

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



**Qualificação da atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na
USF Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo/SP**

Maristela Stoianov

Pelotas, 2014

Maristela Stoianov

**Qualificação da atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na
USF Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo/SP**

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

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta

Co-Orientadora: Ariane da Cruz Guedes

Pelotas, 2014

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

S873q Stoianov, Maristela

Qualificação da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na USF Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo/SP / Maristela Stoianov; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a); Ariane da Cruz Guedes, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

76 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho à equipe de Saúde da Família da Área Azul da Unidade de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho por todo apoio e parceria. Ao meu esposo Mateus que em meio a muitas e muitas fichas e trabalhos em casa se mostrou usuário e disponível em todos os momentos.

Agradecimentos

Inicialmente Agradeço à Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de participação desse curso e a disponibilidade para os profissionais que estão na frente de atendimento de toda atenção primária à saúde.

Agradeço à equipe do Curso de Especialização em Saúde da Família pelo apoio e parceria na construção, execução e avaliação do projeto. Em especial às minhas orientadoras que em todo momento se mostraram disponíveis e atentas com as atividades.

À prefeitura de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina pelo apoio na execução desse trabalho

Às equipes de trabalho da Unidade de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho (Vila Dalva) que de varias formas foram essenciais para que esse trabalho acontecesse e acreditaram no projeto, auxiliando em todas as etapas.

E finalmente ao grande instrumental desse trabalho, nossos usuários, que contribuíram para o bom andamento do projeto.

Resumo

Maristela Stoianov. **Qualificação da atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na USF Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo/SP**; 75 f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus acometem mais de 35% da população acima dos 40 anos no Brasil. As doenças Cardiovasculares e as complicações advindas delas são importantes causas de morbimortalidade. O Objetivo principal desse trabalho foi qualificar a atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo-SP, tendo como 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 usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa. O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de dezesseis semanas no horário de funcionamento da unidade utilizando como principal objeto de estudo o levantamento dos dados em registro de prontuários de atendimento aos usuários portadores de Diabetes Mellitus e ou Hipertensão Arterial Sistêmica. Contudo o trabalho foi realizado em quinze semanas para conclusão em tempo de apresentação na data proposta pela UFPel. As ações se desenvolveram em eixos de ação que foram: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Esses dados levantados alimentaram planilhas com indicadores de qualidade onde foram analisados os resultados. Algumas metas como orientação nutricional, para a prática de atividade física e tabagismo foram atingidas superando as expectativas. Em outros casos como exame clínico em dia de acordo com o protocolo e exames complementares em dia, apesar do não alcance das metas houve uma melhora significativa dos resultados em mais de 70% da população atingida. Muitas mudanças puderam ser notadas com esse projeto desde a melhora do atendimento clínico realizado pelas equipes de saúde, como o engajamento da população com relação ao auto cuidado até o envolvimento de toda equipe de trabalho nos resultados finais, mostrando que a organização dos serviços é fundamental para melhoria do atendimento prestado pelo serviço público a população.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

Lista de Figuras

Figura 1: Cronograma das Atividades.....	37
Figura 2: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	45
Figura 3: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.....	46
Figura 4: Gráfico da Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	47
Figura 5: Gráfico da Proporção de Diabéticos faltosos às consultas e com busca ativa.	48
Figura 6: Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	49
Figura 7: Gráfico da Proporção diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	50
Figura 8: Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	51
Figura 9: Gráfico da Proporção de Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 10: Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	53
Figura 11: Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	54
Figura 12: Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	54
Figura 13: Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	56
Figura 14: Gráfico da Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	56
Figura 15: Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação] odontológica.	57
Figura 16: Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	58
Figura 17: Gráfico da Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	59
Figura 18: Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	60

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

DCV- Doenças Cardiovasculares

DCNT_ Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM- Diabetes Melitus

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

MSP- Município de São Paulo

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial Sistêmica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAVIS- Programa Ambientes Verdes Saudáveis

