	85
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	87
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	91
ANEXO A: Ficha Espelho para coleta de informações (frente)	91
ANEXO A: Ficha Espelho para coleta de informações (verso)	92

ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - Aba Dados da UBS.....	93
ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Aba Mês 1	94
ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - Aba Indicadores.....	95
ANEXO C: Ficha B de Hipertensão Arterial Sistêmica (SIAB)	96
ANEXO D: Ficha B de Diabetes Mellitus (SIAB)	96
ANEXO E: Termo do comitê de ética.....	97

Resumo

FABRICIO, Diego Edamatsu. **Melhoria da Atenção à Saúde do Indivíduo Portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Equipe B na Unidade Básica de Saúde Humaitá – Dr Joao de Azevedo Lage, em São Paulo – SP.** 2014. 97f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente estudo tratou em analisar, quantificar e qualificar os serviços prestados pela equipe B da UBS Humaitá aos indivíduos hipertensos e diabéticos de sua área de abrangência. Ao longo destas 16 semanas do projeto de intervenção, o objetivo principal evidenciava na melhoria dos registros das informações nos prontuários de forma adequada e a qualificação da atenção com destaque para ampliação da monitorização dos valores glicêmicos e pressóricos, gerando um parâmetro adequado para a classificação de risco para ambos os grupos. Dentre os resultados mais pertinentes, destaco que a população adstrita, segundo levantamento realizado na Análise Situacional, foi de 2774 pessoas, e dessas, 482 eram hipertensos e 157 diabéticos maiores de 20 anos, caracterizando o público que buscaríamos acompanhar. Concluímos a intervenção com 467 hipertensos e 157 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 96,9% e 100% respectivamente. Em um dos objetivos considerados como um dos mais importantes, propusemos melhorar a qualidade do atendimento realizado aos usuários desta UBS e finalizamos esta intervenção atingindo 398 hipertensos e 143 diabéticos com exame clínico apropriado, ou seja, 85,2% e 91,1% respectivamente. Durante a intervenção também optamos em melhorar o registro das informações dos portadores dessas patologias crônicas, ou seja, manter ficha de acompanhamento atualizada em 100% deles. Encerramos o quarto mês analisando 421 hipertensos (90,1%) e 149 diabéticos (94,9%). Dessa forma, saliento que somente conhecer o usuário nem sempre significa sucesso para a promoção integral de sua saúde, mas vê-lo de forma holística fará uma grande diferença. Conhecer a interação social existente na família ou mesmo observar o ambiente onde vivem, é essencial para identificarmos o perfil sócio-cultural e adaptarmos o controle do regime terapêutico diferenciado para cada família ou grupo de pessoas, e assim pontuamos a importância do acompanhamento na UBS e a percepção como sua principal fonte agregadora de saúde.

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

APRESENTAÇÃO

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), e da Universidade Federal de Pelotas-UFPEL. Após realizar a Análise Situacional e estratégica da Unidade Básica de Saúde (UBS) Humaitá, no município de São Paulo - SP, construiu-se um projeto de intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da equipe B na Unidade Básica de Saúde Humaitá – Dr Joao de Azevedo Lage.

Este volume está organizado em cinco unidades de trabalho desenvolvidas durante o curso de especialização. Na Análise Situacional, temos a descrição dos principais problemas encontrados na UBS e suas inter-relações; Análise Estratégica culminou no projeto de intervenção; o Relatório da Intervenção com descrição das ações realizadas ao longo das 16 semanas de Intervenção; relatório dos resultados desta intervenção com a análise dos gráficos e indicadores construídos com as coletas de dados dos atendimentos realizados na intervenção e reflexão crítica do processo de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizamos com anexos e apêndices que demonstram os instrumentos de coleta de dados que utilizamos durante a intervenção.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF em 11/04/2013

Trabalho em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) localizada na região central da cidade de São Paulo, denominada UBS Humaitá – Dr João de Azevedo Lage, que abrange residentes dos bairros Bela Vista e Liberdade. É uma unidade mista de parceria público-privada, que contempla os serviços de UBS Tradicional, COE (Centro Odontológico de Especialidades) e ESF (Estratégia Saúde da Família), onde o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês assumiu a autarquia desde Abril de 2011. A equipe da UBS é composta por três médicos clínicos gerais, dois ginecologistas, dois pediatras, um psiquiatra, dois enfermeiros e 11 auxiliares de enfermagem. O COE conta com 12 dentistas nas mais variadas especialidades (endodontia, ortodontia, protético, entre outros) e seis THD (Técnico de Higiene Dental). A ESF conta com três equipes, compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis ACS (Agentes Comunitários de Saúde). As equipes são apoiadas por uma equipe de saúde bucal, com um dentista e um THD. Também é apoiada pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), formada pelos profissionais médico ginecologista, médico psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo, além do PAVS (Programa Ambientes Verdes Saudáveis), contemplada por uma APA (Agente de Promoção Ambiental) e uma gestora local.

Em relação á estrutura física, a UBS é composta por dois pavimentos de construção antiga, fundada em 1968, passou por várias reformas. Andar térreo, é formado basicamente por duas recepções + SAME, cerca de 16 consultórios, quatro sanitários, quatro salas administrativas, quatro salas de enfermagem, uma farmácia, um almoxarifado, estacionamento com 14 vagas, sendo duas delas para deficientes físicos. Andar superior é composto por uma sala de gerência, uma copa, dois

sanitários, seis consultórios, um expurgo + esterilização, uma sala administrativa e uma sala dos ACS. É importante frisar que a Unidade é bem localizada, cerca de 600 metros do acesso ao metrô, diversas linhas de ônibus e próximo a avenidas importantes da cidade, como a Av. Brigadeiro Luís Antônio, Av. Liberdade, Av. 23 de Maio e Av. Paulista. A C.I.P.A. (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) foi recentemente formada (faço parte dela) há cerca de um ano, portanto estamos adequando alguns itens de segurança, como sinalização de rampa de acesso, antiderrapante nas escadas e identificação de voltagem das tomadas, entre outras adequações. A mesma equipe também forma a brigada de incêndio, com curso recente.

Falando em aspectos populacionais, a área de abrangência da UBS corresponde a aproximadamente 60000 pessoas, e dessas, cerca de 9000 são cadastradas nas três equipes de ESF. O maior problema no qual estamos passando diz respeito ao acolhimento. Apesar do grande número de prédios residenciais, a Bela Vista é considerada um bairro comercial, onde muitas empresas funcionam ao seu entorno, principalmente escritórios. Assim, o fluxo de pessoas que passam no acolhimento diariamente é muito elevado se comparado com outras UBS onde já trabalhei, e isso de certa forma dificulta o bom andamento do serviço no dia-a-dia, tendo em vista que nosso contingente de funcionários não suporta tal demanda, sem contar nossos recursos materiais que são limitados.

Não é necessário um hospital propriamente dito, mas ao menos um serviço de pronto atendimento na região, como o AMA (Assistência Médica Ambulatorial), assim denominado aqui na cidade de São Paulo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de São Paulo é a mais populosa do país (IBGE / CENSO, 2010), foram pesquisados 11244369 habitantes com uma densidade demográfica de 7430,24 habitantes por quilômetro quadrado, sendo 5323385 habitantes homens e 5920984 mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 99,1% da população é urbana, ou 11125243 habitantes, e apenas 119126 vivem na zona rural. A mesma pesquisa também afirma que a população paulistana é formada por brancos (60,64%), pardos (30,51%), negros (6,54%), amarelos (2,19%) e indígenas (0,12%). Em relação à

sociedade e economia, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de São Paulo no ano 2000 é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), com 0,805 pontos, sendo o 14º maior de todo estado de São Paulo. Considerando apenas a educação, o índice é de 0,725 (muito elevado), enquanto a média nacional é 0,849. O índice da longevidade é de 0,855 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,843 (Brasil é 0,723). A renda per capita é de R\$ 32493,96.

Um dos principais fatores que elevam esse IDH são os serviços de saúde públicos e privados prestados à população paulistana, sendo o município considerado como o principal pólo de saúde na América Latina. Entre seus melhores hospitais, estão o Hospital Sírio Libanês e o israelita Hospital Albert Einstein (classificados como os melhores do hemisfério sul do planeta), o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (o maior complexo hospitalar latino-americano) e o Instituto do Câncer (o maior centro de oncologia da América Latina). O município é sede de instituições de todos os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Os serviços públicos de saúde são geralmente de responsabilidade do governo municipal e estão espalhados por todo o território da cidade (PMSP, 2013), com um total de 770 equipamentos de saúde (incluindo prédios administrativos), sendo 17 hospitais de grande porte, 116 AMA (Assistência Médica Ambulatorial), 15 AMA Especialidades e 270 UBS (Unidade Básica de Saúde), dados de Setembro de 2012 fornecidos pela SMS-SP (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo). A expansão da atenção básica com a implantação da ESF (Estratégia Saúde da Família) no Município de São Paulo teve como marco o projeto QUALIS (Qualidade Integral em Saúde) iniciado em 1996, parecido com o modelo atual de saúde, mas não era vinculado ao governo federal e financiado por meio de parcerias entre SMS-SP, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais.

Em 2001, com a municipalização do sistema de saúde e a impossibilidade em manter o programa funcionando sem verbas federais, as equipes do QUALIS passaram para a gestão somente da SMS-SP e foi implantado o PSF (Programa Saúde da Família) e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) através de convênios firmados com instituições da sociedade civil. No início de 2005, o município contava com 722 equipes de ESF implantadas em 197 UBS, e cobertura de 27%. Em Setembro de 2012, já estavam implantadas 1277 equipes de ESF,

distribuídas em 270 UBS e cobertura de 45,06%, correspondendo a uma expansão de 76,8% das equipes. A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município de São Paulo iniciou-se em Julho de 2008, consoante com a Portaria 154/2008 e Portaria 2488/MS de 21 de Outubro de 2011, no qual tem objetivos de ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da atenção básica. Em Maio de 2011, este programa contava com 86 equipes espalhadas pelas 270 UBS da cidade (PMSP, 2013).

Para chegar nesta atual configuração, a UBS Humaitá passou por várias reformas. No início de seu funcionamento, sediava somente um COE, contando com um serviço completo de odontologia referenciada para toda cidade de São Paulo. Com o passar dos anos, em meados de 1990, a prefeitura observou a importância em ampliar este atendimento iniciando o serviço de UBS tradicional, com médicos clínicos gerais, ginecologistas, pediatras e psiquiatras, além de toda equipe de enfermagem. Este acoplamento ocorreu sem haver uma grande reforma, somente adaptando salas e espaços para atendimento aos usuários. Com espaço físico já comprometido e sem novos projetos para ampliação, por volta do ano 2000, novamente a UBS passara por mais uma prova de adequação ao espaço físico, com a adição do PSF, que incluía três equipes de ESF. Enfim, o espaço físico bastante reduzido é a grande limitação observada e isso implica de forma negativa tanto para os usuários quanto para UBS, pois são diversos serviços funcionando dentro do mesmo espaço que acaba confundindo os usuários que comparecem a unidade, sem contar que não houve nenhuma ampliação física-estrutural para melhoria. Essa questão afeta diretamente o trabalho prestado na UBS, pois há uma grande dificuldade em realizar trabalhos em grupos, uma vez que a sala de reuniões está sempre ocupada e sendo utilizada para outros fins, como depósito de materiais e até mesmo adaptada para consultas médicas.



Figura 1: Fotografia da Fachada da UBS Humaitá com entrada principal e estacionamento.

Além das adequações físico-estruturais da UBS, existe um fator importante e que podemos qualificar como centro das atenções de todo processo de saúde pública, ou seja, o território. Sabemos que ele é dinâmico, impreciso e sempre há mudanças no número de pessoas residentes. Por esse motivo, há cerca de um ano, a UBS Humaitá passou por um processo de territorialização no qual as três equipes de ESF sofreram alterações em sua área de abrangência. Foi um processo bem planejado, necessário e tudo desencadeado pela entrega de um complexo de apartamentos populares dentro da área de abrangência da minha própria equipe, havendo um influxo de famílias que extrapolavam todos os limites das micro áreas. Dessa forma, alteramos o número de cadastro dos prontuários de aproximadamente 1200 famílias, o que trouxe também uma série de transtornos em termos administrativos para todos os colaboradores da UBS, já que mesmo no mais minucioso planejamento, vez e outra um prontuário estava arquivado equivocadamente, seja pela falha na troca do número, seja pela não troca do cartão da família pelo número correto.

Muitas prioridades precisavam ser levantadas para que todo o processo ocorresse da melhor maneira possível, e a principal delas posso citar o fato de que era indispensável explicar veementemente o motivo de todo esse processo de territorialização à população cadastrada, pois muitos vínculos foram rompidos, tanto com ACS, como auxiliar de enfermagem e principalmente enfermeiro e médico. Havia usuários que se consultava com o mesmo médico há cerca de nove anos, e foi muito difícil reconquistar a confiança deles. Foi necessário um trabalho árduo de todos os profissionais para que o vínculo fosse reestabelecido, podendo citar que todos os colaboradores da ESF tiveram suas atribuições profissionais “colocadas em cheque”, e com um bom trabalho em equipe conseguimos promover o engajamento público. Neste processo o ACS é responsável por cadastrar as famílias, manter o acompanhamento e a atualização das informações nas fichas A, B e C dos prontuários, além de discutir a situação tanto de saúde quanto social das famílias na reunião de equipe num eventual problema agudo, que não pode esperar uma consulta médica ou de enfermeiro. O ACS também tem o papel de fortalecer o vínculo com os usuários, sendo este um dos principais atributos da atenção básica. O auxiliar de enfermagem desempenha o papel de “braço direito” do enfermeiro na equipe, pois auxilia no acompanhamento da saúde dos nossos usuários prioritários (HAS e DM principalmente), acompanhando mensalmente todos eles, garantindo que pelo menos uma vez ao mês sua pressão arterial ou aferição de glicemia capilar seja verificada nas visitas domiciliares, principalmente para os indivíduos acamados, auxiliando nas discussões dos casos em reunião de equipe. Os auxiliares de enfermagem também exercem uma função importante na UBS, pois através de uma escala mensal cumprem metade de sua jornada diária ocupando setores da enfermagem primordiais para o funcionamento da unidade, como sala de procedimentos, curativos, observação, vacina, esterilização entre outros. Em conjunto à equipe existe a participação da odontologia, que atende nossos usuários mediante triagem realizada trimestralmente, pois divide a agenda com as outras duas equipes da ESF. O enfermeiro é o gestor da equipe, elaborando escalas que possibilitem as atividades de todos os membros, desde a VD dos ACS quanto a programação da agenda do médico, cumprindo com a carga administrativa da jornada de trabalho. Além disso, o enfermeiro também exerce a função assistencial, atendendo consultas que envolvem todos os ciclos da vida humana na atenção básica, como saúde da criança, saúde do adulto (envolve também a saúde da

mulher) e saúde do idoso. Já o médico é o profissional responsável em tomar as condutas necessárias para a correta terapia medicamentosa, também atendendo as consultas em todos os ciclos da vida humana. O enfermeiro e o médico são os profissionais técnicos da equipe. Organizamo-nos de forma em que nosso trabalho faça um paralelo e que possamos discutir casos em conjunto na reunião de equipe.



Figura 2: Fotografia dos Membros da Equipe B da UBS Humaitá realizada em 06/02/2014.

No que tangerem ao levantamento demográfico utilizado nesta análise, baseamo-nos nos dados do SIAB (Sistema de Informação à Atenção Básica) referente ao mês de Abril/2013 da Equipe B da UBS Humaitá, informando 2774 pessoas cadastradas, sendo 1092 pessoas do sexo masculino e 1682 do sexo feminino, divididos em 985 famílias, 482 hipertensos e 157 diabéticos. Comentando brevemente sobre um panorama geral da população cadastrada na equipe de ESF, informo que existe um aspecto muito em comum, ou seja, famílias pequenas e

geralmente casais de idosos que moram sozinhos. Em relação às mulheres em idade fértil, condiz em termos com a estimativa da população brasileira, pois cerca de 38% das mulheres fazem parte deste dado percentual. Relatando sobre o público infantil, enfatizo que minha equipe conta com 33 crianças menores de um ano cadastradas, isso corresponde a somente 64% do total das crianças nessa faixa etária estimada para área de abrangência. Já em relação às gestantes, temos cadastradas somente 40% das grávidas estimadas. Em relação aos idosos, o quantitativo supera e muito as expectativas de acordo com o esperado da população brasileira, praticamente dobrando este percental, onde se somam no total 578 pessoas com mais de 60 anos cadastrados, e o que mais chama a atenção nesse público, é que 71% são do sexo feminino.

Para atender a todo esse público, contamos com serviço de acolhimento ou consultas espontâneas durante todas as horas de funcionamento da UBS (7 às 19hs), todos os dias da semana. Existe uma escala diária para os enfermeiros atenderem essa demanda, e se realmente necessário, encaminhamos os usuários para avaliação médica dependendo da queixa, necessidade, anamnese e exame físico. Não existe médico na escala do acolhimento, e as avaliações são geradas como consultas espontâneas nas agendas destes profissionais, atendendo todo tipo de público, independente de sexo, faixa etária ou local de moradia. Para lidar com este excesso de usuários, elaboramos ações educativas nos grupos e nas próprias consultas de enfermagem no acolhimento, onde abordamos os indivíduos explicando que existem três tipos de atendimento hierárquico na saúde pública: atendimento primário (realizado pelas UBS), secundários efetivados pelos serviços de pronto atendimento (denominado AMA) e serviço terciário, a cargo dos hospitais. Salientamos que a UBS não atua como um serviço de pronto atendimento, focando principalmente na prevenção e promoção da saúde.

