

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 4



**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na USF Limões,
Esplanada-Ba**

Maria da Paixão Dantas Moraes

Pelotas, 2014

Maria da Paixão Dantas Moraes

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na USF Limões,
Esplanada-Ba**

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

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Co-orientadora – Naiane Barbosa Santos Moraes

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M827m Moraes, Maria da Paixão Dantas

Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na USF Limões, Esplanada - BA / Maria da Paixão Dantas Moraes ; Daniela Nunes Cruz, orientadora ; Naiane Barbosa Santos Moraes, coorientadora. — Pelotas, 2014.

66 f.

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

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

CDD : 362.14

Dedicatória

À minha equipe da Unidade Básica de Saúde de Limões que muito me ajudou para que este trabalho fosse concretizado.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela graça da vida.

A minha equipe, pela colaboração, disponibilidade e apoio.

Ao meu esposo Luis e a minha filha Nicóly pelo incentivo, compreensão e carinho.

Às orientadoras Naiane Barbosa e Daniela Nunes Cruz pela excelente contribuição para o êxito deste trabalho.

A coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPEL/UNASUS, pela oportunidade oferecida.

Lista de Figuras

Figura 1.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	39
Figura 2.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	39
Figura 3.	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	40
Figura 4.	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	40
Figura 5.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	41
Figura 6.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	42
Figura 7.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	43
Figura 8.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	43
Figura 9.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	44
Figura 10.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	45
Figura 11.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	46
Figura 12.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	
Figura 13.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	46
Figura 14.	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica	49
Figura 15.	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação

1. Análise Situacional	12
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2. Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e Metas	19
2.2.1 Objetivo Geral	19
2.2.2 Objetivos Específicos.....	20
2.2.3 Metas.....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Ações.....	22
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística.....	31
2.3.4 Cronograma.....	35
3 Relatório da Intervenção	37
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	37
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	38
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	38
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra	38

4. Avaliação da Intervenção	40
4.1 Resultados.....	40
4.2 Discussão.....	52
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	54
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	57
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	59
Bibliografia.....	60
Anexos.....	61
Anexo A: Planilha de coleta de dados.....	62
Anexo B: Ficha espelho.....	63
Anexo C: Documento do Comitê de Ética.....	64
Apêndice.....	65
Apêndice A: Equipe da UBS de Limões.....	66
Apêndice B: Inauguração do grupo de HIPERDIA com atividades, palestras e café da manhã saudável para os hipertensos e os diabéticos.....	67

Resumo

MORAES, M.P.D. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na USF Limões, Esplanada/BA.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade de Pelotas, Pelotas.

Doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus são assintomáticas a maior parte do tempo e põem em risco a vida das pessoas. Por meio de uma intervenção realizada na USF Limões, no município de Esplanada, Bahia, nos meses de setembro a dezembro de 2013, esta teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Esse estudo justifica-se pela necessidade de trabalhar essas patologias na comunidade, uma vez que, os pacientes hipertensos e diabéticos faltam muito às consultas agendadas e só comparecem na unidade de saúde para pegar as medicações na farmácia básica sem fazer o acompanhamento com o médico ou com a enfermeira. Este trabalho tem como objetivos específicos ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos; melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa; melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde; melhorar o registro das informações e promover a saúde ao hipertenso e diabético. Para tanto foram realizadas ações de capacitações e treinamentos da equipe e dos Agentes Comunitários de Saúde, grupo de HIPERDIA, orientações, atendimento clínico e busca ativa dos hipertensos e diabéticos. Observou-se no final da intervenção que, obtivemos bons resultados, principalmente em relação à cobertura do programa, onde houve um aumento progressivo de usuários cadastrados e que iniciaram o acompanhamento na USF Limões. Em relação aos hipertensos chegamos a uma cobertura de 69,3% e para os diabéticos chegamos à cobertura de 79,3%. Outra ação de grande relevância para a comunidade refere-se à prescrição de medicamentos da lista de HIPERDIA ou da Farmácia popular onde os resultados para essa ação foram bastante satisfatórios. Em contrapartida a ação onde obtivemos os menores índices foi relacionada a garantir avaliação odontológica aos pacientes hipertensos e diabéticos. Para os hipertensos o menor índice foi 3,3% e o maior foi 8,3%. Em relação aos pacientes diabéticos, o menor índice foi de 0% e o maior foi de 6,7%. Concluiu-se que apesar de algumas metas propostas não terem sido atingidas obteve-se bons resultados e a

intervenção será incorporada a rotina da unidade, visando melhorar cada vez mais a qualidade do serviço oferecido ao paciente com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

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

Apresentação

O Presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Limões, no município de Esplanada, estado da Bahia.

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

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

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

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

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

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

1. Análise situacional

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

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho fica localizada na zona rural de Esplanada, interior da Bahia, onde a comunidade é bem acolhedora e agradável. A equipe de saúde é muito unida, muito entrosada e a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são comprometidos com o seu trabalho. Existem alguns problemas, entre eles estrutura física inadequada, porém a nova gestão já está buscando resolver esse problema.

Por ser zona rural, algumas comunidades tem dificuldade de acesso à unidade de saúde por falta de transporte, por isso duas vezes no mês a equipe (com exceção do dentista e do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) se desloca até a comunidade mais distante da unidade onde é feito atendimento médico, consulta de enfermagem, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) e vacinas. Não temos local certo para atendimento, já atendemos até numa casa abandonada, é desconfortável, porém muito satisfatório.

Devido à dificuldade de transporte, as comunidades mais distantes não aderem ao programa de HIPERDIA e a puericultura. Por não frequentarem as consultas de HIPERDIA os hipertensos e diabéticos se acostumaram a pegar medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes sem receitas ou com receitas vencidas, mas a equipe já está solucionando esse problema da melhor maneira possível.

A dificuldade de comunicação com a sede é muito grande, pois na unidade não tem telefone fixo, na comunidade não tem orelhão, e não tem sinal para celular, se for necessário fazer uma ligação de emergência é preciso andar cerca de um quilometro para conseguir um sinal para o celular. A falta de água na comunidade é constante, muitas vezes não temos água na unidade nem para limpar o chão nem para os banheiros.

Estamos tendo dificuldade de carro para levar os profissionais até a zona rural e dificuldade para fazer as visitas domiciliares, porque os transportes ainda estão em processo licitatório, também ainda estão sendo contratados alguns profissionais de saúde entre eles os especialistas, a compra de medicamentos e

outros materiais necessários para continuidade do nosso trabalho. Os exames laboratoriais e sorologias ainda não estão disponíveis gratuitamente e a constante mudança de médicos na unidade atrapalha o desenvolvimento do trabalho da equipe. Outra situação que me preocupa muito é que essa área é endêmica para esquistossomose, porém a maioria das pessoas não faz o tratamento prescrito pelo médico e isso é muito preocupante, pois nós que somos da área da saúde sabemos as consequências futuras.

É difícil manter um atendimento organizado trabalhando com agendamento, pois muitas vezes os pacientes aproveitam a mesma viagem ao posto para ser atendido pelo médico e pela enfermeira e sabendo das dificuldades de acesso à unidade fica difícil dizer “não” aos pacientes, eu sempre consigo dar um “jeitinho” de atender a todos, embora seja muito cansativo.

A equipe trabalha 40 horas semanais e é composta por 01 enfermeira, 01 médico, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal (a dentista e a auxiliar de saúde bucal dão suporte a nossa unidade, mas fazem parte da Unidade de Saúde da Família - USF mais próxima que fica acerca de 20 KM), 01 recepcionista e 04 Agentes Comunitários de Saúde. Também temos o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, enfermeira e educador físico.

Os gestores já estão cientes da maioria dos problemas da unidade e alegam que já estão tomando as providências cabíveis para solucioná-los. Apesar de estar nessa unidade de saúde há apenas 11 meses acredito que o vínculo profissional/comunidade está sendo estabelecido e isso me deixa muito feliz. Estou disposta a enfrentar com garra os problemas encontrados, pois amo o que faço.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Esplanada fica localizada no estado da Bahia, a população desse município é de aproximadamente 33 mil habitantes onde tem 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 01 unidade tradicional. A Secretaria de Saúde conseguiu em 2012 implantar o NASF no município onde a equipe é composta por 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 educador físico, 01 fonoaudióloga e 01 enfermeira. O município

tem disponível para a população 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), não tem hospital próprio, porém tem um convênio com um hospital filantrópico dirigido por um grupo de freiras franciscanas (Santa Casa de Misericórdia São Francisco e São Viscente).

Apesar de não ter hospital próprio o município disponibiliza para a população especialidades como: pediatra, cardiologista, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ortopedista, oftalmologista, ginecologista, dermatologista, obstetra, otorrinolaringologista, cirurgião geral. Em relação aos exames são disponibilizados Ultrassonografia, eletrocardiograma, exames laboratoriais e sorologias.

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho fica localizada na Zona Rural. O processo de trabalho da equipe está em conformidade com o que preconiza os princípios e diretrizes do SUS. No início do mês de março de 2013 nossa unidade de saúde foi cadastrada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Essa unidade é cadastrada na Atenção Básica como Estratégia de Saúde da Família e não tem vínculo com nenhuma instituição de ensino.

A equipe é composta por 01 enfermeira, 01 médico, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal (a dentista e a auxiliar de saúde bucal dão suporte a nossa unidade, mas fazem parte do PSF mais próximo que fica a cerca de 20 KM), 01 recepcionista, 04 ACS. Também temos o apoio do NASF. Os pacientes que necessitam de avaliação odontológica são encaminhados para o PSF mais próximo, pois não temos consultório dentário em nossa unidade.