PSF- Programa de Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFPeI- Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Texto comparativo.....	15
2. Análise Estratégica: projeto de intervenção.....	16
2.1 Justificativa.....	16
2.2 Objetivo Geral.....	18
2.2.1 Objetivos específicos.....	18
2.2.2 Metas.....	18
2.3 Metodologia.....	20
2.3.1 Ações.....	21
2.3.2 Indicadores.....	29
2.3.3 Logística.....	35
2.3.4 Cronograma.....	37
3. Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações que foram realizadas (facilidades e dificuldades).....	38
3.2 Ações não realizadas ou que apresentaram dificuldades para serem executadas.	42
3.3 Incorporação da intervenção na unidade.....	43
4. Avaliação da Intervenção	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão.....	60
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	63
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade.....	64
5 Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção.	66
Referências.....	68
APENDICE A – Ficha para Controle de Busca Ativa.....	70
ANEXO A: Ficha Espelho para coleta de informações (frente)	71
ANEXO B: Ficha Espelho para coleta de informações (verso)	72

ANEXO C: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.....	73
ANEXO D: Ficha B de Hipertensão Arterial Sistêmica (SIAB)	74
ANEXO E: Ficha B de Diabetes Mellitus (SIAB)	74
ANEXO F: Termo do comitê de ética.....	75

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos, oferta e organização dos serviços da UBS e após sistematizá-los, tendo-os como base para a escolha da intervenção prioritária para o nosso serviço, elaboramos o Projeto de Intervenção para a qualificar a atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo-SP.

O volume se inicia pela análise situacional, que discorre sobre a situação da ESF antes da intervenção, seguida da análise estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. Ainda apresenta-se um relatório final da intervenção que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a análise da intervenção, com a apresentação dos resultados e discussão da importância da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade.

Por fim, conclui-se com uma reflexão crítica do processo de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e o significado do curso para a prática profissional.

1 **Análise Situacional**

1.1 **Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

São Paulo é a maior cidade do Brasil com 10.886.518 de habitantes. Por esse motivo apresenta o sistema de saúde maior e mais complexo com 15572 estabelecimentos de saúde cadastrados segundo o site do Datasus (www.datasus.gov.br) no mês de Janeiro de 2014. Desses estabelecimentos 3988 prestam atendimento em nível básico. Os outros estão divididos em atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e atendimento hospitalar de média e alta complexidade, sendo referencia de atendimentos para todo o país.

A implantação da ESF em São Paulo iniciou em 1996, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde. Em 2001, com a municipalização do Sistema de Saúde, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil.

No início de 2005, o Município contava com 722 equipes de ESF implantadas em 197 unidades, e cobertura de 27%. Em setembro/2012, já estavam implantadas 1277 equipes de ESF, distribuídas em 270 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cobertura de 45,06%, correspondendo a uma expansão de 76,8% das equipes.

A implantação dos NASF, no Município de São Paulo (MSP), iniciou-se em julho de 2008, com proposta de 86 equipes. Em janeiro de 2011 o departamento de atenção básica anunciava uma implantação de 51 equipes.

Por ser um município muito grande e de difícil coordenação foram criadas regionais de saúde para melhor administração.

A regional de saúde Butantã, conta com a parceria da Universidade de São Paulo em convênio com a Fundação Faculdade de Medicina no qual funciona o Projeto Região Oeste que tem como intuito ampliar a plataforma de ensino da Faculdade de Medicina da USP no nível básico de assistência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho, (conhecida como Vila Dalva) tem como propósito ser um exemplo de atenção primária no Programa de Saúde da Família. Atualmente trabalha com cinco equipes de saúde da Família (compostas por um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) e alguns profissionais para a área não inserida no programa de saúde da família (pediatra, ginecologista, clínico geral) se caracterizando como uma unidade mista.

A estrutura da unidade está passando por uma reforma no momento e enfrenta diversas dificuldades de espaço para atendimento devido a grande quantidade de profissionais e estudantes que utilizam o espaço. Espaços na comunidade têm sido muito requisitados por todos os profissionais, principalmente para realização de atividades coletivas como os grupos educativos e de atendimento ajudando na logística e nas dificuldades com a falta de espaço.