A minha equipe passou por grandes modificações no processo de trabalho após a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade) da atenção básica. Muitos instrumentos de controle foram criados para garantir a qualidade do atendimento aos usuários cadastrados, onde transformar números em percentuais foi o primeiro grande passo para avaliarmos nosso trabalho.

Analisando os dois principais problemas de saúde públicas mais frequentes no mundo, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus), é possível afirmar que as ações de atenção á esse público são estruturadas e ocorrem de

forma programática, onde o acompanhamento é realizado conforme protocolo da SMS-SP, com consultas médicas e de enfermagem intercaladas trimestralmente. O registro é realizado em prontuário, de forma sistematizada, permitindo o monitoramento das ações. O número de hipertensos com 20 anos ou mais está adequado com a realidade da área de abrangência, porém o percentual de acompanhamento mostra somente 82% de cobertura. Ao analisar este baixo acompanhamento, levamos em consideração que recentemente a UBS passou por um processo de territorialização e minha equipe perdeu cerca de 400 famílias para as outras duas equipes, e estamos em busca de novos cadastros. Atualmente contamos com 985 famílias cadastradas, média de 164 famílias por ACS, onde deveríamos, ao menos, ter 180. Em relação aos indicadores de qualidade, grande parte dos bons números percentuais se deve à boa adesão do usuário as consultas médicas e de enfermagem, evidenciando um bom vínculo. Portanto, grande parte dos indivíduos com HAS cadastrados em nossa área de abrangência teve o risco cardiovascular avaliado, estão com exames complementares periódicos em dia, foram orientados e avaliados quanto a prática de atividade física e orientação nutricional para dieta saudável. Como números negativos, evidencio que 7% destes usuários tiveram suas consultas para retorno atrasados em mais de sete dias, mas nada que uma busca ativa pelo ACS não trouxesse este usuário à UBS.

Em relação a DM, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais também está adequada com a realidade da área de abrangência, totalizando 93% de cobertura de acordo com o esperado da população brasileira. Ressalto que este número poderia ser maior se não fosse o processo de territorialização como citado anteriormente, mas estamos em busca de novos cadastros. Comentando sobre os indicadores de qualidade, os excelentes números percentuais se devem ao Programa Auto Monitoramento Glicêmico, onde as equipes tem por obrigação manter o maior número de indivíduos acompanhados devido ao auto custo em manter o programa funcionando, já que os insumos para DM são essenciais e bastante caros. O indivíduo não pode ficar sem passar em consulta mensal com enfermeiro e trimestral com médico, passível de ouvidoria pelo próprio Ministério Público. Portanto, a grande maioria dos usuários com DM cadastrados em nossa área de abrangência teve o risco cardiovascular avaliado, estão com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés (incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso com medida da sensibilidade dos pés) nos

últimos três meses, foram orientados e avaliados quanto à prática de atividade física e orientação nutricional para dieta saudável. Outro ponto positivo de ser comentado, nenhum dos indivíduos apresentou atraso nas consultas com mais de sete dias. O único ponto negativo é a avaliação da saúde bucal tanto para usuários com HAS quanto DM, onde somente 37% e 54% respectivamente dos usuários passaram em consulta com o serviço de odontologia da unidade, número baixo devido a recursos humanos insuficientes, ou seja, uma equipe de ESB para três equipes de ESF.

Saliento que algumas dificuldades surgidas no acompanhamento de indivíduos hipertensos e diabéticos não está relacionada à falta de busca ativa dentre as famílias cadastradas, mas sim ao maior efetivo do número destas famílias em nossa equipe, fato pelo qual já estamos tomando providências, como exemplo posso citar que há oito meses uma de minhas micro áreas estava somente com 35 famílias cadastradas devido à territorialização, hoje conta com 159, ou seja, aumento de 15 cadastros mensais. Em relação ao acompanhamento da saúde bucal, a contratação de uma nova equipe de ESB está sendo sondada para nossa unidade, mas é um feito que depende de fatores políticos externos.

Para finalizar a análise situacional da minha equipe e da área adstrita a ela, saliento que somente conhecer o usuário nem sempre significa sucesso para a promoção integral de sua saúde, mas vê-lo de forma holística fará uma grande diferença. Ter uma visão diferenciada e conhecer a interação social existente na família ou mesmo observar o ambiente onde vivem, é essencial para identificarmos o perfil sócio-cultural e adaptarmos o controle do regime terapêutico diferenciado para cada família, ou grupo de pessoas. Dessa forma, considero a criação do vínculo o grande desafio a ser vencido, uma vez que o bom relacionamento entre os usuários do território e a equipe de ESF é a melhor ferramenta para a efetivação da educação em saúde, além de vincularmos a percepção da UBS como sua principal fonte agregadora de saúde. É importante evidenciarmos a localização da UBS como o melhor recurso apresentado a população, uma vez que estando sediada na região central de São Paulo facilita a locomoção pela cidade através do transporte público principalmente pelo metrô, nos casos dos usuários serem referenciados para outros serviços de saúde sendo que a maioria dos grandes hospitais também se encontra na região central, otimizando o acompanhamento de sua saúde se comparado com moradores da periferia, já que a cidade possui dimensões gigantescas.

1.3 Comentário comparativo do texto inicial sobre a situação da APS/ESF e o Relatório da Análise Situacional.

Fazendo um comparativo entre o texto que tratava sobre a “situação da ESF/APS em seu serviço” redigido na segunda semana de ambientação com o relatório da Análise Situacional, saliento que a primeira análise foi realizada de forma abrangedora, porém sucinta. Não havia um foco específico para as respostas, não havia um roteiro claro, e as informações foram inseridas conforme minhas principais angústias na UBS, que diz respeito exatamente aos recursos físicos, humanos e os aspectos populacionais. Não era evidente saber como estávamos trabalhando, como era a assistência prestada pelos colaboradores da UBS e qual a significação disso para população.

Já no relatório da Análise Situacional que elencava todos os aspectos do funcionamento de uma unidade de saúde, foi possível perceber principalmente onde esbarrávamos no acompanhamento de alguns grupos populacionais. Dessa forma, foi possível relacionar o número surpreendente na demanda do acolhimento dito lá na segunda semana de ambientação como nosso principal problema, pois se não estamos fazendo acompanhamento a contento, obviamente este público irá procurar a UBS para consultas espontâneas.

No que tange a saúde pública em consideração às metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, foi possível observar que as nossas ações estão adequadas na grande maioria dos quesitos, e que devemos enfatizar mais o engajamento público em nossas ações, fato que não foi possível observar no primeiro relatório. Também foi importante relatar as atribuições dos profissionais dentro da equipe, qual a função de cada um, e não focar somente no número quantitativo e evidenciar que o número de trabalhadores é insuficiente.

Enfim, somente após o relatório da Análise Situacional me proporcionou uma visão holística e complexa da situação da ESF e APS na UBS onde trabalho, e apesar da unidade ser mista e muitos serviços de saúde estarem funcionando no mesmo lugar, é importante relatar que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infraestrutura, mão de obra qualificada e processos de trabalho bem definidos. Espera-se que esta tríade propicie bom atendimento com as peças organizacionais de que dispõem o que levaria a bons

resultados, mas é importante frisar que processos de qualidade também acontecem em estruturas deficitárias.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

Tendo em vista que os dois principais problemas de saúde públicas mais frequentes no mundo, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus), entendo, enquanto profissional de saúde lotado em Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo, que as políticas públicas de saúde deste município visam melhoria no controle destas patologias e o acompanhamento é realizado conforme protocolo da SMS-SP (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo), com consultas médicas e de enfermagem intercaladas trimestralmente.

A HAS é um importante fator de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. Apesar de apresentar alta prevalência (no Brasil de 22 a 44%), ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS. Dos usuários que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento ou não aderem de forma adequada. A prevalência da HAS aumenta com a idade (cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa). Em mulheres, a prevalência apresenta um aumento significativo após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa. Com relação à raça, além de ser mais comum em indivíduos afrodescendentes (especialmente em mulheres), a HAS é mais grave e apresenta maior taxa de mortalidade (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. É considerada uma doença crônica e um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. As intervenções terapêuticas devem direcionar-se ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas, no sentido de prevenir ou

retardar a progressão da doença para as complicações agudas, bem como evitar complicações causadas a longo prazo, por exemplo, a cetoacidose, acometendo olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos, além de amputações e diminuição considerável da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Falando em aspectos populacionais, a área de abrangência da UBS corresponde a aproximadamente 60000 pessoas, e dessas, cerca de 9000 são cadastradas nas três equipes de ESF. A região central de São Paulo é formada por famílias elitizadas e de baixa renda, evidenciando uma dicotomia relevante, um verdadeiro choque de realidade social. Apesar do grande número de prédios residenciais, a Bela Vista é considerada um bairro comercial, onde muitas empresas funcionam ao seu entorno, principalmente escritórios.

No que tange ao levantamento demográfico utilizado na Análise Situacional, o projeto inicial seria realizar a intervenção nos indivíduos com HAS e DM da UBS como um todo, mas devido aos diversos serviços existentes num mesmo local, como UBS tradicional, CEO e Equipes de ESF, o alto número e falta de controle dos prontuários de usuários ativos e inativos que passam em consulta com os profissionais da UBS (devido a atendimentos espontâneos, onde o usuário procura o serviço somente para o pronto atendimento), e a falta de informações precisas sobre quem são acometidos pelas patologias crônicas, ficou inviável a aplicação do projeto de intervenção com o público total da UBS, ou seja, cerca de 60000 pessoas. Diante deste quadro, foi decidido entre a gerência da unidade e as equipes de ESF que inicialmente aplicaríamos o projeto de intervenção na equipe B como projeto piloto, e depois será transmitido as outras equipes de ESF e UBS num processo de educação continuada, sendo o próximo foco de trabalho com as gestantes e puerpério. Dessa forma, baseamo-nos nos dados do SIAB (Sistema de Informação à Atenção Básica) referente ao mês de Abril/2013 da equipe B da UBS Humaitá, onde consideramos o total de 2774 pessoas cadastradas, sendo 1092 pessoas do sexo masculino e 1682 do sexo feminino, divididos em 985 famílias. Destas, considerando os dados coletados sobre doenças e condições referidas, temos 482 hipertensos e 157 diabéticos e uma população de 2048 pessoas cadastradas maiores de 20 anos.

Levando em consideração o perfil socioeconômico da população onde as pessoas se submetem a jornadas de trabalho exacerbadas e grande perda de tempo no deslocamento de um ponto ao outro da cidade devido ao trânsito, entendemos

estes como fatores importantes para a má adesão à prevenção ou mesmo tratamento para o controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, além da dificuldade de acesso ao atendimento médico, ingesta alimentar inadequada (hipercalórica e hipersódica), a obesidade e o sedentarismo.

Enfim, estes dados foram pontos importantes que nos levaram a escolha de intervir e realizar ação programática de atenção primária em saúde na atenção básica focando a HAS e a DM. Portanto, em decorrência da alta morbimortalidade associada à estas patologias e dos custos elevados para o seu tratamento (principalmente o custo de suas consequências), torna-se imprescindível um diagnóstico e o tratamento adequado para a modificação da história natural dessas patologias. Muitos usuários não têm nenhum acompanhamento médico mesmo morando na área de abrangência da equipe e alguns passam em consulta com o médico da UBS tradicional, que não oferece atendimento multiprofissional como é oferecido nas equipes de ESF, fazendo com que seja de extrema importância a captação deste indivíduo.

2.2 Objetivos e Metas

2.1 Objetivo Geral:

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Equipe B na Unidade Básica de Saúde Humaitá – Dr Joao de Azevedo Lage.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Ampliar cobertura aos indivíduos com HAS e DM.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e diabético aos programas.
3. Melhorar a qualidade do atendimento aos indivíduos com HAS e DM.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover ações de promoção á saúde dos indivíduos com HAS e DM.

2.3 Metas:

Relativa ao objetivo 1:

Meta 1.1: Cadastrar 60% de pessoas com HAS na equipe de ESF do total da área adstrita.

Meta 1.2: Cadastrar 60% de pessoas com DM na equipe de ESF do total da área adstrita.

Relativa ao objetivo 2:

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

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

Relativa ao objetivo 3:

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

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

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

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

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

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

Relativa ao objetivo 4:

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5:

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6:

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para qualificação da atenção á saúde de indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses. A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde Humaitá, localizada na região central da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. A UBS corresponde administrativamente à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, sobre jurisdição da Supervisão Técnica de Saúde do distrito Sé. Buscaremos a implementação de uma ação programática de atenção primária em saúde na atenção básica voltada a atenção em saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, uma vez que a escolha do foco de ação teve como base a análise do SIAB e o levantamento de informações nos prontuários dos usuários acometidos por ambas as patologias, no qual envolveu todos os membros da equipe de ESF B desta UBS.

Alguns dos Instrumentos que utilizaremos para o monitoramento e avaliação foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), denominados “Planilha para Coleta de Dados HAS e DM” e a “Ficha Espelho para HAS e DM” que fora elaborada pelo MS. Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como os prontuários familiares, com foco nas “Fichas A” e “Fichas B”, ambas utilizadas para cadastro e acompanhamento dos indivíduos acometidos por HAS e DM. Todos os meios de coleta de dados serão utilizados durante as semanas da realização da intervenção. Os dados serão analisados e quantificados, gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados.

2.3.1 Detalhamento das Ações

O primeiro objetivo da intervenção é aumentar a cobertura aos usuários com HAS e DM na área de abrangência da equipe B da UBS Humaitá. O município de São Paulo busca atingir uma meta nacional infundida pelo Pacto Pela Saúde no Brasil (Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006), no qual os municípios

nacionais trabalham dentro do processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS (Sistema Único de Saúde) e agora mais recentemente para a implementação do COAPS (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde). Dentre os objetivos, os gestores nacionais colocaram como meta o controle da hipertensão e do diabetes para reduzir os índices nos indicadores de taxa de internações por AVC (Acidente Vascular Cerebral) e a taxa de internação por ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva) na população de 40 anos de idade e mais. Portanto, nesta intervenção buscaremos realizar busca ativa e outras ações para detectar junto à população os indivíduos acometidos por HAS e DM, com intuito de prevenir co-morbidades que advém destas patologias quando não tratadas adequadamente. Atualmente, a equipe de ESF B da UBS Humaitá conta com 2774 pessoas cadastradas, sendo 157 diabéticos e 482 hipertensos. Neste objetivo no eixo de Monitoramento e Avaliação dos objetivos e metas, iremos acompanhar junto ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) a evolução do percentual de cadastro desses usuários, e iremos avaliá-los conforme planilhas de controle para acompanhamento da coleta de dados na intervenção fornecidos pela coordenação pedagógica desta instituição de ensino (Universidade Federal de Pelotas). No eixo de Organização e Gestão do Serviço, para garantir e realizar a melhor gestão possível neste processo iremos cadastrar o maior número possível desses indivíduos durante os meses, melhorando o acolhimento, fornecendo material adequado para medida da pressão arterial (esfigmomanômetro calibrado, manguitos e fitas métricas) no caso da HAS e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste em relação à DM. Para manter o usuário sempre ativo no programa, o enfermeiro realizará consultas mensais e o médico trimestrais. No eixo de Engajamento Público, com intuito de promover a adesão ao tratamento e vinculação da população à ESF, iremos informar a população através do acolhimento, consultas clínicas e durante as atividades em grupos, a existência e o funcionamento dos programas de atenção à HAS e DM, bem como buscaremos informar a comunidade sobre importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e também sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mm/Hg; Nestas atividades também orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. No eixo de Qualificação da Prática Clínica, iremos capacitar o ACS (Agente Comunitário de

Saúde) para o cadastramento de indivíduos hipertensos e diabéticos em toda área de abrangência da equipe e os auxiliares de enfermagem para aferição correta da pressão arterial bem como para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mm/Hg de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Deveremos ainda capacitar a equipe quanto à percepção dos fatores de riscos principalmente aos hipertensos.

No segundo objetivo, no qual pretendemos melhorar a adesão desses indivíduos aos programas, informo que iremos realizar busca-ativa em 100% dos mesmos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Para isso, no eixo de Monitoramento e Avaliação buscaremos monitorar o cumprimento da periodicidade nas consultas previstas no protocolo para não desestimular seu comparecimento à UBS, afastando-o cada vez mais do cuidado com sua saúde. No eixo de Organização e Gestão do Serviço, iremos organizar VD com ACS e auxiliares de enfermagem para buscar os usuários faltosos bem como buscar potenciais cadastros. Neste eixo também buscaremos a implementação da “Agenda Compartilhada” de forma a organizar a agenda do médico e enfermeiro, inclusive, para acolher estes indivíduos provenientes desta busca com vagas espontâneas e explicar sobre os benefícios dos usuários cadastrados na equipe de ESF (como o atendimento multiprofissional com a Equipe NASF). No eixo de Engajamento Público, buscaremos diversas estratégias para divulgar a comunidade sobre a importância de realização das consultas bem como estimularemos a discussão junto à comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos), além de explicar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Para qualificação da prática clínica, iremos capacitar os membros da equipe para enfatizar a importância em realizar consultas periódicas com os profissionais de saúde.