Em relação à estrutura física, a UBS tem 01 recepção que também funciona como sala de espera, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 sala para guardar impressos da unidade que também funciona como sala de vacina, 01 farmácia que também funciona como sala de procedimentos e como sala de curativos. O espaço físico é inadequado, não temos consultório odontológico na unidade, falta geladeira exclusiva para vacinas, não temos autoclave, não temos negatoscópio, otoscópio nem oftalmoscópio, não temos potes para coleta de escarro, não existe na unidade um sistema de manutenção e reposição de equipamentos ou instrumentos, não existe um sistema de manutenção e reposição de mobiliário, sistema de reposição de material de consumo, sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros, entre outros.

Não temos disponível nenhum equipamento ou instrumento de comunicação, informação nem informática. Faltam também alguns materiais e insumos para realização das atividades da unidade, faltam alguns medicamentos para a assistência farmacêutica na atenção básica, não dispomos de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, falta alguns fármacos para atendimento das linhas de cuidado do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A unidade não realiza nenhum teste diagnóstico, enfim, a unidade é muito limitada em relação à estrutura física, equipamentos, insumos e instrumentos que são essenciais para um atendimento de qualidade. A realidade apresentada afeta diretamente o paciente que tem o seu atendimento muitas vezes improvisado e prejudicado afetando também o profissional que por essas deficiências não consegue ofertar uma assistência completa e de qualidade ao paciente.

Para trabalhar em uma unidade com estrutura física inadequada e com muitas dificuldades em relação a equipamentos, insumos e instrumentos é necessário trabalhar na “base” do improvisado, prestando uma assistência limitada. Como profissional de saúde da atenção básica muitas vezes me sinto impossibilitada de assistir o paciente por deficiência do “Sistema”.

A área de cobertura da minha UBS tem cadastradas 1.035 pessoas sendo que temos 530 pessoas do sexo feminino e 505 do sexo masculino. Como temos uma equipe pequena com apenas 04 ACS que se localiza na zona rural, considero esse número de habitantes adequado para a equipe. Talvez pelo fato da UBS ficar localizada na zona rural, geralmente não há excesso de demanda espontânea.

O acolhimento é feito na recepção da unidade pelo profissional da equipe que estiver disponível no momento, onde os usuários têm suas necessidades escutadas em poucos minutos. Quando o acolhimento é feito pela recepcionista ou pela técnica de enfermagem os pacientes são encaminhados para os profissionais de nível superior da unidade que decidem pelo atendimento no dia, agendamento ou encaminhamento para o hospital do município.

Relacionado ao atendimento das crianças a cobertura de puericultura na área é de 37%. No cuidado as crianças e na puericultura são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos

alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção de saúde mental e teste do pezinho.

Ainda não temos na unidade um protocolo ou manual técnico que estruture as ações em relação à saúde da criança, mas temos um livro onde são registrados todos os atendimentos de puericultura, sendo que esse livro é revisado mensalmente pela enfermeira para verificar a completude dos registros, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e para identificar as crianças faltosas. Observa-se que as mães não dão crédito ao atendimento de puericultura, o que tem motivado a equipe a elaborar estratégias juntamente com os ACS para convencer as mães da comunidade para levar seus filhos às consultas de puericultura e assim ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança em minha UBS.

Relacionado ao atendimento de pré-natal, a cobertura da minha UBS é de 100% onde o atendimento de pré-natal é realizado uma vez por semana pela enfermeira e pelo médico da unidade. Não temos na unidade um protocolo ou manual técnico que estruture as ações em relação à saúde da gestante, mas temos um livro onde são registrados todos os atendimentos de pré-natal, onde esse livro é revisado mensalmente pela enfermeira para verificar completude de registros, identificar gestantes em data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco e identificar as gestantes faltosas, embora as gestantes não costumem faltar às consultas de pré-natal agendadas.

São desenvolvidas ações na UBS como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física, promoção da saúde bucal, promoção de saúde mental. Também mensalmente a equipe de saúde realiza atividades com um grupo de gestantes no âmbito da UBS, onde participam das atividades os profissionais da UBS e a equipe do NASF.

No atendimento à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama na UBS identificamos uma cobertura de 72% para o controle do câncer do colo uterino e 76% para o controle do câncer de mama. São desenvolvidas ações como orientação a todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, orientação sobre os

malefícios do tabagismo, orientação para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, coleta de exame citopatológico uma vez por semana feita pela enfermeira, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia), atividades trimestrais com grupos de mulheres no âmbito da UBS com os profissionais da equipe de saúde e com a equipe do NASF.

Ainda não temos na unidade um protocolo ou manual técnico que estruture as ações em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, mas temos disponível um livro de registro onde é possível fazer a revisão mensalmente dessas ações.

Temos um total de 114 hipertensos e 29 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS, totalizando uma cobertura de 52% para os hipertensos e 47% para os diabéticos. São realizadas consultas médicas e de enfermagem para adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) uma vez por semana nos períodos da manhã e da tarde onde são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, estímulo e prática regular da atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e sobre os malefícios do tabagismo, imunizações, entre outras.

Embora na unidade ainda não exista um protocolo de atendimento para pacientes portadores de HAS e DM, temos um livro de registro de HIPERDIA sendo que esse livro é revisado mensalmente pela enfermeira para verificar pacientes faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS e DM de risco e avaliar a qualidade do programa. No âmbito da UBS a equipe de saúde também realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM. Devido ao fato dos hipertensos e diabéticos faltarem muito às consultas agendadas a equipe de saúde esta fazendo palestras na unidade e na comunidade enfatizando a importância das consultas de hiperdia.

A UBS tem cadastrados 114 idosos com 60 anos ou mais, sendo que a cobertura do programa de saúde do idoso na área é de 95%. São realizadas

consultas médicas e de enfermagem 01 vez por semana durante os turnos da manhã e da tarde e são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, promoção de saúde mental, imunizações. A unidade ainda não adotou um protocolo ou manual técnico, mas tem um livro de registro onde é possível realizar monitoramento regular destas ações.

O atendimento a saúde bucal de todos os programas é feito com agendamento prévio através do ACS para a UBS mais próxima, pois não temos estrutura adequada para consultório odontológico em nossa UBS. Pelo fato de não haver referencia e nem contra referencia, não é possível identificar a cobertura para essa ação programática na área.

Trabalhar na atenção primária à saúde não é fácil, torna-se mais difícil ainda trabalhar em uma unidade com estrutura física inadequada onde faltam medicamentos, equipamentos e materiais necessários para que possamos ofertar um atendimento de qualidade à comunidade. Observo que no nosso dia-a-dia o direito do paciente é desrespeitado, e os profissionais não conseguem desenvolver adequadamente o seu trabalho, entretanto, temos uma equipe engajada e disposta a trabalhar dando o melhor de si mesmo com todas as dificuldades encontradas. Essas 11 semanas de análise situacional foram muito proveitosas e enriquecedoras, pois foi possível conhecer e refletir mais sobre a minha UBS.

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

O relatório da segunda semana de ambientação está resumido, pouco detalhado, já o relatório final está mais completo, contém novas informações, pois no decorrer do curso, através da participação em espaços coletivos de troca de conhecimento em um ambiente virtual, de forma assíncrona com colegas e com a minha orientadora, foi possível desenvolver uma análise mais abrangente da UBS em que trabalho e que servirá de base para a escolha da intervenção prioritária no meu serviço.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT, 2011). Doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus são assintomáticas a maior parte do tempo e põem em risco a vida das pessoas. As doenças crônicas acompanham o indivíduo durante um tempo relativo da sua vida e, em muitos casos não há cura, apenas tratamentos, tornando-se assim um agravante no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

A escolha de HAS e DM como ação programática para intervenção justifica-se pelo fato dos pacientes hipertensos e diabéticos faltarem muito às consultas agendadas e só comparecerem a unidade de saúde para pegar as medicações na farmácia sem fazer o acompanhamento com o médico ou com a enfermeira.

A população alvo da ação programática são adultos com HAS e DM. Atualmente a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área é de 52% e a cobertura ao diabético na área é de 47%. Na UBS são realizadas consultas médicas e de enfermagem para portadores de HAS e DM uma vez por semana nos períodos da manhã e da tarde e são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, imunizações, entre outras.

A intervenção será de fundamental importância para ampliar o cuidado à população alvo, reduzindo a incidência de comorbidades associadas e hospitalizações por complicações e melhorando a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na USF Limões, Esplanada, Ba.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

2.2.3 Metas

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

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

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

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

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

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo: *Promoção da saúde do hipertenso e diabético.*

15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos
16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.
17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos;
20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos;

21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Visando atingir a meta de cadastrar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde objetivamos desenvolver, no eixo pedagógico “Monitoramento e Avaliação”, o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” buscaremos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e de diabetes, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

No eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitaremos a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmHg. No eixo relacionado ao “Engajamento Público” realizaremos ações que contemple as duas patologias, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Para atingir a meta de buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada realizaremos no eixo “Monitoramento e Avaliação” o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Já no eixo “Organização e Gestão do Serviço” organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. No eixo “Qualificação da Prática Clínica” a equipe será capacitada para fazer a busca ativa dos faltosos. Em relação ao eixo do “Engajamento Público” buscaremos informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, iremos ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes, bem como à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

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

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

Para o eixo “Engajamento Público” orientaremos os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientaremos os pacientes e a comunidade também quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Já no eixo “Qualificação da Prática Clínica,” capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Visando atingir a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde, objetivamos desenvolver, no eixo pedagógico “Monitoramento e Avaliação”, manter o monitoramento relacionado à qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” enviaremos a secretaria de saúde semanalmente as informações da unidade para manter as o SIAB atualizado.