As equipes de saúde de família tem um vínculo com a população que auxilia muito no trabalho e nos projetos que são desenvolvidos, contudo o controle dos registros são muito deficitários dificultando a busca ativa, as avaliações e o planejamento das ações.

A área de abrangência da UBS conta com uma população de 14.393 pessoas com um predomínio bem diferente do que o esperado pela demografia brasileira. A maior parte dos moradores é idosa e mulheres em idade fértil com um número bem pequeno de crianças. Apesar do número elevado de pessoas cadastradas as equipes trabalham com a quantidade esperada de pessoas pelo documento norteador do programa.

A demanda espontânea da unidade é atendida pelas equipes de referencia em vagas denominadas reservas técnicas. Nos momentos em que essa demanda extrapola o número disponível de vagas esses usuários são atendidos pela equipe de referencia no acolhimento/supervisão. A principal dificuldade acontece com as equipes não completas, principalmente quando está faltando o médico da equipe, pois a demanda fica reprimida e depende do acolhimento da UBS para resolução de problemas. Os atendimentos em grupo e o apoio das equipes é o grande segredo para diminuir os conflitos da população e não desassistir as pessoas que procuram pelo serviço.

O atendimento em saúde da criança é feito por toda a equipe. Os agentes comunitários atuam na busca ativa de crianças faltosas ou de baixo peso, os auxiliares de enfermagem participam dos grupos de educação em saúde e de orientação aos pais e o enfermeiro e médico se revezam nas consultas que são norteadas pelos protocolos de atendimento municipal e do ministério da saúde. Apesar do atendimento programático, e com boa interação da equipe os registros desses atendimentos não produzem marcadores de qualidade e planejamento e deveriam ser compilados mensalmente para melhor avaliação do trabalho das equipes.

O atendimento ao pré natal e saúde da mulher é realizado por toda a equipe e os registros são bem realizados devido ao sistema eletrônico do mãe paulistana. Os atendimentos seguem protocolos municipais e do ministério e são monitorados mensalmente pela equipe e por uma comissão de saúde da mulher que avalia e encaminha os dados para a gerência municipal com muita rigorosidade. As atividades de grupo têm bom planejamento e seguem um programa bem interessante, mas tem tido pouca adesão das gestantes.

A saúde da mulher em geral segue um bom monitoramento. A coleta de citologia oncótica é diária e em livre demanda nos horários de atendimento com opção para as usuárias de agendamento se preferível e o monitoramento de câncer de mama fica sempre atrelado a esse atendimento. Contudo as metas de atendimento não são atingidas na maioria dos meses e anualmente realizamos o mutirão de saúde da mulher para aumentar a quantidade de exames coletados mas mesmo com as campanhas a adesão é bem pequena.

O atendimento aos hipertensos e diabéticos enfrenta uma certa dificuldade pelo grande numero de pessoas que precisam ser atendidas segundo os protocolos de atenção. Alguns grupos de atividades como o de caminhada, Chi cun, e alongamento auxiliam nessa busca ativa dos usuários e no monitoramento de PA. Com relação aos diabéticos as condutas são um pouco diferentes principalmente quando recebem insumos para uso da insulina. Nesse caso o monitoramento é maior, pois existe um programa de registro online da prefeitura de controle de dispensação de insumos que depende de dados para liberação. Esse grupo populacional dispensa muitos cuidados da equipe como um todo, tanto no monitoramento em busca ativa dos ACS com as fichas B, quanto com médicos enfermeiros e auxiliares nos atendimentos em consulta, visitas domiciliares e grupos.

Na Unidade temos a ajuda do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que tem uma participação importante nas atividades de grupo e casos mais complicados com o matriciamento das equipes e apoios nos atendimentos. Essa equipe é composta por Ginecologista, Pediatra, Psiquiatra, Geriatra, Clínico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Educador Físico.