O terceiro objetivo foca em melhorar a qualidade do atendimento ao indivíduo hipertenso e diabético realizado na UBS. Em ambas as três metas estabelecidas, o número a ser alcançado é 100% dos usuários acometidos pelas duas patologias crônicas. A primeira meta denota a realização do exame clínico apropriado, onde no eixo de Organização e Gestão deste processo iremos oferecer capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS e dispô-los de versão atualizada para consulta e estabelecer periodicidade para

atualização dos profissionais através de educação continuada, além de definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes indivíduos. Em relação ao engajamento público e qualificação da prática clínica, usuários e comunidade no geral serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A segunda meta afirma garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo. Para isso, vamos monitorar o número de indivíduos com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados e avaliá-los bimestralmente com consultas de enfermagem. Para organizar e gerir esta ação, devemos garantir a solicitação dos exames complementares e proporcionar coleta de exame de sangue domiciliar para indivíduos acamados e restritos ao lar. Em relação ao engajamento público e qualificação da prática clínica, vamos orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares. A última meta deste objetivo diz respeito em garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular. Vamos monitorar esta ação através do acesso aos medicamentos e sua disponibilização na rede pública, e para avaliar será quantificado o número de indivíduos que fazem uso de medicações não disponibilizadas na atenção básica. Para organizar e gerir este processo, vamos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF. Em relação ao engajamento público e qualificação da prática clínica, vamos orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito do acesso aos medicamentos na farmácia popular e possíveis alternativas para obter este acesso, através de consultas e palestras. Englobaremos também orientações sobre o uso racional dos medicamentos e os riscos da automedicação.

No quarto objetivo, o enfoque é melhorar o registro das informações, mantendo a ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos usuários com HAS e DM. Para o monitoramento e avaliação das ações, buscaremos monitorar a qualidade dos registros destes indivíduos acompanhados na UBS, com avaliações a cada dois meses. No eixo de Organização e Gestão dos Serviços, buscaremos manter as informações do SIAB atualizadas e implantar planilha de controle/registro de acompanhamento. Também devemos organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de

acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Em termos de engajamento público e qualificação da prática clínica, iremos orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso a segunda via do prontuário se necessário, treinar a equipe da UBS no preenchimento de todos os formulários necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

O quinto objetivo relata a importância em mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, no qual iremos realizar a estratificação desta problemática em 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na equipe, uma vez que um quarto destes indivíduos possuem as duas patologias associadas. Dessa forma, no eixo Monitoramento e Avaliação, iremos monitorar estes usuários com realização de pelo menos uma avaliação destes riscos por ano utilizando o escore de Framingham, e para critério de avaliação iremos compará-los anualmente. Em termos de organização e gerência, será priorizado o atendimento a usuários avaliados como de alto risco e organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda. Falando em termos de engajamento público, iremos orientar os indivíduos quanto ao seu nível de risco e importância ao acompanhamento regular e esclarecer quanto ao adequado controle dos fatores de riscos modificáveis (como alimentação e sedentarismo). Já em relação à qualificação da prática clínica, a equipe será qualificada para realizar estratificação de risco segundo anamnese e exame físico ou de lesões em órgãos alvos, além da capacitação quanto estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis e utilização do Escore de Framingham.

Enfim, o sexto e último objetivo diz respeito às ações para a promoção da saúde. A primeira das quatro metas é garantir a avaliação odontológica a 100% dos usuários com HAS e DM. Será monitorada a realização de consultas periódicas anuais destes indivíduos com o dentista. Para organizar e gerir esta ação, será organizada a agenda de atenção à saúde bucal, estabelecendo prioridades de atendimento considerando a classificação de risco odontológico, além de demandar junto ao gestor a oferta de mais consultas. Em termos de engajamento público e qualificação da prática clínica, será necessário buscar parcerias na comunidade reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, bem como

mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilização do atendimento com dentista, além de capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal desses indivíduos. A segunda meta retrata em garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários da equipe. Iremos monitorar a realização da orientação nutricional com palestras e grupos educativos com rodas de conversas na comunidade, incentivando a participação do público nas discussões. Esta ação será organizada através de atendimentos individuais, coletivos e até mesmo no acolhimento, gerenciando a todo tipo de público. Para o engajamento público e a qualificação da prática clínica, iremos orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre importância da alimentação saudável, capacitando a equipe de saúde da unidade sobre práticas da correta ingestão alimentar e sobre metodologias de educação em saúde. A terceira meta enfoca importância em garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos indivíduos. Iremos monitorar a realização desta prática através de visitas domiciliares e outras atividades coletivas com intuito de convidar os usuários, avaliando o empenho em realizar atividade física. Iremos organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e gerenciar junto a equipe de saúde da própria UBS para participação no grupo de caminhada. Para o engajamento público e qualificação da prática clínica, iremos orientar hipertensos, diabéticos e toda comunidade sobre importância em realizar atividade física regularmente, capacitando a equipe sobre metodologias de educação em saúde e procedimentos de aquecimento e alongamento. Para finalizar, a quarta e última meta refere garantir orientação sobre riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na equipe. Esta ação será monitorada através de consultas e atividades coletivas. Apesar de ainda não existirem políticas públicas consolidadas para o combate a este agente agressor não biológico, entendemos que para organizar e gerir esta ação será necessária elaboração de atividades coletivas antitabagismo, evidenciando o engajamento público sobre existência de tratamento para abandonar o tabagismo e promover a qualificação da prática clínica, capacitando a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Para o projeto de intervenção ser concretizado, a ESF deve melhorar a atenção prestada aos adultos portadores de HAS e DM. Dessa forma, o projeto de intervenção foi dividido em seis objetivos para serem alcançados. Para cada meta, ao menos um indicador relacionado permitirá identificar o seu alcance.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à usuários com HAS e DM.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos que moram dentro da área de abrangência da equipe B da UBS Humaitá.

Indicador 1.1: Monitorar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

Numerador: Quantidade de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no programa de atenção aos hipertensos;

Denominador: número total de hipertensos na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos que moram dentro da área de abrangência da equipe B da UBS Humaitá.

Indicador 1.2: Monitorar a cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Numerador: Quantidade de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no programa de atenção aos diabéticos;

Denominador: número total de diabéticos na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e diabético aos programas.

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

Indicador 2.1: 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 2.2: 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 diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa;

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

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento de hipertensos e/ou diabéticos realizado na unidade de saúde.

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

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos com 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 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos com 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 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Indicador 3.4: 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 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular / hiperdia;

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 3.6: 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.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular / hiperdia;

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Meta 5.1: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 5.2: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica;

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica;

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável;

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável;

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde aos hipertensos e diabéticos, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica Nº 16 da Série de Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (Brasília – DF, 2006) e o Caderno de Atenção Básica Nº 15 do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (Brasília – DF, 2006) e também utilizaremos a “Ficha B” do SIAB de acompanhamento desses usuários utilizado no município.

Para o levantamento das informações dos indivíduos tanto nos prontuários quanto nas consultas clínicas, será utilizada a “Ficha Espelho – HAS e DM” disponibilizada pela coordenação pedagógica da UFPel e para acompanhar e monitorar a intervenção semanalmente, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pela coordenação pedagógica da universidade.

Será impresso uma cópia dos protocolos solicitados à gerência da unidade e que ficará disponível para acesso de todos os membros da equipe arquivada no armário do consultório da equipe B da UBS Humaitá. As “Fichas B” (anexos C e D) estão disponíveis no almoxarifado da UBS com quantidade suficiente para implementação da ação, e serão disponibilizadas através de solicitação pelo enfermeiro ao responsável do setor. A impressão das fichas complementares que serão utilizadas ficará a cargo da gerência da unidade ou através de fotocópias disponibilizadas pelo fundo fixo (verba financeira ofertada à UBS pelo parceiro da prefeitura). Caso haja falha neste processo, será solicitado auxílio junto à supervisão do parceiro da UBS, Instituto Sírio Libanês.

Inicialmente será necessária a capacitação da equipe, pois a Análise Situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com os membros. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre a importância da utilização da “Ficha B”, “Planilha de Coleta de Dados” e “Ficha-Espelho”, a fim de manter os dados cadastrais atualizados e alimentar as informações para a intervenção. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS (sala de reuniões) e será ministrado pelo enfermeiro da educação continuada envolvendo todos os ACS, inclusive de outras equipes, para que possivelmente esta intervenção também seja aplicada em sua respectiva área de abrangência. Os recursos áudio

visuais utilizados serão disponibilizados pela gerência da UBS, já que a unidade é contemplada por um Datashow e um Notebook.

O grande enfoque primordial deste trabalho é o tempo necessário para o desenrolar da intervenção que envolve ampliar a cobertura à usuários com HAS e DM e melhorar a adesão destes mesmos aos programas, portanto atendendo ao objetivo número 1 da intervenção (ampliar cobertura à usuários com HAS e DM), será monitorado o número destes indivíduos acometidos por estas patologias através do SIAB com auxílio do ATA (Auxiliar Técnico Administrativo) de equipe, e serão avaliados conforme planilhas de controle para acompanhamento da coleta de dados na intervenção fornecidos pela coordenação pedagógica da UFPel. Para organizar e gerir este serviço, o acolhimento realizado para estes indivíduos será ampliado, enfatizando consultas de enfermagem espontânea no ato em que for verificada alteração nos valores da pressão arterial e glicemia capilar, além de seu cadastro na UBS e posterior agendamento de consulta médica. Também será garantido o fornecimento de materiais adequados para prática dos procedimentos provenientes da enfermagem, sendo realizado um levantamento dos materiais faltantes e solicitação direta à supervisão do Instituto Sírio Libanês. Para o engajamento público, será informada a comunidade sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento destas patologias e sobre rastreamento das mesmas, através de grupos, palestras e visitas domiciliares dos diversos profissionais. Para qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados para o cadastramento / busca ativa de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da equipe B da UBS Humaitá, informando sobre existência de programas de atenção às respectivas patologias. Os auxiliares de enfermagem também serão capacitados para aferição adequada da pressão arterial e hemoglicoteste de forma criteriosa. Capacitação será realizada pelo enfermeiro da equipe durante as reuniões semanais.

Atendendo ao objetivo número 2 (melhorar a adesão do usuários com HAS e DM aos programas), será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo através da análise dos prontuários pelo enfermeiro. Para organizar e gerir o serviço, será organizado busca ativa dos faltosos através dos ACS e auxiliares de enfermagem e ofertado vagas espontâneas para consultas médicas e de enfermagem aos usuários provenientes desta busca ativa. Para o engajamento público, informaremos a comunidade tanto nas VD como nas consultas sobre importância em não faltarem ou passar em consulta médica uma vez ao ano,

esclarecendo sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas. Também iremos ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão destes indivíduos, trabalhando nas opiniões e elaborando estratégias flexíveis para atender a todos os públicos. Para qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados pelo enfermeiro durante as reuniões de equipe para orientações quanto à periodicidade das consultas aos hipertensos e diabéticos.

Em relação aos objetivos de número 3 (melhorar a qualidade do acompanhamento ao hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde), 4 (melhorar o registro das informações) e 6 (promoção da saúde), será necessária a participação de todos os membros da equipe, que incluem ACS, auxiliares de enfermagem, médico e enfermeiro. Dessa forma, a princípio, o enfermeiro vai revisar todos os prontuários dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, analisando a “Ficha B” de cada um, onde será possível levantar informações que atendam a alguns objetivos do projeto de intervenção. Será possível saber se o indivíduo é tabagista, etilista, se realiza dieta adequada, se faz uso da medicação conforme prescrição médica e se realiza exercício físico regularmente, data da última consulta, se teve atendimento odontológico e se participa dos grupos educativos. Para monitorar e gerir estas ações, será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, se exames clínicos e laboratoriais estão apropriados e se as prescrições das medicações estão disponíveis na farmácia popular. Será pactuado junto à equipe sobre a importância em manter os dados atualizados tanto na “Ficha B” quanto no SIAB sendo o enfermeiro e o médico os responsáveis por esta monitoração, além de organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, que ficará a cargo das duas auxiliares de enfermagem da equipe. Serão avaliados 35 prontuários por semana começando pela micro área 1 se expandindo até a de número 6, em ordem numérica dos prontuários, sendo esta ação realizada pelo enfermeiro da equipe. A atualização dos prontuários também será realizada durante as VD de todos os membros da equipe e consultas médicas e de enfermagem. As “Fichas B” serão atualizadas conforme forem sendo revisadas e os indivíduos atendidos. Os usuários que estiverem com exames laboratoriais atrasados, serão encaminhados para

consulta médica. Em relação ao engajamento público e a qualificação da prática clínica, a equipe de ESF será capacitada sobre metodologias de educação em saúde através do enfermeiro da educação continuada e transmitida doutrina à comunidade, informando quanto ao trabalho realizado pela UBS no intuito de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, explicando sobre os programas de hipertensão e diabetes. Também será oferecido atendimento multiprofissional pela equipe NASF, com atendimento de vários profissionais na área da saúde.

Em relação ao objetivo 5 (mapear hipertensos e diabéticos para risco cardiovascular), os usuários serão monitorados com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e serão avaliados com comparações anuais, dando continuidade ao projeto de intervenção mesmo após término do projeto. Serão realizados em consultas médicas e de enfermagem. Para organizar e gerir esta ação, será priorizados indivíduos avaliados como de alto risco e assim será organizada uma agenda para atendimento desta demanda, acompanhando-o trimestralmente. Para o engajamento público, os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular através de consultas, grupos e VD de todos os profissionais da equipe, além de esclarecer quanto a importância do adequado controle de fatores de riscos modificáveis. Para qualificação da prática clínica, médico e enfermeiro serão capacitados para realizar estratificação de risco segundo anamnese e exame físico ou de lesões em órgãos alvo, importância em documentar esta avaliação e capacitar toda equipe quanto estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, promovendo o grupo de caminhada da equipe.

2.3.4 Cronograma

CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO: HAS E DM

ATIVIDADES	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Reunião com os profissionais da equipe para apresentar a intervenção	█															
Organização dos instrumentos de monitoramentos e registros	█															
Organizar a agenda compartilhada para possibilitar o atendimento regular do público alvo	█															
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM	█				█				█				█			
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	█	█														
Cadastramento dos pacientes com HAS e DM residentes na área de abrangência da Equipe B da UBS Humaitá	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM solicitando apoio para captação destes pacientes para as demais estratégias que serão implementadas	█				█				█				█			
Atendimento clínico dos pacientes com HAS e DM	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Grupo de caminhada com aferição de PA e glicemia capilar, roda de conversa e palestras sobre temas variados	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos faltosos	█				█				█				█			
Busca ativa a pacientes com HAS e DM faltosos à consulta				█				█				█				█
Monitoramento da intervenção	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Reunião de equipe para monitoramento e avaliação da ação				█				█				█				█

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Trabalhar focado em um projeto de intervenção voltado para duas das doenças crônicas mais evidentes na população mundial como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, envolvendo dez pessoas de uma mesma equipe de ESF e com todas as atenções voltadas para cerca de 500 usuários, não foi fácil. Além de todo este contexto dificultoso envolvendo vários atores de circunstâncias totalmente diferentes, havia um tempo decorrente para que tudo acontecesse, ou seja, 16 semanas. Existia um marcador neste tempo, denominado cronograma, que ao mesmo tempo em que norteava nossas ações, era implacável na maioria das ocasiões. Muitas vezes tivemos que correr contra o tempo para alcançar o cronograma e organizar nossas ações, para não por tudo a perder.

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

No eixo Organização e Gestão do Serviço, analisando as ações previstas no projeto, desde a primeira semana onde houve uma reunião com os profissionais da equipe para apresentar a intervenção até a organização dos instrumentos de monitoramento e registro, tudo ocorreu de forma adequada. Aliás, a primeira semana foi a mais burocrática de todas e fizemos inúmeras ações voltadas para administração propriamente dita do projeto.

Referente às ações planejadas para este eixo, no primeiro objetivo específico que elencava ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos, garantimos o cadastramento dos usuários moradores da área de abrangência em nossa equipe de

ESF e aumentamos nossa população cadastrada, melhoramos o acolhimento e conseguimos os instrumentos adequados para o atendimento da população (como esfigmomanômetro, manguito adequado, fita métrica, materiais médico hospitalares, entre outros). Também levamos em consideração que era necessário garantir os impressos necessários para o desenvolvimento do trabalho e todos os insumos, como as medicações. Houve um comunicado com o gestor da unidade para disponibilidade dessas ferramentas para que fossem asseguradas e para que o trabalho pudesse ser desenvolvido. A facilidade encontrada foi a disposição da gerência da UBS em conseguir organizar tudo de forma adequada, e a dificuldade foi depender da prefeitura da cidade de São Paulo em comprar alguns instrumentos que estavam em falta por verba insuficiente, como esfigmomanômetro e aparelhos de glicosímetros.

O segundo objetivo específico, que era melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos aos programas, organizamos visitas domiciliares para busca de faltosos e organizamos a agenda para acolher os usuários provenientes da busca ativa. Sobre a facilidade encontrada, cito que já tínhamos uma planilha nominal com os indivíduos acometidos pelas patologias crônicas e sabíamos quem eram, onde estavam e porque faltavam. A dificuldade foi exatamente trazê-los à UBS para consulta reagendada, pois trabalhavam e a maioria das empresas não aceita declaração de horas, somente atestado médico.

No terceiro objetivo, que pactuava melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e diabético, definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários, organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS e estabelecemos periodicidade para atualização dos profissionais, dispondo de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Também orientamos os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, coleta de exame de sangue domiciliar para indivíduos acamados e mantemos um registro dos medicamentos utilizados. A facilidade encontrada foi o empenho da equipe em melhorar a qualidade do atendimento e a dificuldade foi o desligamento de um dos membros, que sobrecarregou o trabalho de todos.