No eixo “Engajamento Público” serão feitas palestras em sala de espera e na comunidade e os pacientes serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e sobre o direito ao acesso a segunda via se necessária. No eixo “Qualificação da prática clínica” será feito o treinamento da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para atingir a meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde, objetivamos desenvolver, no eixo pedagógico “Monitoramento e Avaliação”, monitorar e avaliar esses pacientes através dos registros nos livros da unidade. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” serão definidas atribuições aos componentes da equipe responsáveis pela estratificação de risco na unidade de saúde. No eixo relacionado ao “Engajamento Público” realizaremos ações voltadas à importância da estratificação de risco para o paciente hipertenso e diabético. No eixo

“Qualificação da Prática Clínica”, serão feitas na unidade capacitações de equipe para a realização da estratificação do risco cardiovascular.

Visando atingir a meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos, objetivamos desenvolver, no eixo pedagógico “Monitoramento e Avaliação”, monitorar a avaliação odontológica desses pacientes através dos registros em livros da unidade. No eixo “Organização e gestão do serviço”, os pacientes terão suas consultas agendadas pelos agentes comunitários de saúde e serão encaminhados para a unidade de saúde mais próxima que fica a cerca de 20 KM, pois não temos dentista em nossa unidade. Para o eixo “Engajamento Público”, orientaremos os pacientes durante as consultas, quanto à importância da avaliação odontológica e faremos palestras em sala de espera e na comunidade enfatizando a importância da avaliação odontológica. No eixo “Qualificação da Prática Clínica”, serão feitas capacitações de equipe sobre saúde bucal. As capacitações serão feitas na própria unidade no final do atendimento diário.

Em relação às metas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos, assim como garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos, 100% dos pacientes diabéticos e garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos, realizaremos no eixo “Monitoramento e avaliação do serviço” monitoramento das orientações através dos registros feitos nos livros da unidade. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço”, serão organizadas pela equipe práticas coletivas abordando alimentação saudável, prática de atividade física regular e orientações sobre os riscos do tabagismo.

No eixo “Engajamento Público” serão feitas palestras em sala de espera e na comunidade e os pacientes também serão orientados durante as consultas sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre a existência de tratamento para abandonar o uso do fumo. No eixo “Qualificação da Prática Clínica”, capacitaremos à equipe em relação às práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular e riscos do tabagismo. As capacitações serão feitas na unidade no final do atendimento diário e os materiais utilizados nessa atividade serão impressos distribuídos para todos os profissionais sobre a importância dos temas.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

META 15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 16. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa do HIPERDIA utilizaremos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Utilizaremos o impresso de acompanhamento do HIPERDIA disponível no município, o livro de registro do HIPERDIA da unidade e o prontuário dos pacientes.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que são acompanhados na UBS. O acolhimento ao hipertenso e diabético será feito na UBS pelas técnicas de enfermagem e pela recepcionista, onde eles terão prioridade no agendamento e serão reservados dois dias na semana, nos turnos da manhã e da tarde somente para atendimento do HIPERDIA.

Para viabilizar as ações de monitoramento e avaliação, será utilizado semanalmente um turno de atendimento na unidade, somente para monitoramento das ações através dos registros em livro de HIPERDIA. Esse monitoramento será realizado pela enfermeira da unidade.

Para viabilizar as ações de organização e gestão do serviço buscando garantir material necessário e adequado ao atendimento dos hipertensos e diabéticos, serão enviados mensalmente à secretaria de saúde as solicitações dos

materiais necessários, tais como: impressos de programa do HIPERDIA, medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, fitas de hemoglicoteste (HGT), lancetas, algodão, álcool, etc .

O atendimento clínico ocorrerá duas vezes por semana nos turnos da manhã e da tarde, onde serão agendados 12 pacientes por turno. E também haverá atendimento de demanda espontânea pelo médico e pela enfermeira para os pacientes hipertensos e diabéticos com urgências. A triagem diária dos pacientes da UBS é feita pela técnica de enfermagem, em caso de urgências a técnica de enfermagem também fará a triagem e se houver necessidade a enfermeira auxiliará na triagem e o médico fará o atendimento clínico.

Para organizar o atendimento e definir os papéis de cada profissional da equipe, será feita reunião de equipe na unidade uma vez ao mês. Será realizada capacitação com as técnicas de enfermagem na própria UBS no mês de agosto de 2013 sobre controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; para manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, serão enviados semanalmente para a secretaria de saúde todos os impressos que contenham informações que sejam pertinentes ao SIAB.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Para viabilizar a ação para capacitação da equipe sobre o manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus: começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão arterial e diabetes mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos.

Essa capacitação ocorrerá na própria UBS. Para isso será reservada 1 hora e meia no final do expediente, no horário tradicionalmente reservado para reunião de equipe. Cada membro da equipe irá ler parte do manual para os demais colegas da equipe.

Para viabilizar as ações relacionadas à qualificação da prática clínica a enfermeira realizará ações de capacitações e treinamentos para a equipe na própria unidade, onde utilizará impressos do Ministério da Saúde e pesquisas feitas na internet relacionadas à HAS E DM. Serão realizadas as seguintes ações:

- Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Atualização do profissional no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- Capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para viabilizar as ações de engajamento público a enfermeira, solicitará o apoio dos ACS para orientar os pacientes e a comunidade durante as visitas domiciliares. Os ACS darão a comunidade as seguintes informações e orientações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar os hipertensos que fazem uso do álcool sobre a existência de tratamento para abandonar o uso do álcool.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

A equipe da unidade juntamente com os ACS também realizará mensalmente grupo de HIPERDIA na igreja da comunidade e na unidade, onde serão utilizados impressos do Ministério da Saúde e impressos diversos que abordem o tema hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas			X													
Grupo de HIPERDIA				X												
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.				X	X	X	X	X	X							
Monitoramento da intervenção											X	X	X	X	X	X

3 Relatório da Intervenção

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

Durante a intervenção foram realizadas as seguintes ações previstas no projeto: cadastro de hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; busca dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada; realização de exame clínico e complementar apropriado em hipertensos e diabéticos; prescrição de medicamentos da farmácia popular para hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; orientação sobre os riscos do álcool e tabagismo a pacientes hipertensos e diabéticos, orientação nutricional sobre alimentação saudável e orientação em relação à prática de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos; manutenção da ficha de acompanhamento dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; capacitação da equipe da unidade de saúde; treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; foi realizado atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético; grupo de hiperdia; atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos; busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas; monitoramento da intervenção.

As ações de atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes e grupo de HIPERDIA foram cumpridas parcialmente, em relação à atualização do profissional não foi possível conseguir material suficiente para realizar a ação e relacionado ao grupo de HIPERDIA não encontramos local adequado para acolher todos os pacientes do grupo. As dificuldades encontradas foram espaço físico inadequado para realizar as capacitações e os treinamentos com a equipe; dificuldade para conseguir material para as capacitações e treinamentos; dificuldade de acesso para fazer busca ativa nas áreas mais distantes; espaço físico inadequado para realizar as palestras em sala de espera e para acomodar o grupo de HIPERDIA em suas reuniões.

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

Todas as ações previstas no projeto foram realizadas, embora tenham sido encontradas algumas dificuldades já citadas no item anterior. O que facilitou para que as ações fossem realizadas, foi o apoio e colaboração de toda a equipe.

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

Em relação à coleta e sistematização de dados da intervenção e cálculo de indicadores, mesmo com a falta de informatização tecnológica, não foram encontradas muitas dificuldades, talvez porque a unidade é pequena onde temos somente 114 hipertensos e 29 diabéticos, assim foi fácil coletar os dados, fazer o fechamento das planilhas e o cálculo dos indicadores.

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

Há cerca de oito meses estamos atendendo em uma pequena casa alugada pela prefeitura, pois o local onde funcionava a UBS está em ampliação e reforma. Quando retornarmos para a unidade ampliada e reformada haverá espaço adequado para fazer palestras com os hipertensos e diabéticos e para dar continuidade com o grupo de HIPERDIA. As ações previstas no projeto serão incorporadas a rotina da unidade para que possamos melhorar a cada dia o atendimento ao hipertenso e diabético. Estamos torcendo para que a ampliação e reforma da unidade fique pronta o quanto antes para que assim possamos ofertar um melhor atendimento a todos os pacientes e principalmente aos idosos, pois muitos deles possuem limitações e precisam de espaço físico adequado e de atenção especial. Após as

capacitações e treinamentos a equipe encontra-se mais preparada para acolher melhor os pacientes desse e também dos outros programas.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria à atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da USF Limões, no município de Esplanada/Bahia. A população total da área adscrita da USF está em torno de 1.035 usuários.

Para ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade foram estabelecidas como metas cadastrar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos. Em relação aos hipertensos, no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 30 pacientes (26,3%), no segundo mês 48 pacientes (42,1%), no terceiro mês 72 pacientes (63,2%) e no último mês da intervenção foram cadastrados 79 pacientes, totalizando 69,3% da cobertura para os hipertensos (Figura 1). Em relação aos diabéticos, no primeiro mês iniciamos o cadastro e acompanhamento de 11 pacientes (39,7%), no segundo mês de 15 pacientes (51,7%), no terceiro mês 20 pacientes (69%) e no último mês da intervenção de 23 pacientes, equivalendo uma cobertura de 79,3% para os pacientes diabéticos (Figura 2).

Observa-se que a meta proposta para hipertensos não foi atingida, porém podemos considerar atingida a meta para os diabéticos. O baixo indicador em relação aos hipertensos deve-se a baixa adesão dos mesmos ao programa. Talvez essa baixa adesão esteja relacionada à dificuldade de acesso da maioria dos hipertensos devido à dificuldade de transporte até a UBS. Apesar de não termos atingido as metas, observamos que houve uma progressão mensal no acompanhamento desses pacientes. Após as ações de orientações desenvolvidas pela equipe de saúde da unidade foi diminuída a resistência que existia entre grande parte desses pacientes de participarem das consultas mensais e trimestrais na unidade com médico e enfermeira.