O atendimento à saúde dos idosos acontece por demanda espontânea e em busca ativa nas visitas domiciliares. Os idosos independentes têm disponíveis grupos educativos e de convivência que servem muito como forma de monitoramento, busca ativa e entretenimento. Na UBS temos um grupo de horta que acontece semanalmente e com a presença de profissionais da UBS, NASF e PAVIS onde são introduzidos conceitos de terapias complementares com plantas medicinais. O acesso para esse grupo às equipes é facilitado e dificilmente temos demanda reprimida para esse atendimento.

As ações de Saúde Bucal na UBS não estão acontecendo, pois há 2 anos iniciou-se uma reforma na unidade onde a sala da odontologia foi feita com muitos problemas estruturais, ficando muito complicado o atendimento dos usuários. Desestimuladas as duas profissionais odontólogas nunca se envolveram com as cinco equipes de saúde da família presentes na unidade e sempre seguiram fluxos de atendimento independentes. Há seis meses iniciou-se uma nova reforma na unidade onde a sala da odontologia ficou completamente interditada e as dentistas foram re-locadas para outras unidades de atendimento e nenhuma ação em saúde bucal tem acontecido na unidade desde então.

A UBS Vila Dalva conta com profissionais muito qualificados e dispostos a criar estratégias de melhoria para o atendimento. Contudo o apoio da prefeitura é fundamental para que as ações sejam concluídas e para que o quadro de profissionais colabore com as propostas e ações da UBS. Os registros e o monitoramento também se mostrou uma questão fundamental pois com eles temos maior visão do trabalho e conseguimos planejar melhor as ações.

Realizo um trabalho prioritariamente voltado para a equipe 1032 (Azul) apesar das ações transversais em todas as equipes e na UBS como um todo. Essa intervenção foi planejada para esse grupo populacional que será citado nos próximos tópicos.

Levantar os dados sobre a situação foi muito interessante para pensar em mudanças e o que é realmente prioritário no atendimento da população em nossa

região mudando impressões do primeiro relatório e demonstrando a importância do registro adequado para o bom funcionamento da UBS.

1.3 Texto comparativo

No início do Curso de Especialização realizou-se uma análise situacional sobre a estrutura física da Unidade e do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. Finalizando as informações levantadas no Relatório da Análise situacional, nossas impressões foram satisfatórias e apresentavam uma unidade de saúde relativamente qualificada para os atendimentos à população. Após a análise estratégica com indicadores e referências de padrão de atendimento as impressões que se tinha sobre a Unidade Básica de Saúde mudaram significativamente. Percebeu-se que apesar de acreditar se estar fazendo um bom trabalho seria necessário ter indicadores de qualidade e padrões de referência para que se entenda a realidade da situação que se apresenta.

Atualmente as equipes de trabalho na unidade de saúde tem consciência dessa importância e contribuem de forma gratificante com o levantamento desses números e padrões de referência para se classificar ações e padrões de qualidade da atenção prestada à população.

2. Análise Estratégica: projeto de intervenção

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus acometem mais de 35% da população acima dos 40 anos no Brasil. As doenças Cardiovasculares e as complicações advindas delas são importantes causas de morbimortalidade.

Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis por cerca de 80% da mortalidade de três condições deste grupo, a saber: doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva. Ao longo da última década as DCV se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Segundo Goulart (2011,p 10) “as (DCNT) são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica”

Em se tratando do Diabetes Mellitus temos que é sempre importante a atualização dos conhecimentos relacionados à boa prática clínica na assistência ao portador de diabetes.