O quarto objetivo, que focava em melhorar o registro das informações, ressaltamos que começamos a manter as informações do SIAB sempre atualizadas, adequamos uma planilha que já existia na equipe com registro específico de

acompanhamento para prioridades que nos alertasse quanto a necessidade de busca ativa dos faltosos e pactuamos que sempre deveria ser atualizada e, por fim, definimos o profissional enfermeiro como responsável pelo monitoramento. A facilidade foi o uso da planilha de prioridades propriamente dita e a dificuldade foi estabelecer um horário específico na reunião de equipe para a atualização desta planilha e manter a periodicidade semanal.

O quinto objetivo, que era mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, monitoramos o número desses usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e no futuro faremos comparações anuais. A facilidade foi que a grande maioria dos indivíduos já estava com os exames complementares em dia e a dificuldade encontrada diz respeito aos prontuários que estavam desorganizados, com Ficha B desatualizada.

No sexto objetivo, promoção da saúde, organizamos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar o atendimento dos hipertensos e diabéticos e estabelecemos prioridades para o atendimento, providenciamos práticas coletivas de alimentação saudável, atividade física e antitabagismo. O ponto positivo foi o grupo de caminhada, onde conseguimos muitos adeptos e trabalhamos com diversos temas, e o ponto negativo foi o atendimento odontológico propriamente dito, devido ao número insuficiente de profissionais.



Figura 3: Fotografia do café da manhã com os participantes do grupo de caminhada realizado em 11/04/2014.

Comentando sobre as atividades desenvolvidas durante a intervenção, saliento que uma das grandes preocupações foi em relação à organização da agenda compartilhada dos profissionais para possibilitar o atendimento regular do público alvo devido ao alto número de usuários. Havia um plano a ser traçado, denominado projeto de intervenção, e seu embasamento se dava em atender a população. O problema é que a agenda do médico já estava bastante ocupada e não restariam vagas suficientes, portanto foi necessário remanejar algumas consultas. Para que isso ocorresse sem grandes impactos, capacitamos os profissionais de saúde da UBS de forma bem didática sobre o protocolo de HAS e DM, principalmente os profissionais ACS, de modo que auxiliou e muito na incumbência do próximo quesito, que foi estabelecer o papel de cada membro da equipe. Explicar sobre a importância de cada profissional teoricamente foi uma das tarefas mais difíceis, pois a priori acreditaram que seria uma tarefa a mais para desenvolver no dia-a-dia.

Outro grande desafio foi ter que cadastrar os usuários com HAS e DM residentes na área de abrangência da equipe, pois passavam em consulta com os médicos clínicos gerais da UBS. Grande parte desses indivíduos faz o acompanhamento há anos, e não queriam ser cadastrados na equipe e ter que trocar de médico. Fizemos um grande esforço no sentido de persuadir as pessoas, e conseguimos cadastrar muitos usuários principalmente diabéticos insulino dependentes. A importância do cadastramento foi lembrada nas reuniões de equipe, e foi realizado nas 16 semanas. Durante a intervenção, uma das coisas que mais surpreendeu foi avaliar de maneira sucinta a quantidade de cadastros e descadastros dos usuários. Eu sempre observava no final do fechamento que algumas famílias eram descadastradas e outras aderiam ao programa, mas no limiar das contas sempre ficavam equilibradas. Mas observando o dia-a-dia das ACS, pude perceber que o território é realmente bastante dinâmico, todos os dias existem famílias querendo entrar ou sair do programa, por motivos singulares, ou porque mudaram de residência, ou porque conseguiram convênio particular e não precisam mais da saúde pública. É realmente uma tarefa árdua manter o nível de cadastro das famílias, tentando fazer que haja um superávit de famílias incluídas no balanço final. Iniciamos a intervenção com 985 famílias, e hoje contamos com 1022 sob nossa responsabilidade. Não saindo do foco e relatando o mesmo tema, os atendimentos clínicos ocorreram da melhor maneira possível, apesar de muitos

compromissos dentro dos horários de atendimento, tanto do médico quanto do enfermeiro. Foram cursos, reuniões, emenda de feriados entre outros motivos que nos fizeram fechar a agenda e perdermos vagas preciosas. Mas conseguimos superar as metas, sempre focado no quantitativo semanal, adaptando horários e atendendo os usuários da melhor maneira possível. De modo geral houve poucas faltas tanto com o médico quanto com enfermeiro, e das ausências observadas fizemos uma breve capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários faltosos. Foram quatro encontros durante a intervenção em que falamos sobre esse tema e tivemos resultados surpreendentes, pois quase todos que realizamos busca ativa retornaram nas consultas posteriormente agendadas. É importante ressaltar que a grande maioria das faltas se dava ao fato de que os padrões não os liberavam para as consultas, e não o fato de serem omissos com sua saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica, além das capacitações previstas que englobam todos os objetivos em suas especificidades, no qual utilizamos os protocolos do Ministério da Saúde, Série Caderno de Atenção Básica nº 36 Diabetes Mellitus e 37 Hipertensão Arterial Sistêmica, ressalto que a maior importância foi treinar a equipe para o registro adequado de todas as informações necessárias ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Elencamos que a grande dificuldade encontrada foi exatamente a falta dessas informações, principalmente em relação ao cadastro de forma inapropriada, onde o usuário agendava consulta com médico sem ao menos estar cadastrado na equipe. Outro grande desafio foi que alguns prontuários simplesmente “desapareciam” das prateleiras, e o médico ou enfermeiro ficava sem o histórico na hora do atendimento. Acordamos que sempre nos dias de reunião de equipe, a ordem dos prontuários era revisada nas prateleiras e descobrimos que os prontuários não “sumiam”, mas sim arquivados em micro áreas erradas. Portanto, o ponto positivo deste eixo foi exatamente estabelecer métodos para melhorias no desenvolvimento das atividades do dia-a-dia.

No eixo Monitoramento e Avaliação, o grande sistema de informação que utilizamos na atenção básica é igual de todas as UBS, ou seja, o SIAB. Quando introduzimos a ficha espelho para HAS e DM foi uma grande negativa de todos os membros, que no início, de certa forma, me frustrou. Todos acharam que seria uma ficha a mais para preencher e que não tinham tempo para tal. Explicar que neste primeiro momento seria um tanto quanto trabalhoso o preenchimento da ficha, mas

que depois dos dados compilados valeria a pena os esforços realizados levou tempo. Mas depois foram observando e perceberam que na própria prática profissional é mais simples manipular uma planilha e ir atualizando informações do que ficar atendendo o usuário sem ter nenhuma referência da visita passada, ou a informação não estar de fácil visualização.

Em nossas reuniões de equipe sempre ressaltai a importância de cada membro, e sempre monitorava a intervenção através de consolidados praticamente diários. Uma das ferramentas que muito nos auxiliou foi o fato de já termos uma lista nominal com os indivíduos hipertensos, diabéticos, gestantes, usuários de substâncias psicoativas, crianças menores de dois anos e mulheres acima de 45 anos para rastreamento de câncer de mama e colo do útero. Todos estes dados estão digitalizados, o que nos proporcionou um ganho de tempo enorme no projeto de intervenção. Saber quem são e onde moram foi um passo muito importante e que auxiliou e muito na monitoração do projeto. A avaliação dos dados sempre ocorria na quarta semana, e isso fez com que planejássemos e recalculássemos o cronograma, sempre com ênfase no atendimento integral dos usuários.

No eixo de Engajamento Público, vejo que o grupo de caminhada foi uma das ações mais positivas. Planejar uma atividade coletiva que dependa de outras pessoas, principalmente dos usuários, sempre é um grande desafio. O grupo começou pequeno, com participantes tímidos e logo se tornou um grande ponto de encontro. A forma de divulgação foi através de um boca-a-boca entre os próprios usuários da área de abrangência, convite e conversa durante as consultas tanto médicas quanto de enfermagem, que acabou dando um bom resultado. A importância deste grupo na comunidade foi percebida rapidamente, pois ajudou a aproximar os usuários com os membros da equipe e a melhorar o relacionamento social entre os próprios participantes, pois a maioria são pessoas com mais de 60 anos e que aguardam veementemente o dia do grupo para encontrar com os amigos do grupo. Algumas amizades se solidificaram e até marcam encontros para outras atividades, como compras no mercado, feira, frequentar grupos religiosos, entre outros. A participação de toda equipe foi a essência desse sucesso, e uma das auxiliares de enfermagem foi a grande precursora, pontualmente iniciando o grupo e interagindo com todos.

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

Uma das ações do cronograma que não concluímos foi o de conseguir contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM solicitando apoio para captação destes usuários para as demais estratégias que serão implementadas, pois nos reunimos somente uma vez com uma representante comunitária para efetivarmos um projeto de limpeza na Rua Humaitá, logradouro onde a UBS está inserida, já que em ambos os lados da unidade existem duas escolas e uma creche. A nossa ideia é de conscientizar os próprios moradores dos prédios, alunos e outras pessoas para manterem a rua limpa, uma vez que, de fato, é bastante suja. Comentei sobre o grupo de caminhada, onde cinco das participantes moram nesta rua e poderiam nos auxiliar, num evento que primeiramente iríamos realizar uma faxina geral varrendo a rua. O grande intuito é fazer com que as pessoas realizem exercícios físicos em prol de uma ação de cidadania. Infelizmente a líder comunitária teve que viajar e ficou bastante tempo sem retornar o contato, de modo que retardou o andamento da intervenção.

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

Eixo Monitoramento e Avaliação:

De modo geral não houve dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção. O grande fator prejudicial foi que em algumas ocasiões o enfermeiro tinha outros compromissos no decorrer da semana, e algumas tarefas do projeto de intervenção, principalmente a administrativa, ficavam sobrecarregadas em um único dia. Mas como ponto positivo e já citado anteriormente, a equipe possui uma lista nominal dos usuários com HAS e DM o que auxiliou e muito no fechamento das planilhas para coleta de dados. O cálculo dos indicadores era automático, portanto bastava apenas inserir os dados.

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

Avaliamos todo o processo da intervenção como positiva, e a equipe oficializará um termo de compromisso indicando que iremos continuar com este modo de monitoramento, que muito nos auxiliou na busca progressiva e continua da qualidade do atendimento prestado aos nossos usuários. Enfatizo que é revigorante apreciar este aprendizado, que aliado a força de vontade da equipe, iremos aprimorar cada vez mais o vínculo já estabelecido com a população, estreitando ainda mais a relação usuário – equipe de ESF.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos adultos acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) com mais de 20 anos de idade, na área adstrita da equipe B da UBS Humaitá.

Na área de abrangência da equipe B da UBS Humaitá existem 2774 pessoas cadastradas, sendo estimado para esta população, dentre os maiores de 20 anos de idade, termos 585 hipertensos e 167 diabéticos. De acordo com o levantamento realizado na Análise Situacional, tínhamos cadastrados na nossa UBS 482 hipertensos e 162 diabéticos e estes eram o público que buscaríamos acompanhar durante toda a intervenção de forma a qualificar ainda mais a atenção aos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com HAS e DM.

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 60% dos usuários acometidos por HAS e DM que moram dentro da área de abrangência da equipe B da UBS Humaitá.

Indicador 1.1 e 1.2: Proporção de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus entre o número total desses usuários residentes na área de abrangência da equipe de ESF.

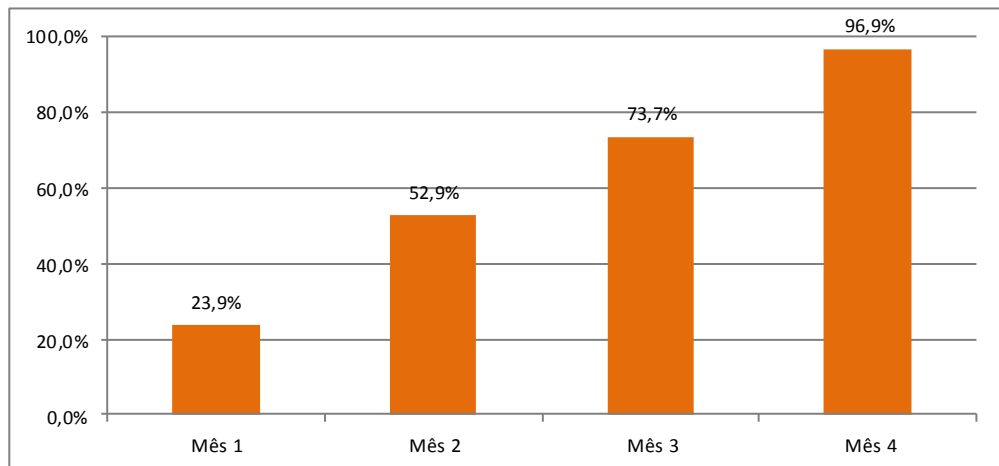


Figura 4: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

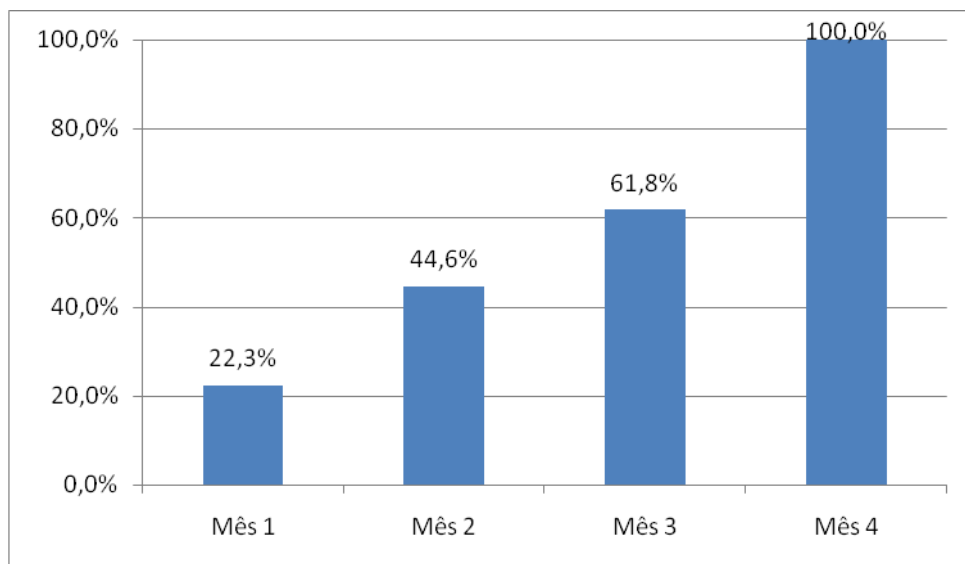


Figura 5: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 115 hipertensos (23,9%) e 35 diabéticos (22,3%). No segundo mês já estávamos com 255 hipertensos (52,9%) e 70 diabéticos (44,6%), no terceiro com 355 hipertensos (73,7%) e 97 diabéticos (61,8%) e no quarto mês concluímos a intervenção com 467 hipertensos e 157 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 96,9% e 100% respectivamente destes usuários maiores de 20 anos de idade, conforme Figura 4 e Figura 5.

Para alcançarmos estas metas, realizamos busca ativa na área de abrangência da equipe de ESF e explicamos aos usuários que passam em consulta com os clínicos da UBS e até mesmo os que não fazem acompanhamento por utilizarem outros equipamentos de saúde sobre a importância em estar cadastrado nesta equipe, devido ao acompanhamento efetivado por uma equipe multiprofissional e mais qualificada para realizar a promoção da saúde.

A principal dificuldade encontrada diz respeito ao fato dos usuários moradores da área de abrangência portadores das patologias crônicas passarem em consultas com os clínicos da UBS há muito tempo e não queriam ser cadastrados na equipe de ESF e ter que trocar de médico, e a facilidade encontrada ou o grande ponto positivo a ser citado, foi o engajamento da equipe em cadastrar mais famílias.

Objetivo 2: Melhorar adesão do hipertenso e diabético aos programas.

Meta 2.1 e 2.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.1 e 2.2: Proporção do número de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa entre número total desses usuários cadastrados na equipe de ESF faltosos as consultas.