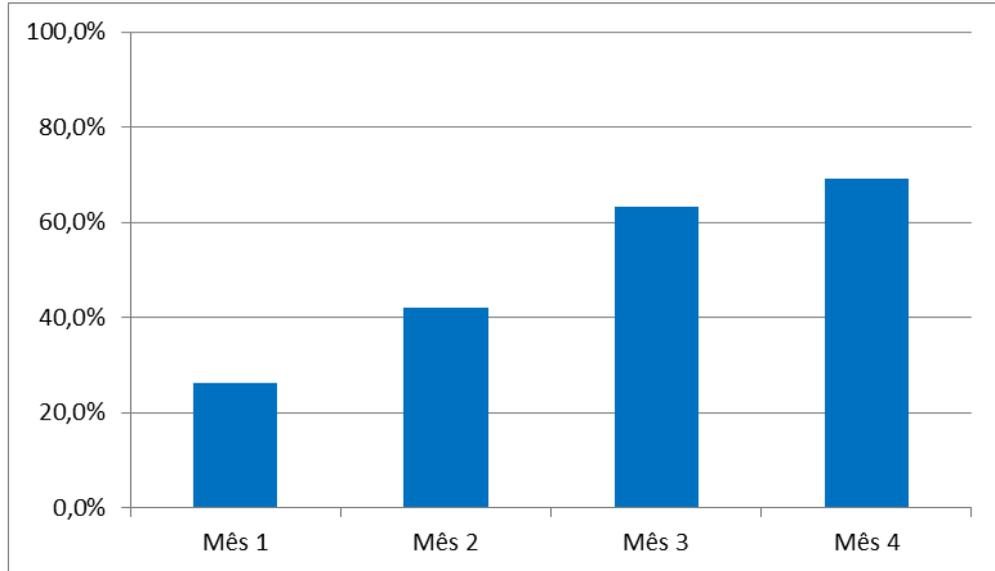


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

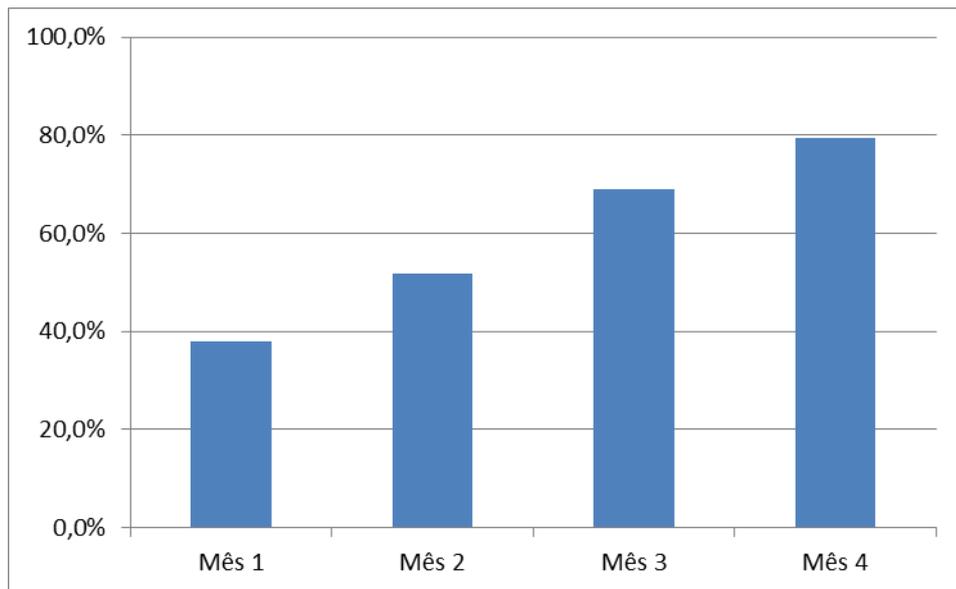


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

No que se refere ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, havíamos estabelecido como metas buscar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Para os pacientes hipertensos, no primeiro mês da intervenção 35,7% dos pacientes faltosos receberam busca ativa (5 de 14); no segundo mês da intervenção

32,4% receberam busca ativa (11 de 34); já no terceiro e quarto mês da intervenção 51,2% receberam busca ativa (22 de 43 faltosos), em cada mês (Figura 3).

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês da intervenção dos 6 pacientes faltosos nenhum recebeu busca ativa. No segundo mês da intervenção, 27,3% receberam busca ativa (3 de 11). No terceiro mês da intervenção 50% dos faltosos receberam busca ativa (6 de 12) e no último mês da intervenção, o indicador caiu para 44,4%, sendo apenas 4 dos 9 pacientes faltosos que receberam busca ativa (Figura 4).

Nota-se que a meta não foi atingida. Acredito que esses baixos indicadores devem-se ao fato de atuarmos na zona rural onde temos grande dificuldade de acesso às famílias das microáreas mais distantes. Outro fator está relacionado à falta de planejamento e elaboração das ações de busca ativa dos faltosos às consultas e a falta de meios de comunicação na comunidade para divulgar sobre a importância do atendimento do HIPERDIA.

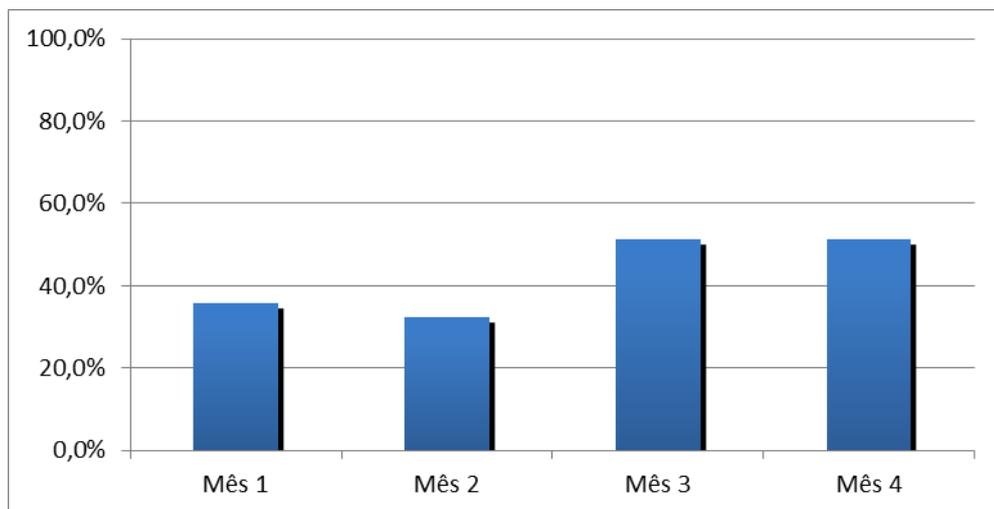


Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

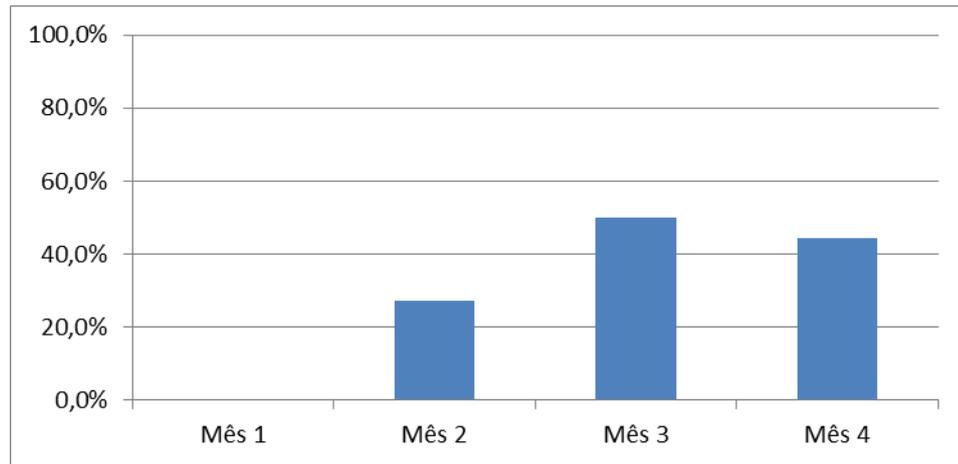


Figura 4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

No que se refere ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, a meta estabelecida havia sido realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Para os pacientes hipertensos, no primeiro mês da intervenção, 26,7% dos pacientes (8 de 30) tiveram o exame clínico realizado, no segundo mês da intervenção 33,3% (16 de 48), igualmente no terceiro mês da intervenção 33,3% dos pacientes (24 de 72) tiveram o exame clínico realizado e no quarto mês da intervenção o indicador subiu para 34,2% pacientes (27 de 79), (Figura 5).

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês da intervenção 27,3% dos pacientes (3 de 11) tiveram exame clínico realizado, no segundo mês esse número subiu para 33,3% (5 de 15), no terceiro mês o indicador caiu para 25,0% (5 de 20) e no último mês o indicador subiu para 52,2% pacientes (12 de 23), (Figura 6).

Analisando os dados acima observamos que a meta não foi atingida. O que dificultou para que essa meta fosse atingida foi à deficiência no atendimento, onde faltou a realização de anamnese e o exame físico detalhado para constituir o exame clínico.

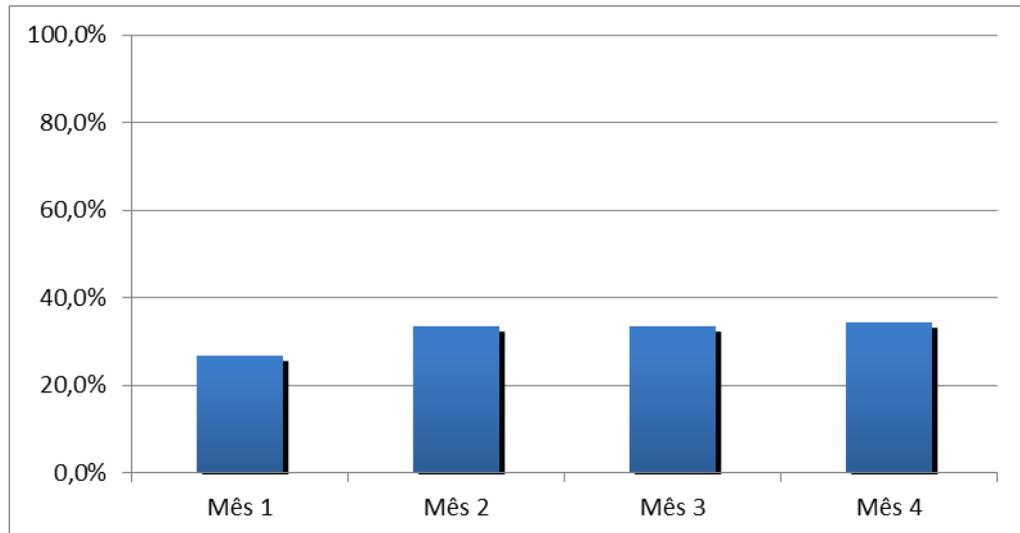


Figura 5. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

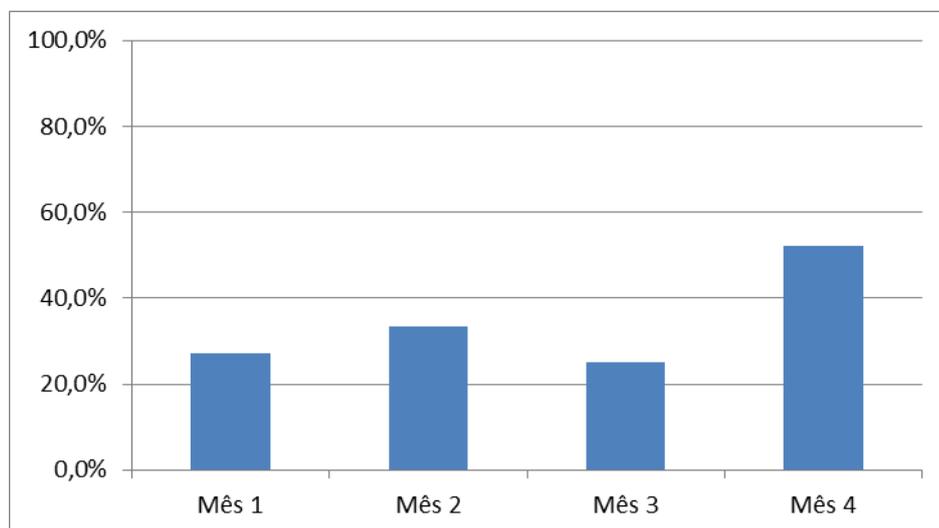


Figura 6. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Em relação ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, havíamos estabelecido como metas realizar exame complementar em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Para os pacientes hipertensos, no primeiro mês da intervenção 26,7% dos pacientes (8 de 30) realizaram exame complementar, no segundo mês da intervenção 33,3% (16 de 48), igualmente no terceiro mês da intervenção 33,3% (24 de 72) dos pacientes realizaram exame complementar e no quarto mês da intervenção o indicador subiu para 34,2% (27 de 79), (Figura 7).

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês da intervenção 27,3% dos pacientes (3 de 11) realizaram exame complementar, no segundo mês esse número subiu para 33,3% (5 de 15), no terceiro mês o indicador caiu para 25,0% (5 de 20) e no último mês o indicador subiu para 52,2% dos pacientes (12 de 23), (Figura 8).

Nota-se que a meta não foi atingida. Ao observar os resultados acima percebemos que no último mês de intervenção o indicador dos diabéticos teve um significativo aumento em relação aos meses anteriores. Acredito que não foi possível atingir a meta de realizar os exames complementares em dia devido à dificuldade da maioria dos idosos se deslocarem dos povoados para a cidade para fazer a coleta dos exames complementares, uma vez que o município oferta todos os exames laboratoriais necessários sem dificuldades. O agendamento é feito na própria UBS e foi solicitado exame complementar para todos os pacientes que apresentaram necessidade.

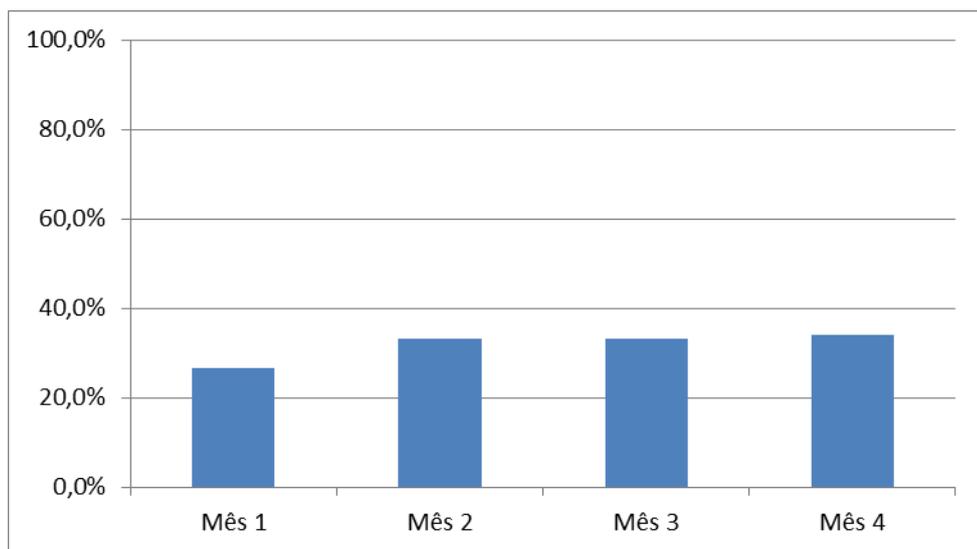


Figura 7. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

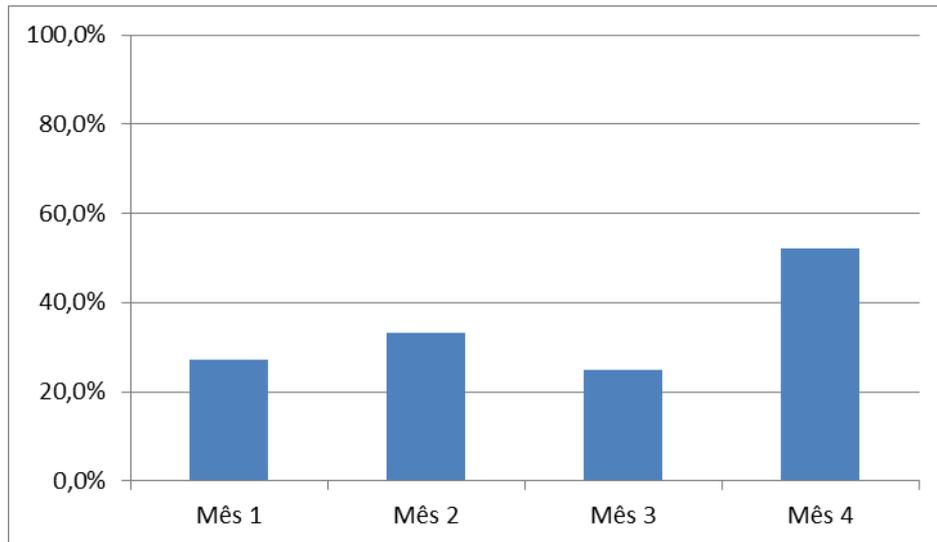


Figura 8. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No que se refere ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular, foram estabelecidas como metas garantir a totalidade de prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Para os pacientes hipertensos, no primeiro mês da intervenção 88,9% dos pacientes (24 dos 27) receberam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 91,1% (41 de 45), no terceiro mês 91,4% (64 de 70) e no último mês da intervenção esse número subiu para 92,2% (71 de 77) com prescrição de medicamentos (Figura 9).

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês da intervenção 90,9% dos pacientes (10 de 11) receberam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 86,7% (13 de 15), no terceiro mês 85,0% (17 de 20) e no último mês 87,0% (20 de 23) tiveram a prescrição das medicações da lista do HIPERDIA da farmácia popular (Figura 10).

Relacionado a esse indicador, apesar de obtermos bons resultados a meta não foi alcançada. Embora a farmácia básica disponibilize a maioria dos medicamentos do programa do HIPERDIA, acredito que não foi possível atingir essa meta, porque em alguns casos é necessária a prescrição de alguns medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular.