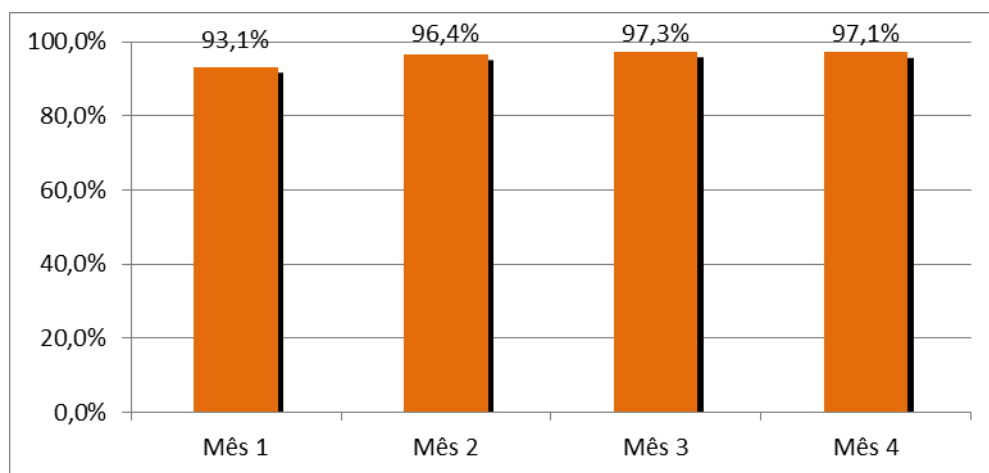


Figura 6: Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

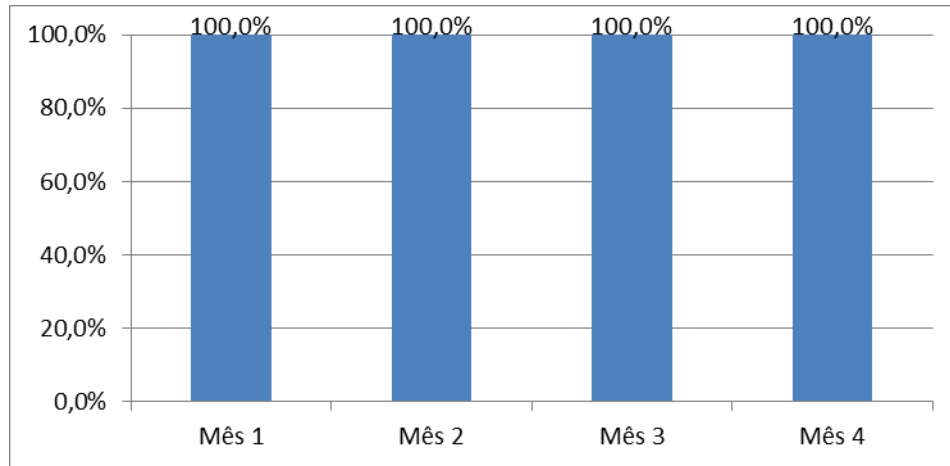


Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com busca ativa de 27 hipertensos (93,1%) e 5 diabéticos (100%). No segundo mês, atingimos 55 hipertensos (96,5%) e 10 diabéticos (100%), no terceiro mês alcançamos 71 hipertensos (97,3%) e 13 diabéticos (100%). No quarto e último mês, concluímos a intervenção com 66 hipertensos e 12 diabéticos, ou seja, 97,1% e 100% respectivamente, conforme Figura 6 e Figura 7.

Para o alcance destas metas, realizamos um levantamento semanal dos usuários faltosos e discutíamos na semana subsequente em reunião de equipe, no qual eram convocados novamente através da visita domiciliar do ACS. Na maioria das vezes os usuários foram encontrados e avisados pessoalmente, mas em alguns casos foi necessário deixar um comunicado por escrito na portaria do prédio informando sobre a importância da consulta.

A dificuldade a ser relatada foram as festas de fim de ano onde alguns indivíduos não foram encontrados, comprovados pelos números percentuais diminutos em relação ao terceiro mês. A grande facilidade encontrada foi a possibilidade de fazermos uma breve capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários faltosos. Foram quatro encontros durante a intervenção em que falamos sobre esse tema e tivemos resultados surpreendentes, pois quase todos os usuários que realizamos busca ativa retornaram nas consultas posteriormente agendadas.

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

Meta 3.1 e 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 3.1 e 3.2: Proporção do número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado entre número total desses usuários cadastrados na equipe de ESF.

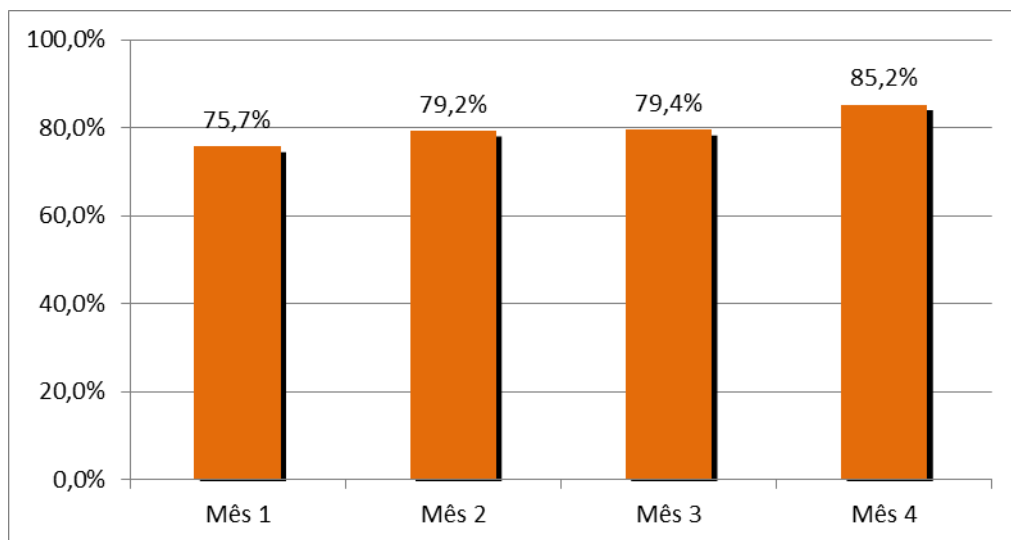


Figura 8: Gráfico da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

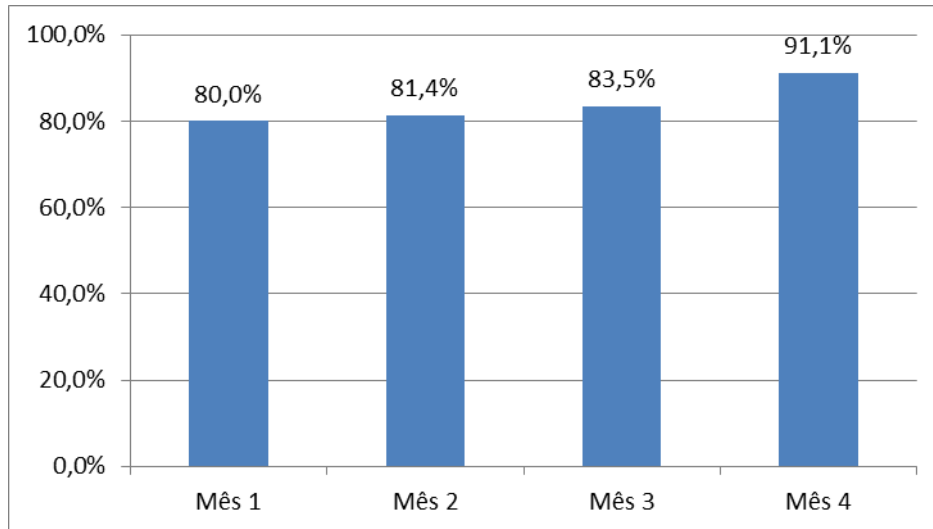


Figura 9: Gráfico da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 87 hipertensos (75,7%) e 28 diabéticos (80%). No segundo mês atingimos 202 hipertensos (79,2%) e 57 diabéticos (81,4%). No terceiro mês mais que triplicamos a quantidade dos usuários em relação ao início da intervenção, e alcançamos 282 hipertensos (79,4%) e 81 diabéticos (83,5%). Finalizamos a intervenção com 398 hipertensos e 143 diabéticos com exame clínico apropriado, ou seja, 85,2% e 91,1% respectivamente, conforme Figura 8 e Figura 9.

Para o alcance destas metas, foram solicitadas vagas espontâneas na agenda do médico com utilização das vagas de reserva técnica no qual se somam quatro por dia. Já os usuários assíduos e compensados em relação à terapia medicamentosa passavam em consulta com enfermeiro em um dia da semana, totalizando 12 vagas.

Saliento que uma das grandes dificuldades foi em relação à organização da agenda compartilhada dos profissionais para possibilitar o atendimento regular do público alvo devido ao alto número de usuários, pois a agenda do médico já estava bastante ocupada e não restariam vagas suficientes. A facilidade foi o entendimento da população para o enfrentamento deste transtorno.

Meta 3.3 e 3.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.1 e 3.2: Proporção do número total de hipertensos e diabéticos com exame complementar em dia entre o número desses usuários cadastrados na equipe de ESF.

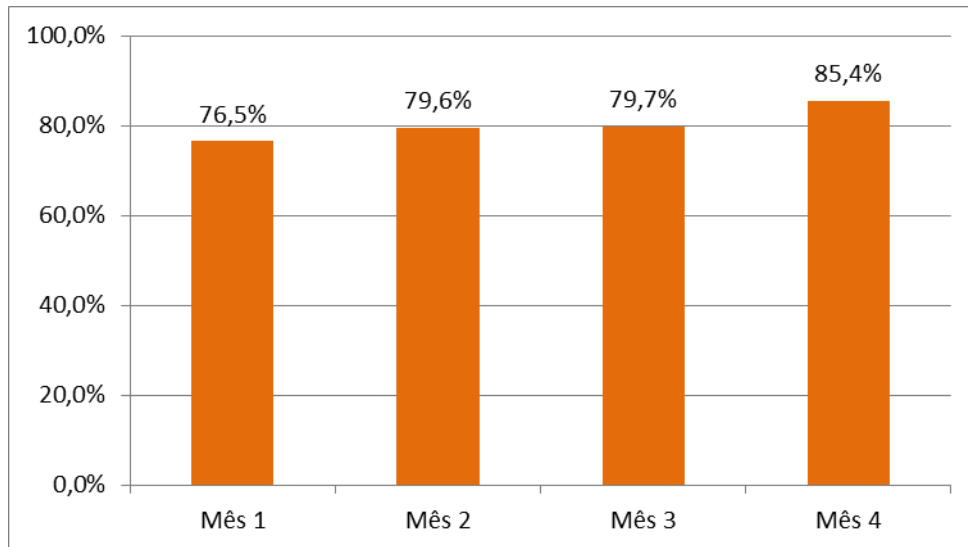


Figura 10: Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

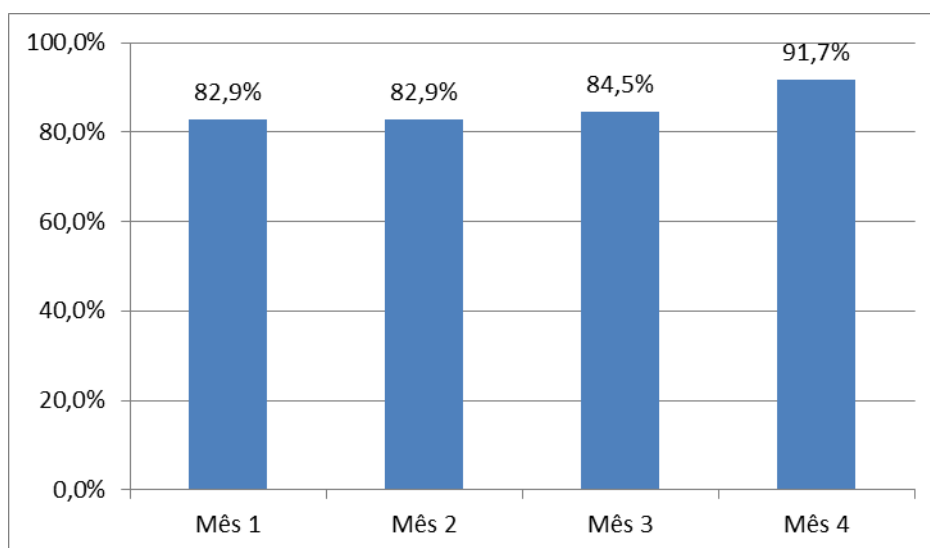


Figura 11: Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 88 hipertensos (76,5%) e 29 diabéticos (82,9%). No segundo mês, atingimos 203 hipertensos (79,6%) e nos mantemos estáveis em relação ao percentual dos diabéticos, com 58 pessoas. Já no terceiro mês, alcançamos 283 indivíduos com HAS (79,7%) e 82 com DM (84,5%). Apesar de uma melhora significativa no quarto mês, ainda não havíamos atingido a meta, pois verificamos 399 usuários com hipertensão (85,4%) e saltamos para 144 diabéticos (91,7%). Entre o segundo e terceiro mês, houve uma evolução muito pequena devido a férias de uma das auxiliares de enfermagem da equipe, conforme Figura 10 e Figura 11.

Para o alcance destas metas, os usuários passavam em consultas médicas agendadas ou vagas espontâneas como explicado anteriormente. Os mais assíduos e compensados em relação à terapia medicamentosa e que estavam com os exames complementares atrasados, passavam em consulta com o enfermeiro e em reunião de equipe discutíamos o caso e o médico fazia a solicitação dos exames.

A facilidade encontrada foi o fato da grande maioria dos usuários já estarem com os exames complementares em dia, uma vez que possuem validade de um ano. A dificuldade encontrada foram os acamados e restritos ao lar, onde somados, equivalem a 52 indivíduos no qual tínhamos que deslocar uma auxiliar de enfermagem três vezes por semana para coleta de exames laboratoriais em domicílio.

Meta 3.5 e 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF.

Indicador 3.5 e 3.6: Proporção do número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia entre o número desses usuários com prescrição de medicamentos.

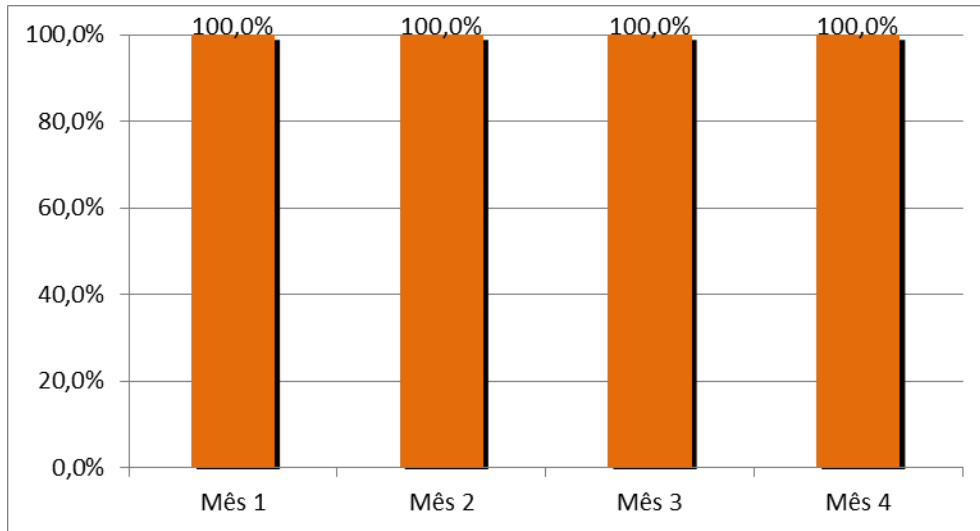


Figura 12: Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

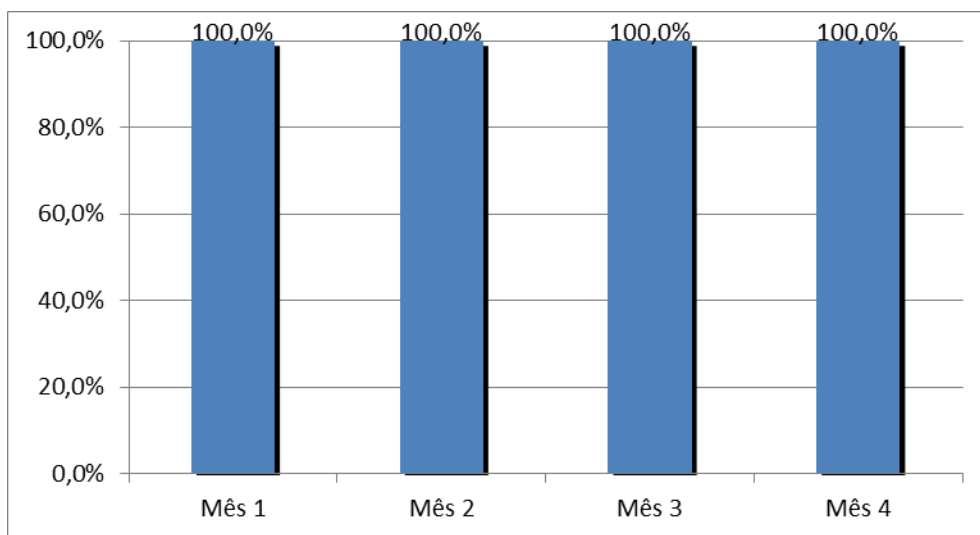


Figura 13: Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Todos os nossos hipertensos e diabéticos que recebiam medicamentos conseguiam retirá-los na farmácia da própria UBS ou alguns deles recebiam medicamentos de alto custo como a insulina Lanthus e conseguiam retirar em um centro de especialidades, mas também gratuitamente. Desde o início da intervenção 100% dos nossos usuários conseguem retirar medicamentos sem nenhum custo. Foram acompanhados 115, 255, 355 e 461 hipertensos durante os meses 1, 2, 3 e 4

respectivamente. Em relação aos diabéticos, foram 35, 70, 97 e 156 indivíduos atendidos durante o mesmo período, conforme Figura 12 e Figura 13.

Para o alcance desta meta, utilizamos a ficha espelho disponibilizada pela universidade e aplicamos em todos os portadores das patologias crônicas. A grande surpresa foi que, de fato, todos os usuários tinham prescrição de medicamentos no qual conseguiam retirar na própria UBS ou em algum outro equipamento de saúde pública, gratuitamente.

A facilidade encontrada é que dificilmente há falta de medicamentos na farmácia da UBS, e a dificuldade é que nossa equipe ainda não tinha um instrumento que controlava o uso das medicações, portanto verificamos e analisamos cada um dos prontuários.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF.

Indicadores 4.1 e 4.2: Proporção do número de hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total desses usuários cadastrados na equipe.