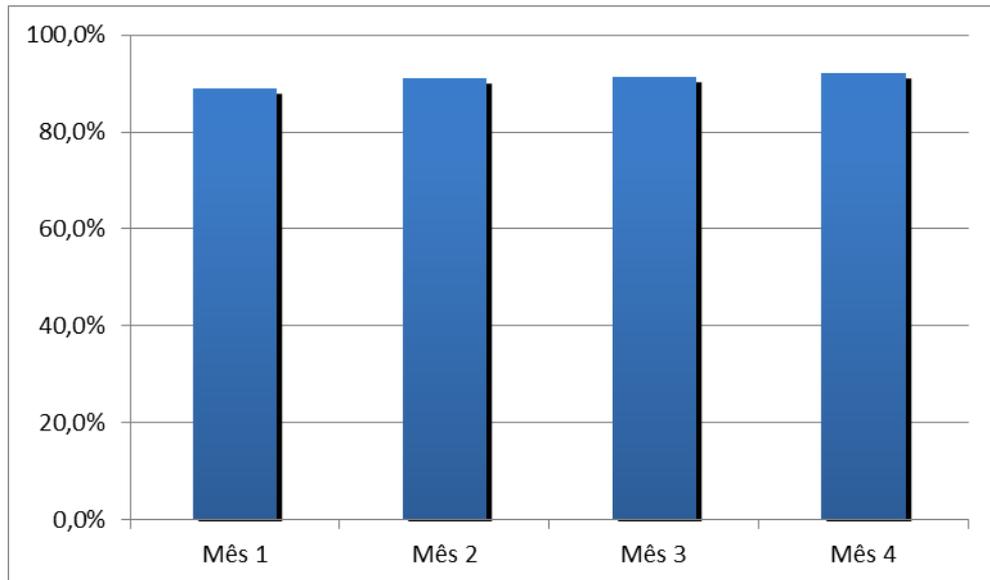


Figura 9. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular

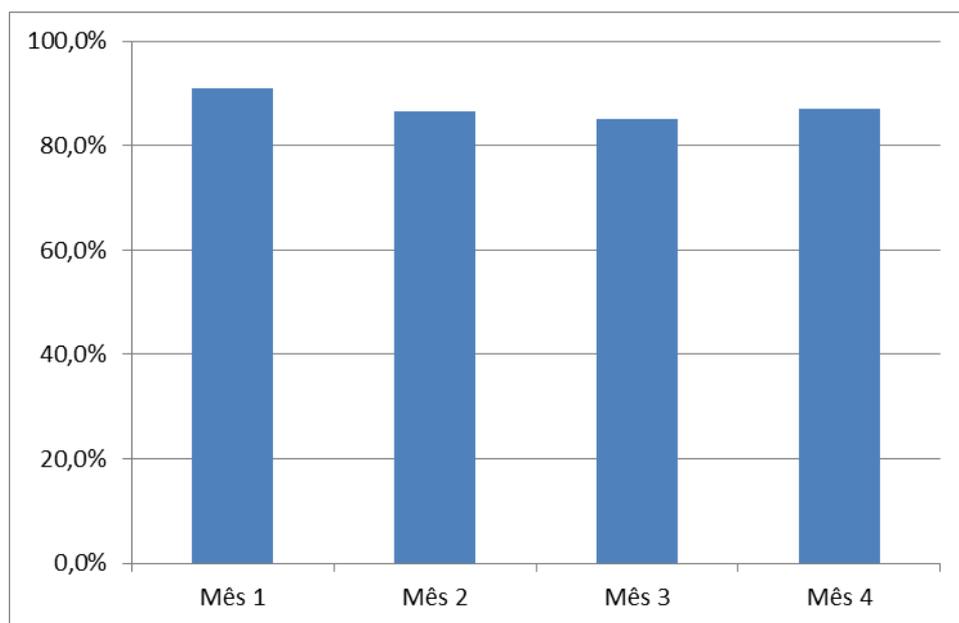


Figura 10. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular

No que se refere ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, havíamos estabelecido como metas manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para os pacientes hipertensos do primeiro ao terceiro mês da intervenção todos os pacientes tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, totalizando 100% para este indicador. No último mês da intervenção este indicador caiu para 98,7%, tendo apenas um paciente sem o registro adequado (Figura 11).

Em relação aos pacientes diabéticos, durante os quatro meses da intervenção, todos os pacientes tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, totalizando 100% para este indicador.

Observa-se que essa meta foi atingida. As ações que auxiliaram para que essa meta fosse atingida foram os treinamentos e capacitações realizados com a equipe relacionados ao preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento e procedimentos clínicos do HIPERDIA.

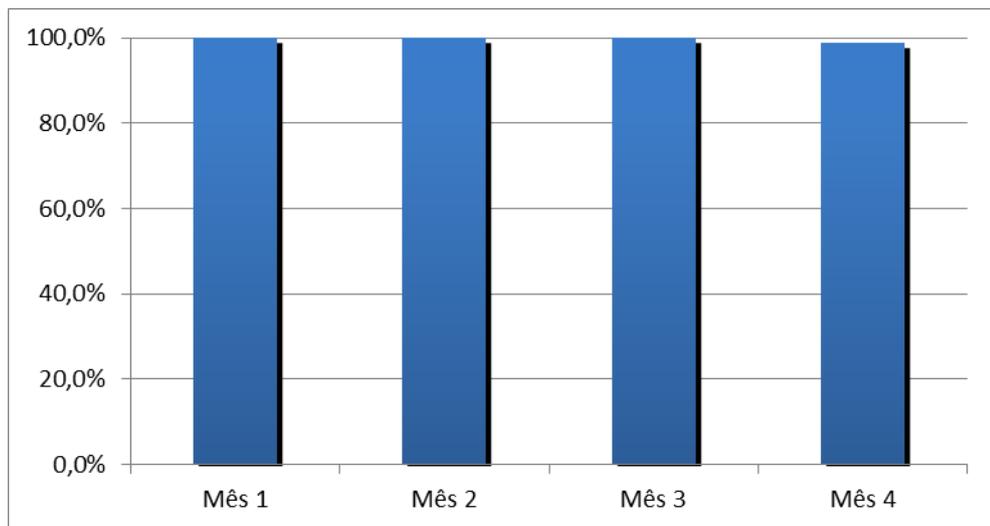


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Em relação ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, foram estabelecidas como metas realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para os pacientes hipertensos, no primeiro mês da intervenção 30,0% dos pacientes tiveram estratificação do risco cardiovascular realizada, ou seja, (9 de 30 pacientes); no segundo mês da intervenção 33,3% (16 de 48); no terceiro mês 34,7% (25 de 72); já no quarto mês da intervenção esse índice subiu para 36,7% (29 de 79) tiveram estratificação de risco cardiovascular realizada (Figura 12).

Em relação aos pacientes diabéticos no primeiro mês da intervenção 18,2% dos pacientes tiveram estratificação do risco cardiovascular realizada (2 de 11); no segundo mês esse índice subiu para 26,7% (4 de 15); no terceiro mês o índice caiu para 25,0% (5 de 20); e no quarto mês da intervenção esse índice subiu novamente

para 52,2% (12 de 23) de pacientes que tiveram estratificação de risco cardiovascular realizada (Figura 13).

Nota-se que a meta não foi atingida. Ao observar os resultados acima percebemos que no ultimo mês de intervenção o indicador dos diabéticos teve um significativo aumento em relação aos meses anteriores. Acredito que não foi possível atingir a meta para realizar estratificação de risco cardiovascular, porque dispomos de pouco tempo para cada consulta e esse tempo é insuficiente para pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo e fazer o cálculo do escore de Framingham para cada paciente. Outro fator que também impossibilita o cálculo do escore Framingham é que boa parte dos pacientes não estão com exames complementares em dia.

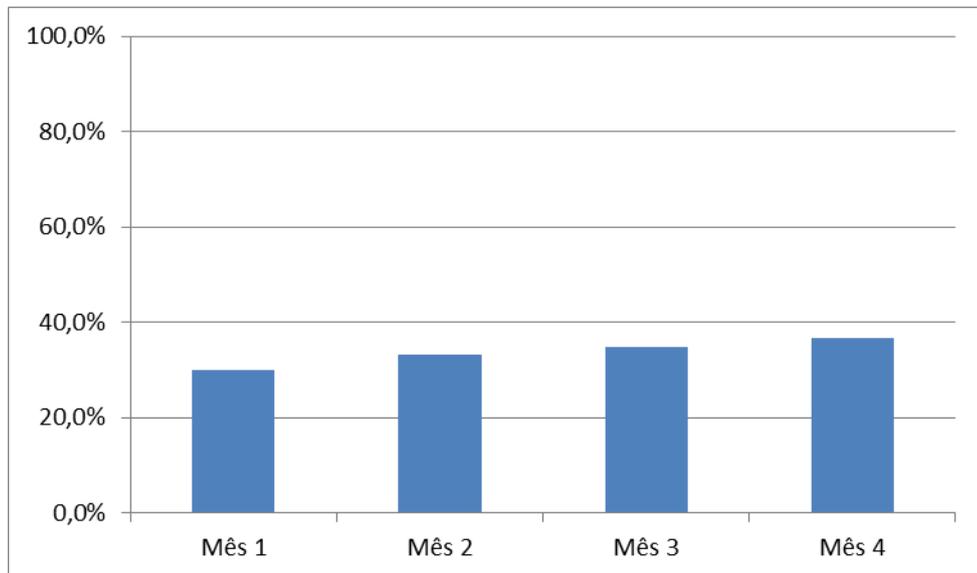


Figura 12. Proporção de hipertensos com estratificação de risco Cardiovascular por exame clínico em dia.

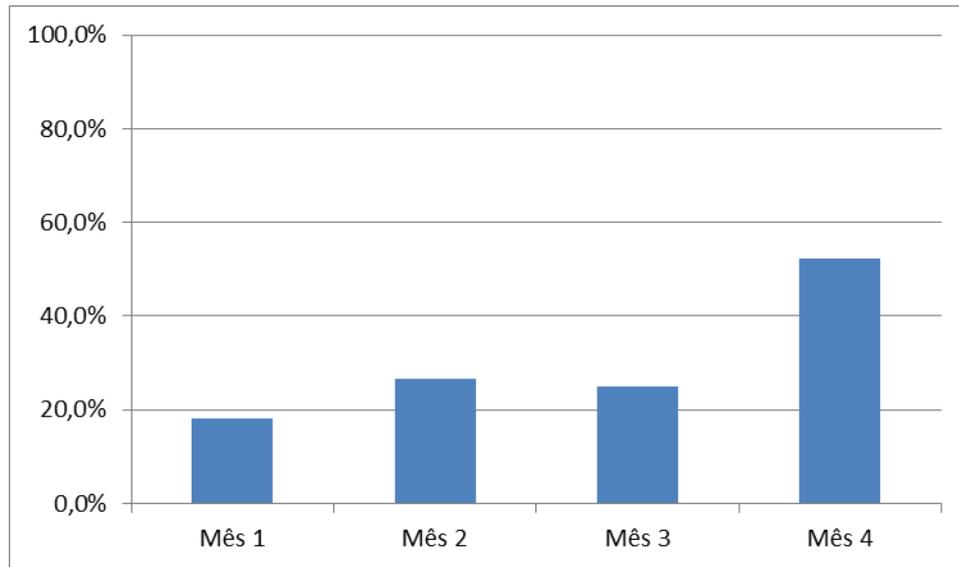


Figura 13. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Relacionado ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica em dia, havíamos estabelecido meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Para os pacientes hipertensos, no primeiro mês da intervenção 3,3% dos pacientes tiveram avaliação odontológica realizada (1 de 30); no segundo mês da intervenção esse índice subiu para 10,4% (5 de 48); no terceiro mês da intervenção 11,1% (8 de 72); e no quarto mês da intervenção esse índice manteve-se em 11,4% (9 de 79) de pacientes que receberam avaliação odontológica (Figura 14).

Em relação aos pacientes diabéticos no primeiro mês da intervenção nenhum paciente teve avaliação odontológica realizada (0%); no segundo mês esse índice subiu para 6,7% (1 de 15 pacientes); no terceiro mês da intervenção o índice subiu para 15,0% (3 de 20 pacientes) e no quarto mês o índice caiu para 13% (3 de 23 pacientes), (Figura 15).

Observamos que essa meta não foi atingida. Acredito que esses baixos indicadores devem-se ao fato de não termos dentista e nem consultório dentário em nossa unidade e os pacientes que necessitam de avaliação odontológica precisam ser encaminhados para atendimento na unidade mais próxima que fica a cerca de 20 km. Além da dificuldade de locomoção de alguns pacientes, há também a dificuldade de transporte de uma unidade para outra e a maioria dos pacientes alega não ter dinheiro para pagar transporte. Outro fator relevante é a pequena quantidade

de vagas que é disponibilizada semanalmente para nossa unidade e que precisa ser distribuída entre os pacientes de todos os programas.

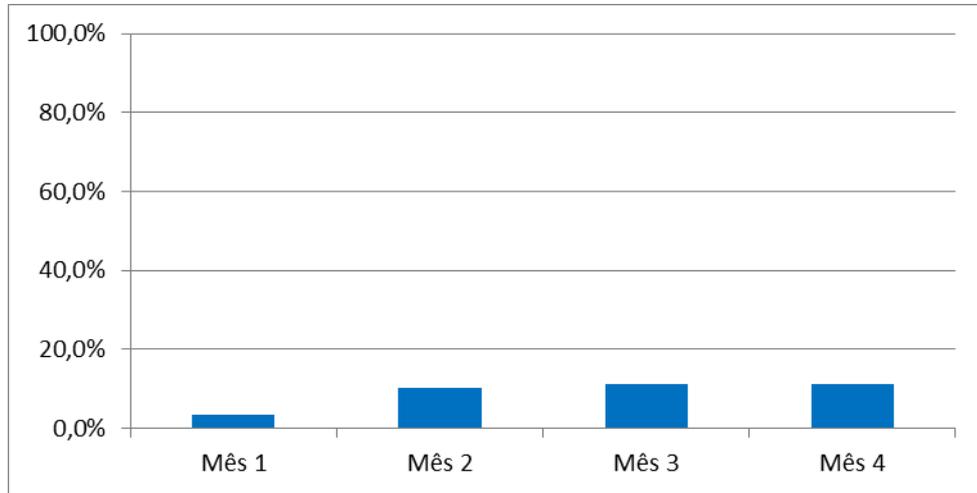


Figura 14. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

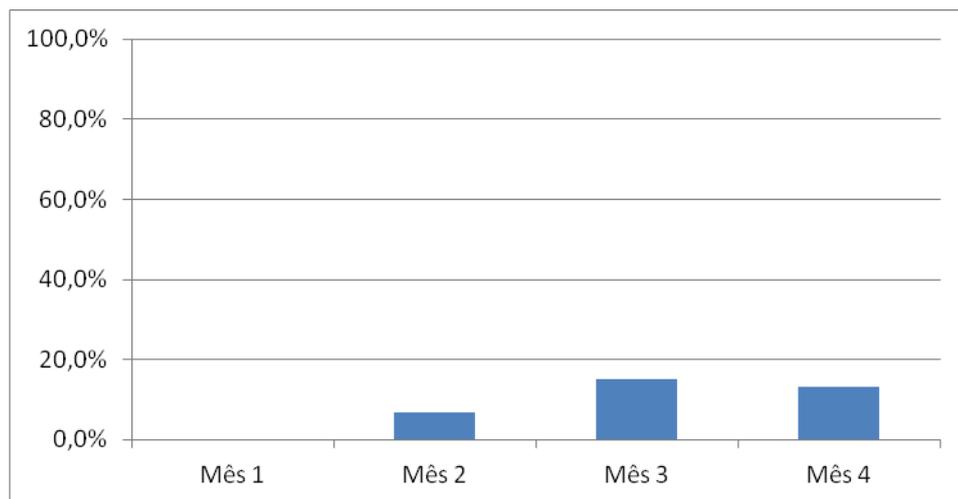


Figura 15. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Em relação ao indicador proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, havíamos estabelecida como meta orientar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos. O mesmo foi estabelecido para orientação sobre atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo. Todos estão relacionados a uma proposta de promoção a saúde baseado em mudanças do estilo de vida.

Durante os quatro meses da intervenção todos os pacientes, tanto hipertensos quanto diabéticos, foram orientados quanto a essas mudanças do estilo de vida. Para os hipertensos, foram orientados 30 pacientes no primeiro mês, 48

no segundo mês, 72 pacientes no terceiro mês e 79 pacientes no quarto mês. Em relação aos diabéticos, foram orientados 11 pacientes no primeiro mês, 15 pacientes no segundo mês, 20 pacientes no terceiro mês e 23 pacientes no quarto mês.

Observa-se que essa meta foi atingida. As ações que auxiliaram para que essas metas fossem atingidas foram às orientações dos pacientes durante as consultas; as palestras feitas na unidade e na comunidade; e também porque a equipe de saúde da unidade ofereceu um café da manhã num antigo mercado da comunidade para os pacientes hipertensos e diabéticos.

Para esta ação, providenciamos um micro-ônibus para buscar os idosos das comunidades mais distantes e apesar da forte chuva nesse dia compareceram em média 80 hipertensos e diabéticos, que além de degustarem o delicioso café da manhã também participaram dos seguintes serviços e palestras: aferição de pressão arterial, teste de glicemia e foram feitas palestras com a nutricionista do município abordando sobre a importância da alimentação saudável.

O médico abordou o tema da hipertensão e diabetes, orientou os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e sobre a importância do tratamento, orientando também quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia.

A enfermeira orientou os pacientes quanto à necessidade da realização de exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares, orientou quanto à importância da prática de atividade física regular, quanto à existência de tratamento para abandonar o álcool e o tabagismo e orientou as mulheres para a prevenção do câncer de mama. A dentista do PSF que dá suporte a essa unidade trouxe orientações gerais sobre saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde melhorou a adesão do hipertenso e diabético ao programa HIPERDIA; melhorou a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde; com destaque para promoção da saúde deste público alvo.

A intervenção exigiu a capacitação da equipe, onde foram realizados treinamentos visando melhorar o acolhimento e o atendimento aos pacientes portadores de HAS e DM. Nas três primeiras semanas foram realizadas as seguintes capacitações e treinamentos: capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do HGT em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Outros temas propostos foram à atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre a promoção da prática de atividade física regular; treinamento da equipe para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético; capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Todas as capacitações e treinamentos foram realizadas na própria USF no final do atendimento diário. As dificuldades encontradas para realizar essas ações foram poucas, como espaço físico inadequado para realizar as capacitações e treinamentos e interrupção das capacitações por alguns pacientes que desejavam atendimento não agendado.

A comunidade ainda não se deu conta da importância e do impacto da intervenção para a USF Limões. O aumento do número de vagas disponibilizadas diariamente aos hipertensos e diabéticos gerou insatisfação aos pacientes dos demais programas, apesar das demais ações oferecidas na unidade não terem sido suprimidas, os pacientes ainda não entenderam a necessidade da priorização do atendimento aos hipertensos e diabéticos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início tivéssemos tido o apoio de outras secretarias, como por exemplo, da secretaria de transportes para disponibilizar o transporte dos pacientes das comunidades mais distantes até à

unidade e transporte para levar esses pacientes até a cidade para realizar os exames complementares.

Junto com a equipe buscaremos estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Quinzenalmente a equipe voltará a realizar o atendimento na comunidade de caldeirões que já existia, porém há alguns meses não estava mais acontecendo por falta de local para a equipe se instalar. Entramos em contato com a secretaria de educação que nos forneceu o colégio da comunidade que está temporariamente desativado. A comunidade de Caldeirões é a mais distante da unidade, com esse atendimento quinzenal almejamos ampliar a cobertura nessa micro-area não só do programa do HIPERDIA, mas também dos demais programas, principalmente do programa de puericultura.