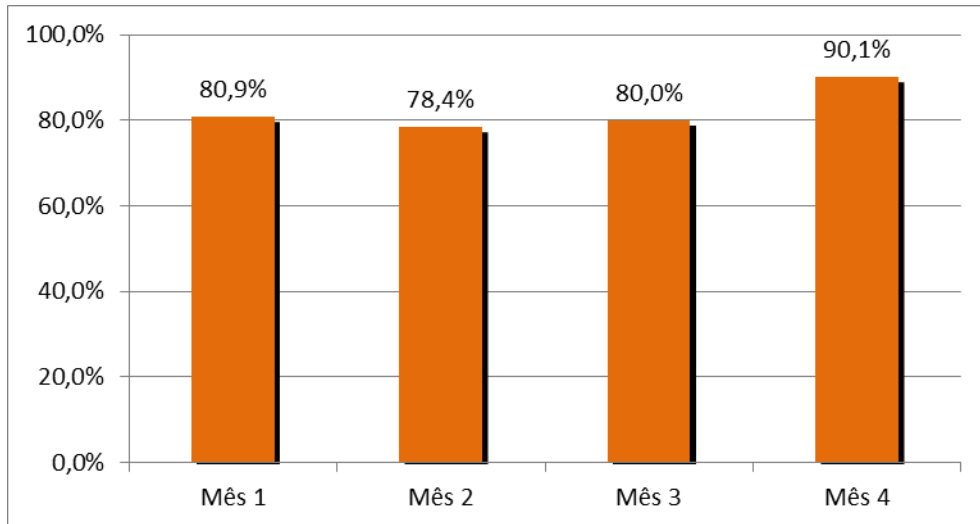


Figura 14: Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

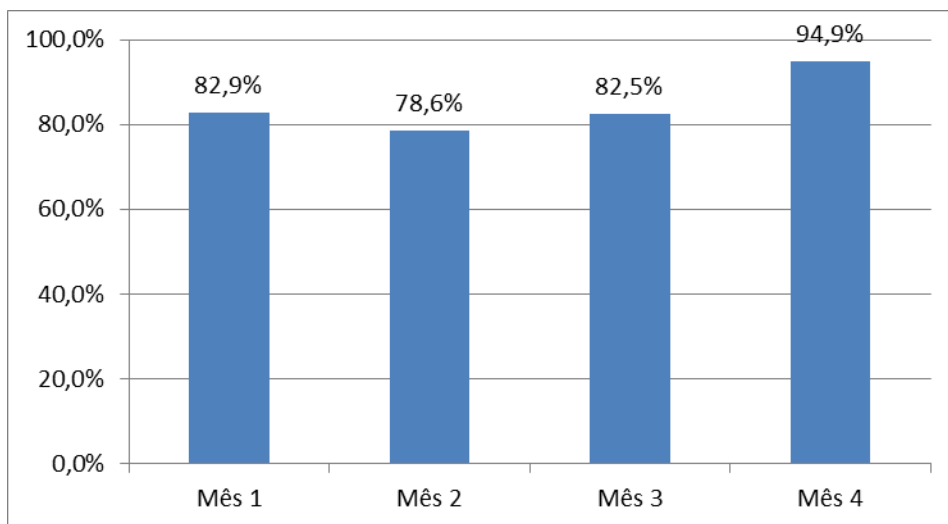


Figura 15: Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 93 hipertensos (80,9%) e 29 diabéticos (82,9%). Houve uma redução do percentual no segundo mês devido a um erro no processo de interpretação e revisão dos prontuários, onde verificamos 200 hipertensos e somente 78,4% estavam com registro adequado, e 55 diabéticos com 78,6%. Reorganizamo-nos e no terceiro mês atingimos 284 hipertensos (80%) e 80 diabéticos (82,5%). No quarto e último mês mantivemos a melhora do percentual, e

conseguimos alcançar 421 indivíduos com HAS (90,1%) e 149 com DM (94,9%), conforme Figura 14 e Figura 15.

Para o alcance desta meta, realizamos levantamento de todos os prontuários dos indivíduos portadores de HAS e DM. Os que estavam com dados incompletos eram convocados para consulta com médico ou enfermeiro, dependendo da complexidade da informação. Em alguns casos gerou-se dúvida para realização desta tarefa, no qual era levada para reunião de equipe e chegávamos a um consenso após opinião de todos os membros.

A grande facilidade e uma das ferramentas que muito nos auxiliou foi o fato de já termos uma lista nominal dos hipertensos e diabéticos. Todos estes dados estão digitalizados, o que nos proporcionou um ganho de tempo enorme no projeto de intervenção. Saber quem são e onde moram foi um passo muito importante e que auxiliou e muito na monitoração do projeto, ainda mais que a grande dificuldade foi quando uma de nossas ACS foi desligada da equipe, o que sobrecarregou o trabalho de todos.

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

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF.

Indicadores 5.1 e 5.2: Proporção do número de hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF com estratificação do risco cardiovascular entre o número total desses usuários cadastrados na equipe.

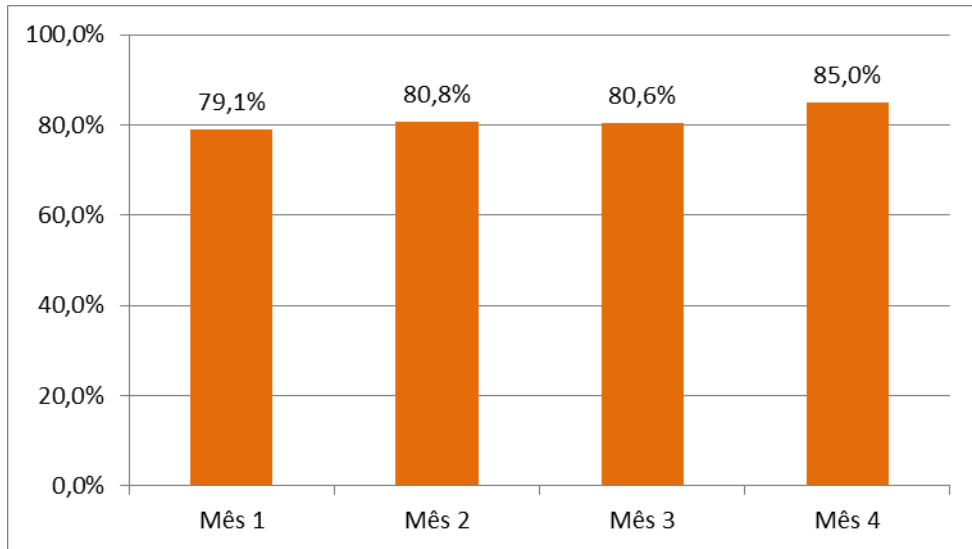


Figura 16: Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

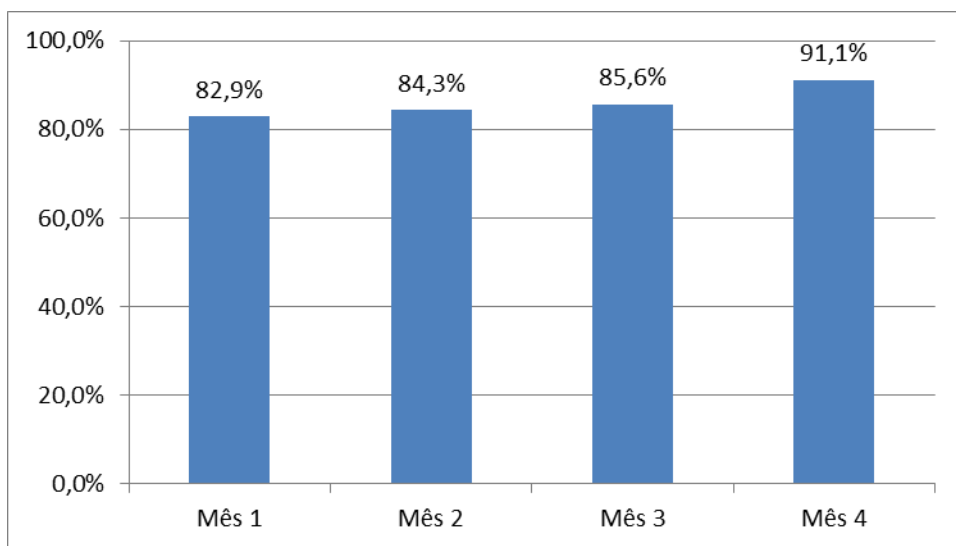


Figura 17: Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 91 hipertensos (79,1%) e 29 diabéticos (82,9%). No segundo mês evoluímos, alcançando 206 hipertensos (80,8%) e 59 diabéticos (84,3%), no terceiro mês ficamos estáveis mantendo praticamente os mesmos números percentuais, com 286 indivíduos com HAS (80,6%) e 83 com DM (85,6%). Encerramos a intervenção alcançando um percentual não estimado devido à

evolução dos meses anteriores e nos gratificamos com o trabalho, atingindo 397 hipertensos (85%) e 143 diabéticos (91,1%), conforme Figura 16 e Figura 17.

Para o alcance desta meta, realizamos o levantamento dos dados nos prontuários dos usuários que estavam com todas as informações completas. Em algumas ocasiões, os indivíduos eram convocados para consulta com médico ou enfermeiro após discussão do caso em reunião de equipe para complementação dos dados, com intuito da tarefa ser realizada adequadamente.

Atender os usuários e classifica-los conforme o risco para doença cardiovascular de certa forma foi uma tarefa fácil, pois a grande maioria já estava com os exames complementares em dia. A dificuldade encontrada foram os usuários que ainda necessitavam realizar os exames laboratoriais, uma vez que os mesmos demoram cerca de 20 dias para estarem prontos. Obviamente que a intervenção continuará pelo fato de já estar inserido à rotina da equipe, mas nos indivíduos das duas últimas semanas não foi possível realizar a estratificação do risco cardiovascular, pois não havia tempo hábil para tal.

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1 e 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.1 e 6.2: Proporção do número de hipertensos e diabéticos que realizaram avaliação odontológica entre o número desses usuários cadastrados na equipe.

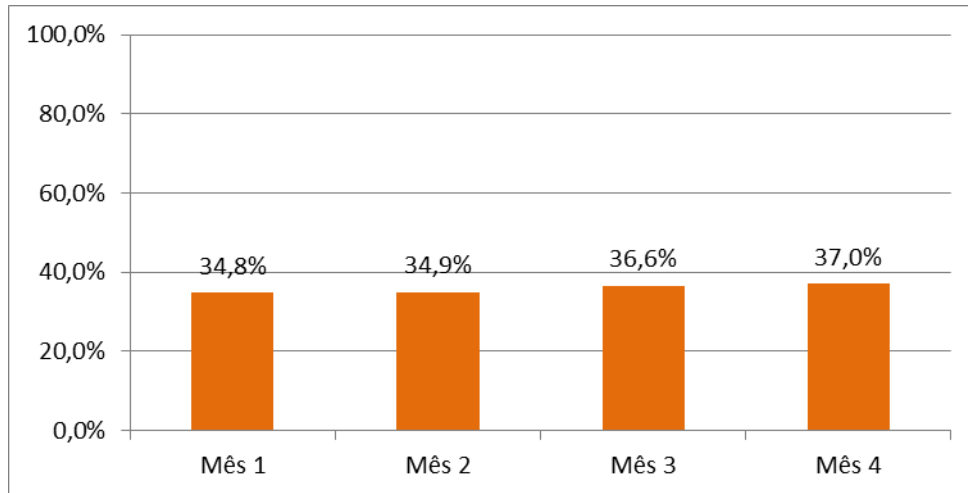


Figura 18: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

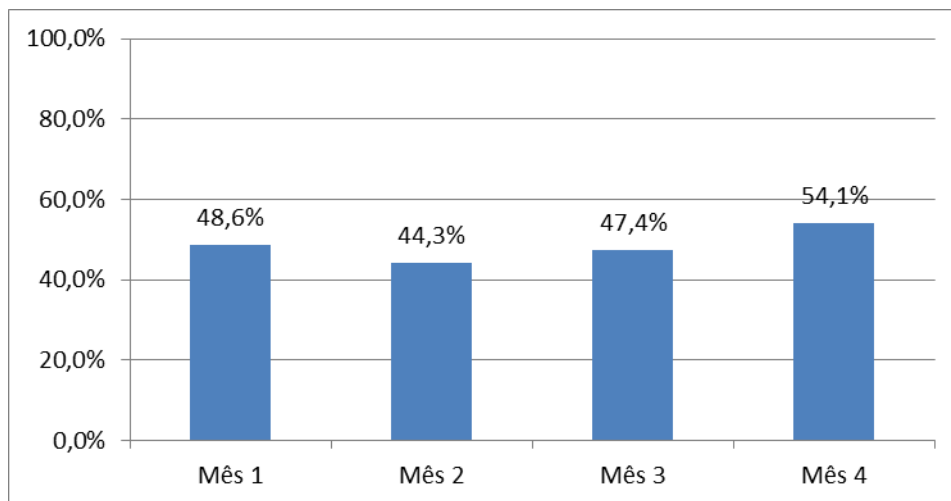


Figura 19: Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 40 hipertensos (34,8%) e 17 diabéticos (48,6%), no segundo mês atingimos 89 indivíduos com HAS (34,9%) e 31 com DM (44,3%), no terceiro mês 130 hipertensos (36,6%) e 46 diabéticos (47,4%). Já no último mês, alcançamos a marca de 173 hipertensos (37%) e 85 diabéticos (54,1%), conforme Figura 18 e Figura 19.

Para o alcance desta meta, realizamos levantamento junto à equipe de saúde bucal dos usuários que já haviam passado pela triagem da odontologia. Os que ainda não haviam passado foi realizada uma classificação de risco dos casos mais

complexos e assim elaboramos uma lista de espera, onde foram convocados conforme sua classificação. Mesmo com o término da intervenção a lista de espera está sendo atendida, mas a previsão do atendimento para o usuário em última colocação gira em torno de cinco meses.

A facilidade encontrada foi o apoio da equipe odontológica que supriu as nossas necessidades na medida do possível matriciando casos considerados mais graves ou complexos, já que existe apenas uma ESB para as três equipes de ESF. A grande dificuldade foi garantir a consulta de retorno com o profissional da saúde bucal, uma vez que o tratamento dentário demora certo período de tempo que varia de caso para caso.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.3 e 6.4: Proporção do número de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número desses usuários cadastrados na equipe.

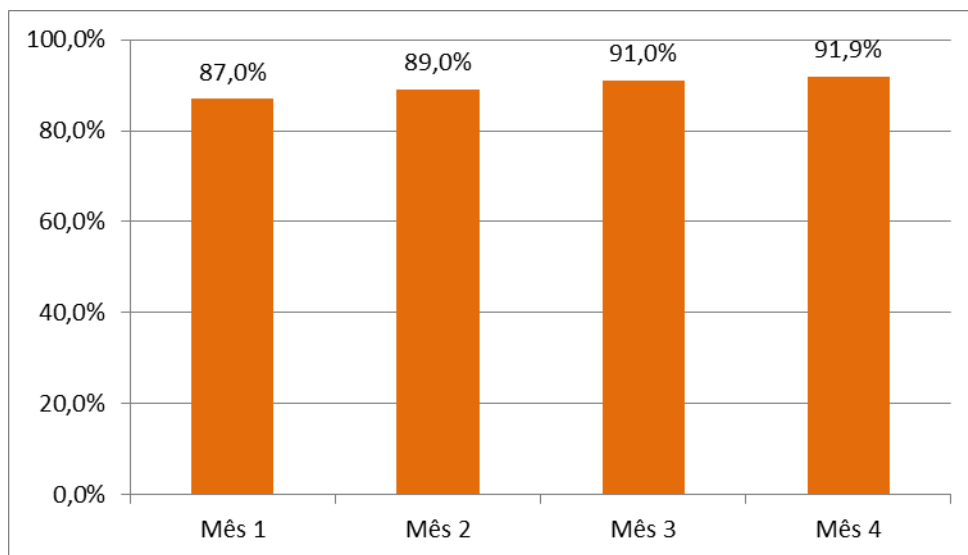


Figura 20: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

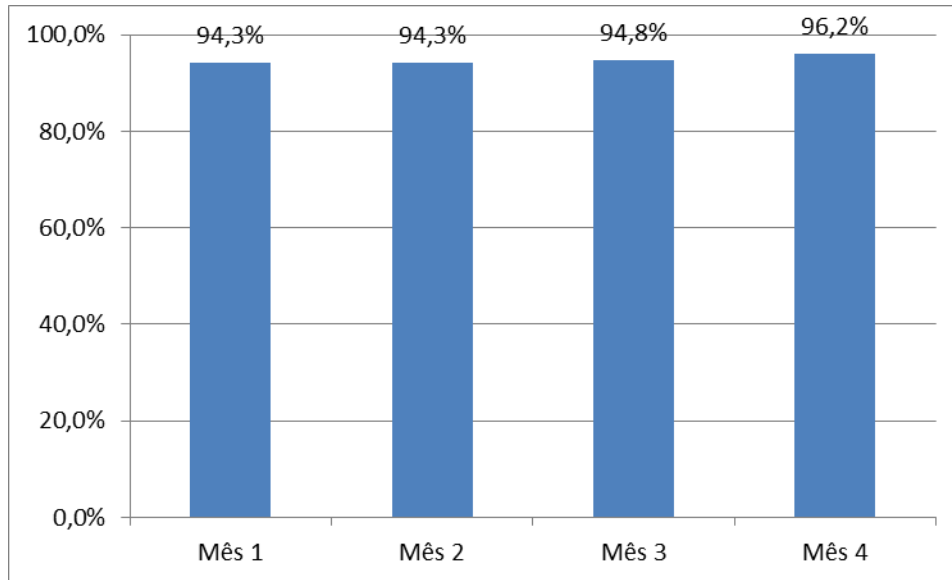


Figura 21: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Logo no primeiro mês obtivemos um percentual bastante satisfatório tanto para hipertensos quanto diabéticos, atingindo 100 indivíduos com HAS (87%) e 33 com DM (94,3%). No segundo mês evoluímos para 227 hipertensos (89%) e 66 diabéticos (94,3%), no terceiro mês, 323 com HAS (91%) e 92 com DM (94,8%). Finalizamos com 429 hipertensos (91,9%) e 151 diabéticos (96,2%), conforme Figura 20 e Figura 21.