A intervenção será incorporada a rotina da unidade. Para isso daremos continuidade ao trabalho de orientação da comunidade sobre a importância da realização das consultas médicas de acordo com a periodicidade preconizada e sobre a importância do acompanhamento do HIPERDIA.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Prezado gestor da Secretaria Municipal de Esplanada-Ba,

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada de setembro a dezembro de 2013 na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Limões, com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A escolha do foco de intervenção justifica-se pelo fato dos pacientes hipertensos e diabéticos faltarem muito às consultas agendadas e só comparecerem a unidade de saúde para pegar as medicações na farmácia sem fazer o acompanhamento com o médico ou com a enfermeira.

Algumas metas foram estabelecidas e obtivemos bons resultados, principalmente em relação à cobertura do programa, onde houve um aumento progressivo de usuários cadastrados e que iniciaram o acompanhamento na USF Limões. Em relação aos hipertensos chegamos a uma cobertura de 69,3% e para os diabéticos chegamos à cobertura de 79,3%. Esse avanço na cobertura está relacionado às ações de orientações desenvolvidas pela equipe de saúde da

unidade e na comunidade, onde foi diminuída a resistência que existia entre grande parte desses pacientes de participarem das consultas mensais e trimestrais na unidade com médico e enfermeira.

Outra ação de grande relevância para a comunidade refere-se à prescrição de medicamentos da lista de HIPERDIA ou da Farmácia popular onde os resultados para essa ação foram bastante satisfatórios. Chegamos a atingir 92,2% para os hipertensos no último mês da intervenção e 90,9% para os diabéticos no primeiro mês da intervenção. Acredito que não foi possível atingir a meta de 100% da prescrição de medicamentos da lista de HIPERDIA ou da Farmácia popular, porque em alguns casos é necessária a prescrição de alguns medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular.

A ação onde obtivemos os menores índices foi relacionada a garantir avaliação odontológica aos pacientes hipertensos e diabéticos. Para os hipertensos o menor índice foi 3,3% no primeiro mês e o maior foi 11,4% no quarto mês da intervenção. Em relação aos pacientes diabéticos, obtivemos os índices de 0% no primeiro mês, no segundo mês esse índice subiu para 6,7%, no terceiro o índice foi 15,0% e no quarto mês o índice caiu para 13,0%. Acredito que esses baixos indicadores deve-se ao fato de não termos dentista e nem consultório dentário em nossa unidade e os pacientes que necessitam de avaliação odontológica precisam ser encaminhados para atendimento na unidade mais próxima que fica a cerca de 20 Km. Além da dificuldade de locomoção de alguns pacientes, há também a dificuldade de transporte de uma unidade para outra e a maioria dos pacientes alega não ter dinheiro para pagar transporte. Outro fator relevante é a pequena quantidade de vagas que é disponibilizada semanalmente para nossa unidade e que precisa ser distribuída entre os pacientes de todos os programas. Para melhor atender os nossos pacientes necessitamos de um consultório odontológico com dentista atendendo diariamente em nossa UBS.

Após a intervenção as ações direcionadas ao atendimento do HIPERDIA ficaram mais organizadas, com a ajuda dos ACS através das orientações na comunidade foi possível buscar uma grande quantidade de pacientes faltosos as consultas.

Foram realizadas ações de capacitações e treinamentos para a equipe de saúde da unidade dentre elas: capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;

capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre a promoção da prática de atividade física regular; grupo de hiperdia; atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos; busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.

Também foram realizadas ações de promoção à saúde, dentre elas orientações sobre alimentação saudável; sobre a prática de atividade física regular e sobre os riscos do álcool e tabagismo. As metas de orientações foram atingidas com 100% durante os quatro meses da intervenção. As ações que auxiliaram para que essas metas fossem atingidas foram orientar os pacientes durante as consultas; as palestras feitas na unidade e na comunidade; e as orientações dos ACS durante as visitas domiciliares.

As ações de capacitações e treinamentos para a equipe e ações de orientações para os pacientes foram cumpridas parcialmente, onde pude contar com o apoio, colaboração e motivação da equipe da unidade. Entretanto, as dificuldades encontradas foram espaço físico inadequado para realizar palestras para os pacientes, para realizar os treinamentos e capacitações para a equipe e para a equipe do NASF realizar as atividades educativas. Encontramos dificuldades também para conseguir material para as capacitações e treinamentos. Necessitamos de um ambiente maior e adequado para que sejam realizadas as nossas capacitações e os nossos treinamentos e também para fazermos as palestras para os pacientes.

Apesar dos esforços para ampliar a cobertura do programa, percebe-se que a comunidade ainda não se deu conta da importância da intervenção, pois ainda temos na área muitos pacientes faltosos às consultas.

Junto com a equipe buscaremos estratégias para não ocorrer evasão dos pacientes com hipertensão e diabetes. Quinzenalmente a equipe voltará a realizar atendimento na comunidade de Caldeirões que é a mais distante da unidade, visando ampliar a cobertura nessa micro-area não só do programa do HIPERDIA, mas também dos demais programas, principalmente do programa de puericultura.

Diante do exposto, percebe-se que apesar de algumas metas não terem sido atingidas, obteve-se um bom resultado após a intervenção e esta será incorporada a

rotina da unidade. Para isso daremos continuidade ao trabalho de orientação da comunidade sobre a importância da realização das consultas médicas de acordo com a periodicidade preconizada e sobre a importância do acompanhamento do HIPERDIA.

4.4 Relatório da intervenção para a Comunidade

Olá comunidade acompanhada na USF Limões,

Escrevo-lhes para contar algumas mudanças ocorridas nos últimos meses nesta USF, principalmente em relação ao acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Há quatro meses estamos buscando melhorar a atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos através de ações direcionadas ao atendimento do HIPERDIA dentre elas: capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA; capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre a promoção da prática de atividade física regular; grupo de hiperdia; atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos; busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.

As ações de capacitações e treinamentos para a equipe foram cumpridas parcialmente, onde pude contar com o apoio, colaboração e motivação da equipe da unidade. Entretanto, foram encontradas algumas dificuldades como: espaço físico inadequado para realizar os treinamentos e capacitações para a equipe encontraram-se dificuldades também para conseguir material para as capacitações e treinamentos. Observamos que após as capacitações e treinamentos a equipe encontra-se mais preparada para atender os pacientes hipertensos e diabéticos.

Após a intervenção as ações direcionadas ao atendimento do HIPERDIA ficaram mais organizadas, onde observamos um aumento significativo na busca dos pacientes faltosos as consultas.

Durante a intervenção reorganizamos o atendimento clínico da unidade que está acontecendo duas vezes por semana nos turnos da manhã e da tarde, nas segundas e quartas-feiras onde serão agendados 12 pacientes por turno. Também haverá atendimento de demanda espontânea pelo médico e pela enfermeira para os pacientes hipertensos e diabéticos com urgências.

Voltamos a realizar o atendimento quinzenal na comunidade de Caldeirões, visando ampliar a cobertura nessa micro-area não só do programa do HIPERDIA, mas também dos demais programas, principalmente do programa de puericultura.

Daremos continuidade aos trabalhos de orientações que estão sendo feitos na comunidade pelos ACS, para que assim, possamos fortalecer cada vez mais as ações que iremos desenvolver continuamente em nosso serviço.

Apesar de não ter atingido algumas metas propostas, estou muito feliz por ter realizado essa intervenção na unidade e mais feliz ainda, pois as ações da intervenção foram incorporadas a rotina da unidade e com certeza essas ações irão melhorar cada vez mais a qualidade do serviço oferecido ao paciente com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

5 Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família veio somar ao trabalho já desenvolvido na UBS. Através do curso foi possível identificar e implementar a ação programática prioritária e útil em nossa unidade de saúde. Após a implantação da ação programática foi possível obter resultados concretos e que pretendemos fazer com que esse trabalho permaneça em nossa unidade após o término do curso.

A nova experiência vivida com essa intervenção foi fundamental para o desenvolvimento de uma visão mais ampla dos problemas de saúde que encontramos em nosso cotidiano profissional.

O curso de especialização em saúde da família teve uma grande importância para mim enquanto profissional atuante em UBS, pois acrescentou conhecimentos em relação à atenção primária a saúde, principalmente no enfoque da estratégia de saúde da família.

Após o curso foi possível ampliar a qualidade e a equidade do atendimento à saúde dos pacientes da área adscrita e foi possível solucionar problemas reais da unidade básica de saúde.

A capacitação do enfermeiro envolvido na atenção primária à saúde é fundamental para que ele possa desenvolver o trabalho com eficiência, visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Bibliografia

Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: **hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 14/07/2013.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Séries Saúde no Brasil 4, 2011; Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 21/04/2014.

Anexos

ANEXO A: Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
1	Indicadores de HAS e DM - Mês 4											
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
692		689		0								
693		690		0								
694		691		0								
695		692		0								
696		693		0								
697		694		0								
698		695		0								
699		696		0								
700		697		0								
701		698		0								
702		699		0								
703		700		0								
704	Soma automática					79	23	79	47	23	32	32
705	HIPERTENSOS					79		73	43	22	27	27
706	DIABÉTICOS						23	20	9	4	12	12

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

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

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

ANEXO C: Documento do Comitê de Ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Apêndice

APÊNDICE A: Equipe da UBS de Limões



APÊNDICE B: Inauguração do grupo de Hiperdia com atividades, palestras e café da manhã saudável para os hipertensos e diabéticos