Para o alcance desta meta, as informações foram transmitidas aos usuários através das consultas médicas, do enfermeiro e visita domiciliar de todos os membros da equipe, além da realização dos grupos e outras atividades coletivas.

A facilidade encontrada foi capacitar a equipe sobre práticas da correta ingestão alimentar e sobre metodologias de educação em saúde, uma vez que este assunto foi de extremo interesse de todos. A dificuldade foi encontrar um espaço para práticas de atividades coletivas, já que o grupo de caminhada acontece no estacionamento da UBS e a sala de reuniões já está ocupada quando retornamos.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.5 e 6.6: Proporção do número de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular entre o número desses usuários cadastrados na equipe.

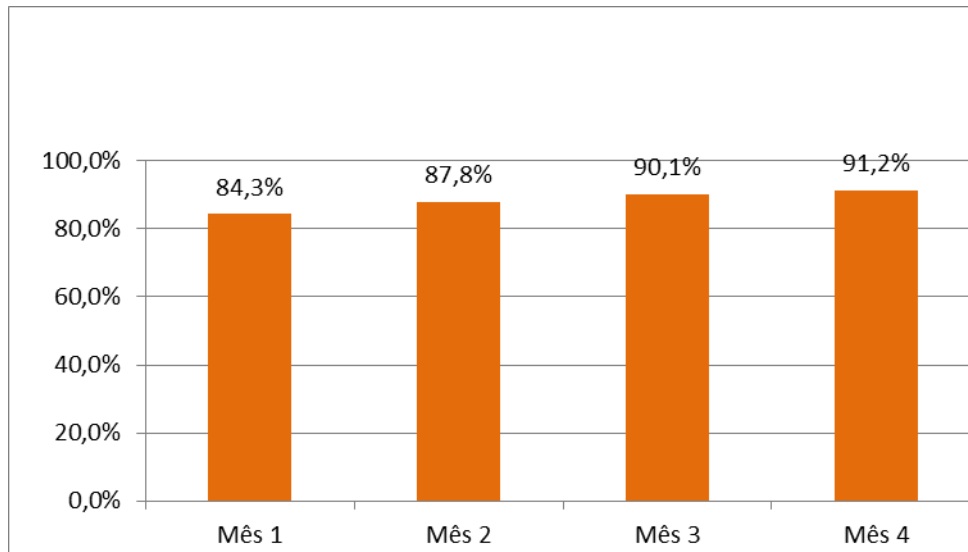


Figura 22: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

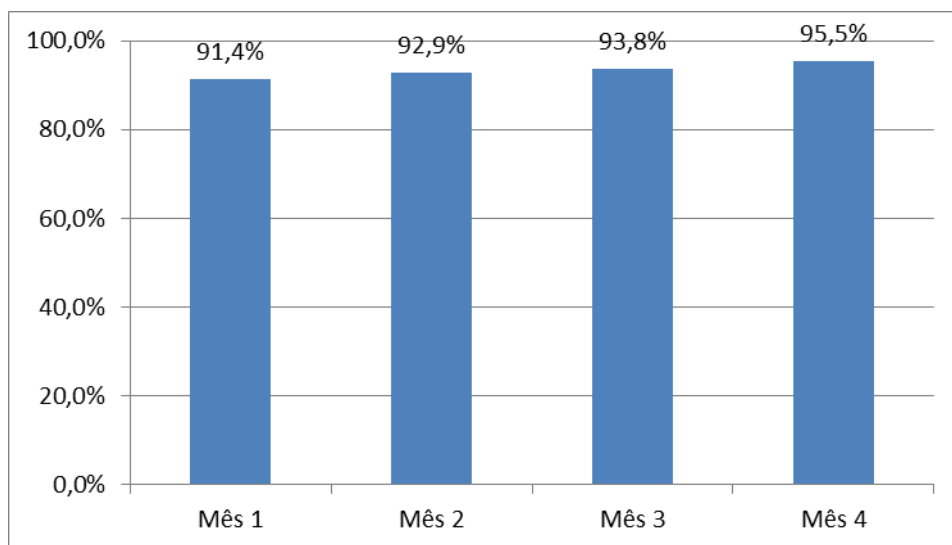


Figura 23: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

A intervenção iniciou com 97 hipertensos (84,3%) e 32 diabéticos (91,4%), no segundo mês 224 hipertensos (87,8%) e 65 diabéticos (92,9%). Já no terceiro mês, alcançamos 320 indivíduos com HAS (90,1%) e 91 com DM (93,8%). Encerramos a intervenção com 426 usuários com HAS (91,2%) e 150 com DM (95,5%), no qual foram orientados quanto à prática de exercícios físicos, conforme Figura 22 e Figura 23.

Para o alcance desta meta, as informações foram transmitidas aos usuários através das consultas médicas, do enfermeiro e visita domiciliar de todos os membros da equipe, além da realização dos grupos e outras atividades coletivas.

A facilidade encontrada foi o empenho da equipe e a participação de todos os membros foi a essência do sucesso, e em relação à dificuldade encontrada, cito que planejar uma atividade coletiva que dependa de outras pessoas, principalmente dos usuários, sempre é um grande desafio. O grupo começou pequeno, mas após alguns encontros se tornou um ponto de encontro com 16 participantes assíduos.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.7 e 6.8: Proporção do número de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número desses usuários cadastrados na equipe.

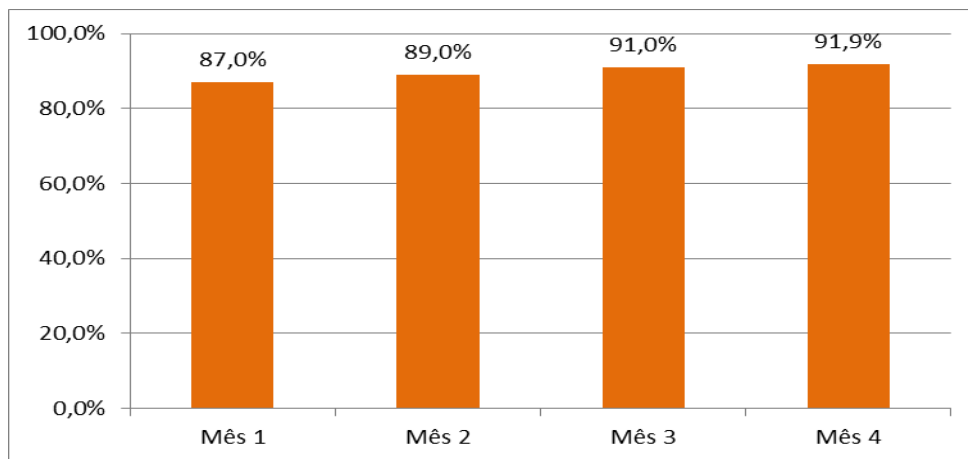


Figura 24: Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

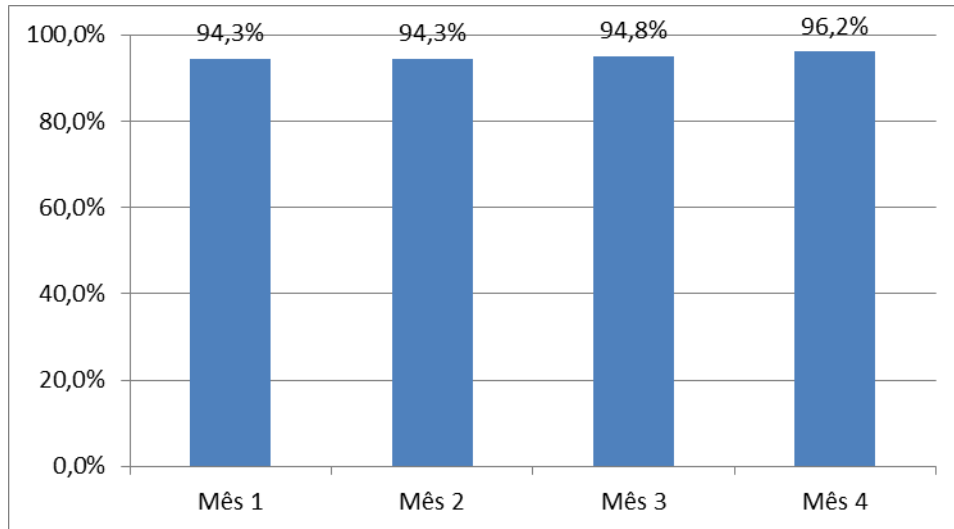


Figura 25: Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Iniciamos a intervenção com 100 hipertensos (87%) e 33 diabéticos (94,3%). No segundo mês, 227 hipertensos (89%) e 66 diabéticos (94,3%), já no terceiro mês alcançamos 323 indivíduos com HAS (91%) e 92 com DM (94,8%). Nesta ação, finalizamos a intervenção com 429 hipertensos (91,9%) e 151 diabéticos (96,2%), conforme Figura 24 e Figura 25.

Para o alcance desta meta, as informações foram transmitidas aos usuários através das consultas médicas, do enfermeiro e visita domiciliar de todos os membros da equipe, além da realização dos grupos e outras atividades coletivas.

Cito como ponto negativo o fato de ainda não existirem políticas públicas consolidadas para o combate a este agente agressor não biológico, e como ponto positivo foi o grupo de caminhada onde um dos temas tratou exatamente sobre os riscos do tabagismo e empoderamos os participantes quanto aos riscos e malefícios do tabaco, para que a informação se disseminasse na comunidade.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Humaitá na equipe B, ao longo destas 16 semanas, sem dúvida alguma alcançou seu objetivo maior de melhorar a atenção prestada à população no programa de Hipertensão e Diabetes. Ela propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, evidenciando a melhoria dos registros das informações nos prontuários de forma adequada e a qualificação da atenção com destaque para ampliação da monitorização dos valores glicêmicos e pressóricos, gerando um parâmetro adequado para a classificação de risco para ambos os grupos. A equipe considera a intervenção como positiva e alcançamos resultados expressivos diante do que era esperado. Propusemos metas realistas, mas fomos arrojados quando tratávamos em melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.

A intervenção trouxe uma prática incomum e extremamente crucial para todos os membros da equipe, pois exigiu que nos capacitássemos para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Fez com que nos alinhássemos e seguíssemos uma mesma linha de raciocínio, numa espécie de trabalho integrado entre o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O médico, no uso de suas atribuições, atendeu os usuários de forma organizada e respeitando os princípios do SUS, apesar das adaptações que foram necessárias em sua agenda. O enfermeiro foi o mediador das ações, onde norteava a equipe em busca dos resultados e facultando pontos importantes em relação ao cronograma da intervenção, como a readaptação de algumas metas, além de também atender os usuários em consultas agendadas. O enfermeiro coordenava as ações e tinha o auxiliar de enfermagem como o braço articulador, apoiando e veiculando as informações tanto aos agentes de saúde quanto à população no enfoque da importância da intervenção atuando nos eixos de organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Já os ACS foram os responsáveis por disseminar a ideia da intervenção à população e vincular ainda mais a equipe ao território adstrito. Estas ações acabaram tendo impacto também em outras atividades no serviço, como na forma de abordar, buscar e acolher o indivíduo a ser cadastrado na equipe de ESF e a

forma de atuar e monitorar outros tipos de públicos, como as crianças e saúde da mulher.

Apesar das nossas dificuldades alcançamos excelentes resultados ampliando a cobertura dos usuários e melhoramos a adesão dos mesmos ao tratamento principalmente mantendo a regularidade dos grupos, onde eram propiciados momentos de encontro entre os usuários e destes com a equipe promovendo excelentes trocas de experiências.



Figura 26: Fotografia da palestra sobre hipertensão e diabetes no grupo de caminhada realizado em 22/01/2014.

A qualidade das consultas clínicas foi melhorada onde nos atentávamos a outros detalhes que antes não valorizávamos, tais como classificação de risco cardiovascular, readequação da agenda para atendimento dos usuários mais prioritários e busca ativa dos faltosos.

Melhoramos o registro das informações preenchendo de forma adequada a ficha-espelho para facilitar a organização das principais informações do atendimento aos usuários cadastrados na intervenção, bem como valorizamos ainda mais o

adequado registro para outras ações programáticas da APS realizadas em nossa UBS. Também realizamos busca ativa e mapeamos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos da área de abrangência da equipe bem como buscamos avaliar aqueles que mais demandavam das visitas domiciliares.



Figura 27: Fotografia de membro da equipe fazendo levantamento de dados nos prontuários.

Na busca da longitudinalidade no cuidado realizamos encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde quando necessário e acima de tudo promovemos a saúde para a população alvo da intervenção principalmente no que tange às orientações sobre hábitos de vida saudável, como prática de exercícios físicos regularmente, ingestão alimentar com qualidade, malefícios do tabagismo e passar regularmente em consulta ao menos uma vez por ano, sempre enfatizando a importância da atuação da equipe multiprofissional nessas tarefas.

A intervenção foi importante para a equipe no que tange à capacitação e atualização para seguirmos o protocolo adotado, mas também porque se sentiu valorizada quando passou a prestar uma assistência de melhor qualidade, com maior reconhecimento e gratidão da população, o que por si só já seria uma grande recompensa para a equipe. Além disso, houve reflexos também no nosso processo de trabalho, que passou a ser desempenhado com mais eficiência e maior

produtividade, minimizando os pequenos desgastes naturais do dia-a-dia dos trabalhadores da saúde e diminuindo o impacto da jornada de trabalho sobre nossas vidas.

Comentando sobre a importância da intervenção para o serviço, saliento em dizer que muitos hipertensos e diabéticos que residiam em nossa área de abrangência e passavam com os médicos da UBS, agora estão cadastrados na equipe de ESF. Dessa forma, sua patologia crônica não fica mais subnotificada, pois são inseridos no SIAB e é possível fazer um acompanhamento ideal para a promoção de sua saúde. Antes disso, a intervenção era centrada somente no atendimento médico, mas com o cadastro, o usuário tem uma gama de profissionais que prestam atenção à sua saúde, viabilizando um atendimento mais complexo. Sem contar que a melhoria do registro das informações e o agendamento desses indivíduos viabilizou a otimização da agenda para atenção à demanda espontânea, equilibrando o número de usuários cadastrados à ESF com os da UBS. Outro ponto positivo foi que a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Em relação à importância da intervenção para a comunidade, seu impacto é bastante percebido principalmente no que diz respeito à prática de atividades coletivas, com a implantação do grupo de caminhada. Estamos conseguindo adeptos e cada vez mais o grupo está se expandindo, atingindo outros grupos da saúde pública, como mulheres e idosos que não apresentam nenhum tipo de patologia e estão no grupo somente para solidificar a rede social de amigos e nomear esta prática como uma das únicas para o lazer.



Figura 28: Fotografia dos participantes realizando alongamento no grupo de caminhada, realizado no estacionamento da UBS.

Se fosse iniciar a intervenção nos dias atuais, a mesma poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. No início faltou foco para criar um link de comunicação junto à comunidade e explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementação. Agora que estamos no fim do projeto percebo que a equipe está integrada, a intervenção já está incorporada à rotina do serviço e não há nenhum cronograma ou o próprio tempo como nosso principal inimigo, temos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, principalmente no que diz respeito a adaptações da agenda com as tarefas não programadas do dia-a-dia. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Também notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando alguns indicadores. Também vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Tendo em vista que a intervenção teve boa aprovação tanto pelos membros da equipe quanto pela comunidade, destaco que para os próximos meses pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos estender seus

princípios para a qualificação de outras ações programáticas da Atenção Primária em Saúde tais como saúde da mulher e saúde da criança, dentre outros.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Realizar atividades que promova a saúde das pessoas é um dos pilares da saúde pública. O atendimento ao usuário de forma holística envolve fatores simples de sua sobrevivência, desde avaliar seu discernimento frente à patologia ao qual se encontra até como se relaciona em grupo ou em sociedade. No início da intervenção já era planejado que envolveríamos cerca de 500 pessoas, e seria muito dificultoso atingirmos todo esse público. Dessa forma, dependeríamos do empenho e dedicação de todos os membros da equipe, focar em um objetivo e alcançar as metas estipuladas.

Dessa forma, a intervenção realizada na equipe B da UBS Humaitá, ao longo destas 16 semanas, sem dúvida alguma alcançou seu objetivo maior de melhorar a atenção prestada à população no programa de Hipertensão e Diabetes. Ela propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, houve maior adesão deste público aos programas, percebemos melhora na qualidade do atendimento e no registro das informações, mapeamos os indivíduos com risco para doença cardiovascular além de enaltecermos ações de promoção à saúde destes usuários. Para organizar e gerir o projeto de intervenção foi necessário apoio dos gestores, tanto por parte da Prefeitura Municipal de São Paulo quanto seu parceiro, Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês. Foi necessário investimento para que nossa equipe pudesse dispor de instrumentos adequados para o atendimento desta população, como esfigmomanômetro com manguito adequado, fita métrica, materiais médico hospitalares, entre outros. Além disso, também foi importante garantir os impressos necessários para o desenvolvimento do trabalho e todos os insumos, como as medicações.

A facilidade encontrada foi a disposição da gerência da UBS em conseguir organizar tudo de forma adequada e prover os colaboradores com os materiais e instrumentos necessários e disponibilização de um espaço como a sala de reuniões,

que apesar de ser bastante disputada, toda semana estávamos lá discutindo nossas ações que ocorreram durante a semana. Mas nem sempre éramos supridos com o que fora prometido pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, principalmente no que diz respeito à impressão dos formulários, onde deixavam de serem impressos por falta de tinta na impressora ou algum outro problema técnico, evidenciando nossa grande dificuldade. Neste contexto éramos respaldados pelo parceiro da prefeitura, no qual solicitávamos este apoio até mesmo por intermédio da gerência e sempre fomos atendidos, o que propiciou a continuidade e finalização do projeto.

Dentre os resultados mais pertinentes, destaco que a intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários acometidos por HAS e DM com mais de 20 anos de idade, na área adstrita da Equipe B da UBS Humaitá, constituída por 2774 pessoas cadastradas. De acordo com o levantamento realizado na Análise Situacional, tínhamos cadastrados na nossa equipe de ESF 482 hipertensos e 162 diabéticos e estes eram o público que buscaríamos acompanhar durante toda a intervenção de forma a qualificar ainda mais a atenção a estes usuários. Concluímos a intervenção com 467 hipertensos e 157 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 96,9% e 100% respectivamente.

Outro objetivo considerado como um dos mais importantes, propusemos melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Iniciamos a intervenção com 87 indivíduos hipertensos (75,7%) e 28 diabéticos (80%). Finalizamos a intervenção no quarto mês com 398 hipertensos e 143 diabéticos com exame clínico apropriado, ou seja, 85,2% e 91,1% respectivamente.

Durante a intervenção também optamos em melhorar o registro das informações dos usuários, ou seja, manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF. Iniciamos a intervenção com 93 indivíduos hipertensos (80,9%) e 29 diabéticos (82,9%). No quarto e último mês evidenciamos uma gratificante melhora, verificando 421 usuários com HAS (90,1%) e 149 com DM (94,9%).

Apesar das nossas dificuldades alcançamos excelentes resultados e alcançamos o objetivo geral do projeto, que era melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e DM da Equipe B na UBS Humaitá. Mas para continuar sempre em busca da melhoria na qualidade, a gestão deve continuar investindo em

educação continuada para os profissionais no que tange a capacitação e atualização dos protocolos, motivando a equipe e fazer com que se sintam valorizadas por prestar uma assistência de melhor qualidade, gerando maior reconhecimento e gratidão da população. Evidencio também que a capacitação promoveu reflexos no processo de trabalho, que passou a ser desempenhado com mais eficiência e maior produtividade, minimizando os pequenos desgastes naturais do dia-a-dia dos trabalhadores da saúde e diminuindo o impacto da jornada de trabalho sobre nossas vidas. Para finalizar, a equipe considera a intervenção como positiva e alcançamos resultados expressivos diante do que era esperado.

4.4 Relatório de Intervenção para Comunidade

Vivendo numa cidade muito agitada onde todos estão apressados e submetidos a longas jornadas de trabalho e grande perda de tempo no deslocamento de um ponto ao outro da cidade devido ao trânsito, é de se esperar que seja difícil a realização de uma ação coletiva de saúde.

Dessa forma, a intervenção realizada na equipe B da UBS Humaitá, ao longo destas 16 semanas, sem dúvida alguma alcançou seu objetivo maior de melhorar a atenção prestada à população no programa de Hipertensão e Diabetes. Aumentamos a cobertura destes usuários, percebemos maior adesão deste público aos programas, melhoramos a qualidade do atendimento e o registro das informações, identificamos os indivíduos com risco para doença relacionada ao coração além de melhorar as ações de promoção à saúde destes usuários.

Nossa equipe conta com 2774 pessoas cadastradas e de acordo com o levantamento realizado na Análise Situacional, 482 pessoas são hipertensos e 157 diabéticos. Dentre os resultados mais importantes, destaco que atingimos 467 indivíduos hipertensos e 157 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 96,9% e 100% respectivamente. Outro objetivo considerado como um dos mais importantes, propusemos melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Iniciamos a intervenção com 87 hipertensos (75,7%) e 28 diabéticos (80%). Finalizamos a intervenção no quarto mês com 398 hipertensos e 143 diabéticos com exame clínico apropriado, ou seja, 85,2% e 91,1% respectivamente. Durante a intervenção também optamos em melhorar o

registro das informações dos usuários, ou seja, manter ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe de ESF. Iniciamos a intervenção com 93 indivíduos hipertensos (80,9%) e 29 diabéticos (82,9%). No quarto e último mês observamos uma melhora, verificando 421 usuários hipertensos (90,1%) e 149 diabéticos (94,9%).

Como principal ponto positivo e o que de fato teve mais impacto na aprovação da comunidade, foi o grupo de caminhada, pois antes não tínhamos atividades em grupo. Após a implantação percebemos como o relacionamento entre a equipe a comunidade melhorou, tornando-a mais aberta para discutir os problemas mais comuns. A simpatia, a educação e o respeito são as principais ferramentas que oferecemos à nossa população, já que devemos trabalhar juntos e melhorar nosso vínculo cada vez mais.

Em nossa intervenção adaptamos todo nosso horário de trabalho, como exemplo, cito que agora fazemos nossa reunião de equipe duas vezes por semana, diminuindo a quantidade de horas de trabalho administrativo ou até mesmo visitas domiciliares. Era necessário ter este período de reunião para discutirmos e avaliar cada indivíduo, caso a caso, para resolvermos da melhor maneira o problema de uma pessoa, ou mesmo família.

Enfim, este projeto de intervenção já está inserido à rotina da equipe e que os profissionais estão empenhados e motivados para continuar realizando este papel importante na melhoria da saúde pública. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos estendê-lo para melhorar o atendimento a outros tipos de público, como saúde da mulher e da criança. A equipe acredita que a melhor forma da comunidade ajudar é extremamente simples, basta apenas participar, ou seja, reduzir o número de faltas nas consultas agendadas, comparecer aos grupos e divulgar ações de melhoria da saúde na comunidade.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

O desenvolvimento do trabalho passou por uma série de adequações, onde a principal delas ocorreu quando tive que mudar completamente meu projeto de intervenção, uma vez que no início gostaria de trabalhar somente com os diabéticos cadastrados no programa AMG (Auto Monitoramento Glicêmico). Percebi que o trabalho a ser realizado era muito mais abrangente, que demandaria muito mais tempo do que imaginava e que daria mais trabalho em ser realizado. Obviamente que trabalhar com todos os diabéticos e hipertensos cadastrados na equipe de ESF seria mais eficaz para a melhoria da qualidade prestada à população, mas sempre acreditei que seria um grande desafio, o que, de fato, foi.

Dependíamos de muitos fatores externos e o principal deles vem de encontro com determinados perfis psicossomático de cada membro da equipe, ou seja, como cada um enxergava seu papel, sua importância e como poderia contribuir para o sucesso do trabalho. Foram diversas reuniões realizadas, com estabelecimento do ponto de vista de cada um com parecer fidedigno do dia-a-dia, e sempre surgiam problemas pelo caminho, adversidades que atrapalhavam, mas nada que não pudesse ser superado. Aprendi um pouco com cada um, encontrei motivação em quem analisava estar mais desacreditado, entusiasmo em quem percebia estar sem paciência, alegria em quem demonstrava insensatez. Foram diversos feed backs tanto positivos quanto negativos, que conflitavam com momentos de preocupação em relação ao cronograma mesmo acreditando que tudo estava sobre controle.

O Curso de Especialização em Saúde da Família significou uma experiência impar, demonstrando uma visão totalmente horizontal sobre saúde coletiva. Relacionando este aprendizado com a prática profissional, observei que é fundamental saber lidar com as adversidades encontradas nas grandes metrópoles, onde é implacável a dicotomia existente entre a periferia e a região central da cidade de São Paulo, fomentando um verdadeiro choque de realidade social.

Também foi possível ampliar meus conhecimentos relacionando atualização teórica com a troca de experiências vivida pelos outros profissionais deste curso. Acredito ter conseguido alcançar os objetivos desta especialização, fato que após realizar a leitura do projeto pedagógico saliento que o mesmo veio de encontro com minhas expectativas desde o início, pois permitiu que os outros especializandos relatassem sua prática profissional cotidiana, tendo em vista que o grupo é formalizado por profissionais de diversas categorias e regiões do país.

Finalizo que o aprendizado mais relevante é o fato de que neste momento sou capaz de fazer um levantamento rico de relatos diversificados do perfil sócio - cultural da nossa população, onde poderei relacionar com a prática profissional no qual vivencio. Enfatizo que o Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) foi o maior aliado nesta jornada, com uma interface simples e fácil de navegar. Permitiu-me comunicar e interagir com o orientador e os outros alunos do curso, tanto pelos fóruns quanto pelas mensagens diretas, uma vez que a informática é o subsidio mais importante para o alcance das informações e está cada vez mais relacionada com a melhoria da qualidade no atendimento da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1 - *CENSO 2010 - SÃO PAULO*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010).

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf

Acesso em: 11 de dezembro de 2010.

2 - *Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2010).

Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>

Acesso em: 31 de julho de 2013.

3 – Prefeitura Municipal de São Pulo. Aba saúde. Atendimento. Entenda as Unidades.

Disponível em:

<http://www.capital.sp.gov.br/portal/secoes/nav-cidadao/#/MSwzNiwxMTU0LDEyMjl=>

Acesso em: 08 de Agosto de 2013.

4 - Prefeitura Municipal de São Paulo. Aba saúde. Melhorias na saúde municipal. Estratégia Saúde da Família – ESF.

Disponível em:

<http://www.capital.sp.gov.br/portal/secoes/nav-cidadao/#/MSwzNiwxMTY0LDExNzA=>

Acesso em: 29 de Agosto de 2013.

5 – Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 15 – Hipertensão Arterial Sistêmica (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Brasília - DF, 2006.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf

Acesso em: 21 de Setembro de 2013.

6 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Brasília - DF, 2006.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf

Acesso em: 21 de Setembro de 2013.

ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - Aba Dados da UBS

Diego Edamatsu_Coleta de dados HAS e DM final - REVISADA(3) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Inicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Colar Área de Transf... Fonte Alinhamento Número Estilo Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C20 157

Informações da sua UBS:	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Existe protocolo para atuação em hipertensão e diabetes?	II		Política nacional da Ministério da Saúde em 4ª reatratribuição.
Existe plano e calendário de hipertensão e diabetes?	II		Condições e calendário oficial da Ministério da Saúde.
Existe equipe específica para atuação em hipertensão e diabetes?	II		Atm de prontuário, unidade de apoio, ficha de avaliação e fechamento de Cartão de hipertensão e diabetes e Ficha de Programa de Atuação em hipertensão.
Existe lista de atendimento e endereço das consultas em hipertensão e diabetes?	II		Condições de hipertensão e diabetes e os indicadores de dados de retorno a UBS e o endereço de retorno (Rua e número).
As informações são mantidas e atualizadas?	II		Condições de revisão de ficha (exatidão) para monitorar em hipertensão e diabetes e ficha.
Existe lista de controle ativo de hipertensão e diabetes que não compare com o cadastro?	II		Condições de ficha controle (vício domiciliar, telefonia,...) com hipertensão e diabetes para evitar erros e necessidade de retorno ao serviço de saúde.
Existe avaliação periódica do programa de atuação em hipertensão e diabetes?	II		Condições de periodicidade (semestral, trimestral, semestral ou anual) de dados de unidades de controle pelo equipamento.
O endereço utilizado para o planejamento da ação?	II		Atividade e equipe em que o endereço de dados para o planejamento de ação difere das informações de hipertensão e diabetes.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no domicílio cadastrado na UBS pelo programa de atuação em hipertensão em calendário de hipertensão	415	255	355	467	Condições de pessoas que APENAS HIPERTENSOS residentes no domicílio de abrangência da UBS que frequentam Programa de atuação em hipertensão. Verificar se há atualização constante de ficha de hipertensão, ficha de avaliação e ficha de controle.
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no domicílio cadastrado na UBS pelo programa de atuação em diabetes em calendário de hipertensão	25	19	97	157	Condições de pessoas que APENAS DIABÉTICOS residentes no domicílio de abrangência da UBS que frequentam Programa de atuação em diabetes.

*Estimativa no território	
População total	2774
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	1859
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7% (VIGITEL, 2011))	422

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto 50% 13:11 19/03/2014

ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Aba Mês 1

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM(1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar e Selecionar Edição

Formatar Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células

Formatar Estilos de Célula Formatar Estilos de Célula

Formatação Condicional como Tabela de Estilos

Quebrar Texto Automaticamente Mesclar e Centralizar Alinhamento

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A

Fonte

Área de Transf...

A4

Indicadores HAS e DM - Mês 1

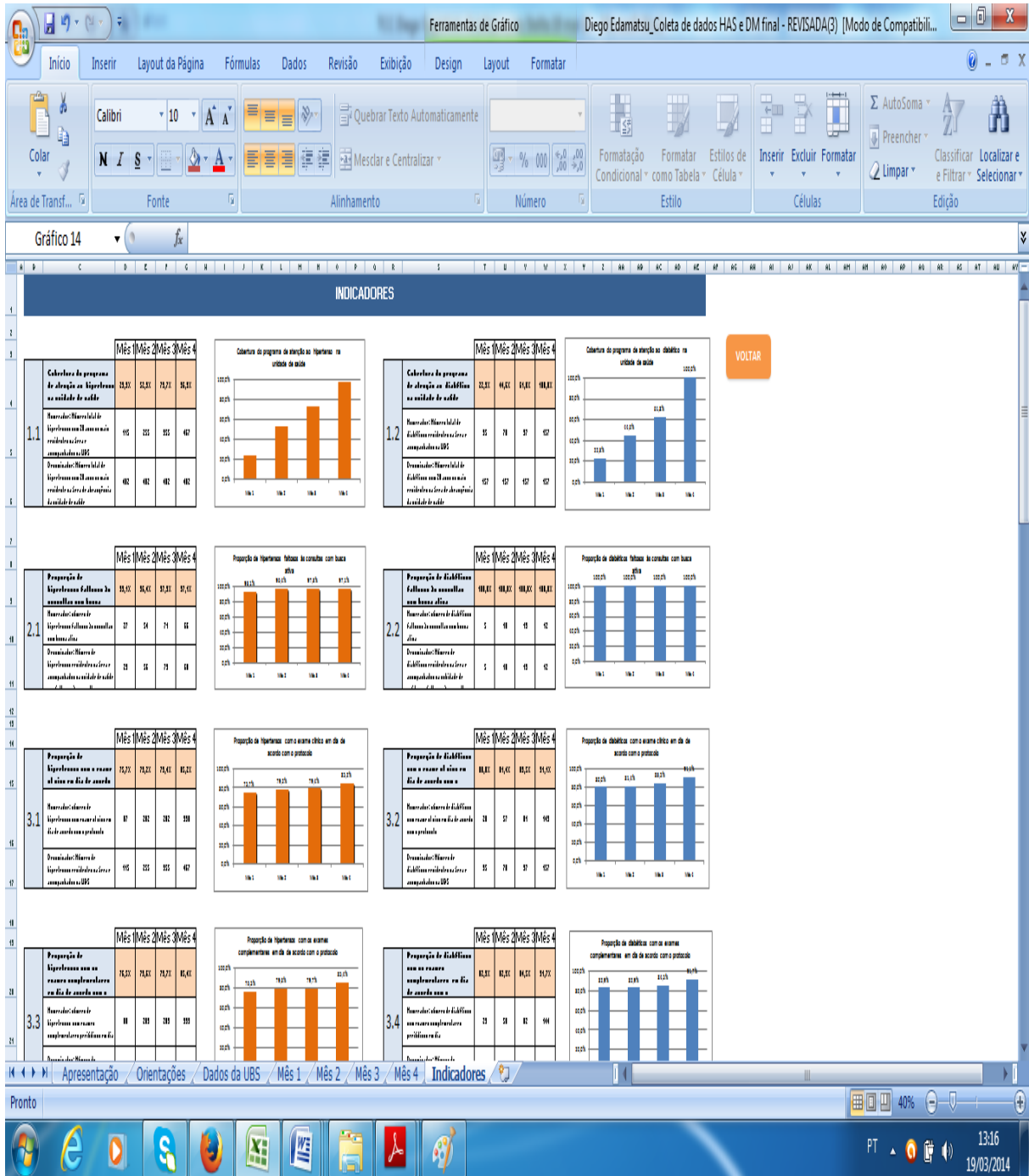
	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1																			
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente é cadastrado no Programa HiperDia?	O paciente está falhando às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão da Família?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento clínico está em...	A estratificação de risco cardiovascular por exame...	O paciente realiza avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação?	O paciente recebeu orientação sobre atividade física?	O paciente recebeu orientação sobre orfices do tabagismo?	
3	Orientações de 1 a 6 o total de pacientes cobrados		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	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	
4	preenchimento																		
5		1																	
6		2																	
7		3																	
8		4																	
9		5																	
10		6																	
11		7																	
12		8																	
13		9																	
14		10																	
15		11																	
16		12																	
17		13																	
18		14																	
19		15																	
20		16																	
21		17																	
22		18																	
23		19																	
24		20																	
25		21																	
26		22																	
27		23																	
28		24																	
29		25																	
30		26																	
31		27																	
		28																	
		29																	
		30																	
		31																	

Pronto


53%

PT 16:32 08/04/2014

ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - Aba Indicadores



ANEXO E: Termo 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