O diabetes é uma doença de fundo metabólico na qual existe, por parte do organismo, incapacidade total ou parcial de retirar a glicose (além de outras substâncias) do sangue e levá-las para dentro das células, provocando e mantendo níveis sanguíneos altos dessas substâncias. A não regulação da glicose no sangue dos diabéticos tem como causa a baixa sensibilidade ou a pouca produção da insulina, que é o hormônio natural dotado de tal função, no pâncreas. O tipo 2 do diabetes, que acomete pessoas mais velhas, é o mais freqüente, responsabilizando-se por mais de 90% dos casos. O diabetes, em si, não tem mortalidade elevada, quando comparado a outras DCNT (1,3 milhões de mortes no mundo), mas constitui um importante fator de risco e de disfunção (co-morbidade) para outras condições mais graves, tais como, as DCV, insuficiência renal e a cegueira. (GOULART, 2011, p. 11)

Como profissionais de saúde devemos ajudar os diabéticos a conviverem com a doença mantendo-os saudáveis. Devemos inclusive nos momento de educação em saúde trabalhar sobre o “estigma do diabetes”. Ainda temos muitos “preconceitos” e tabus relativos à doença. Muitas vezes nos deparamos com portadores que buscam esconder a doença para fugir de algumas “limitações” e restrições na sua alimentação. Isto é um grande entrave para a adesão adequada do controle do diabético.

Por terem sua evolução assintomático a adesão ao tratamento destas doenças muitas vezes é negligenciado pelos portadores. Contudo, mudanças no estilo de vida, são fundamentais no processo terapêutico e é nesse contexto que o papel da atenção básica e principalmente do PSF se tornam tão importantes.

Por ser um País em envelhecimento as ações programáticas voltadas para o público acima dos 40 anos se tornam cada vez mais importantes. Na Unidade de Saúde Engenheiro Guilherme H.P. Coelho, onde estamos propondo esta intervenção para a qualificação da atenção em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nos maiores de 20 anos de idade acometidos, temos que de acordo com os dados coletados essa população representa 37,5% (389 pessoas) do total de moradores da área de abrangência sendo essa apenas 19% atendida pela equipe de saúde de referência. Isto corresponde a 13,8% de HAS e 5,14% de DIA.

Apesar de muito qualificado esse atendimento é feito sem padronização e com registros inadequados dificultando o monitoramento e a avaliação dos atendimentos. A Unidade conta com uma equipe NASF de 11 profissionais e ações de educação em saúde bem consolidadas, porém sem registro para levantamento das informações sobre as ações.

Atualmente a equipe 1032 Azul (composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) faz os atendimentos de diabéticos e hipertensos apenas contando com o controle da busca ativa dos ACS, porém sem empoderamento dos dados de demanda ou dos atendimentos. A ação programática deverá acontecer com a participação de todos os integrantes da equipe que têm seus papéis muito bem definidos e extremamente importantes para o sucesso da ação. Contudo será um desafio conseguir atualizar todos os atendimentos juntamente com a demanda geral da UBS que tem prestados muitos atendimentos de demanda espontânea, pois as referencias para esse serviço na região não conseguem acolher essa população.

Sendo essa população tão representativa o quadro geral da equipe e a sua importância na saúde pública, o manejo adequado e bem estruturado pode ser de grande valia para a epidemiologia da UBS. Esse grupo populacional é comumente negligenciado pelos profissionais das equipes, pois são pessoas portadoras de uma doença silenciosa e com muita dificuldade de aderência aos tratamentos propostos, o que desestimula os profissionais. Mostrar resultados positivos vai ser uma forma muito importante para que os profissionais se sintam mais valorizados e dispostos

para atender essa população. Um ponto positivo é o comprometimento dos profissionais com o trabalho e a disposição para mudanças que tem sido uma característica muito marcante nos últimos dois anos de trabalho.

2.2 Objetivo Geral

Qualificar a atenção à Saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo-SP.

2.2.1 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
6. Promover à saúde aos diabéticos e Hipertensos inscritos no programa

2.2.2 Metas

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2:Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Relativas ao Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários hipertensos.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para qualificar a atenção aos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial sistêmica para a população adstrita à UBS Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho (Vila Dalva). Este projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de 3 meses no horário de funcionamento da unidade utilizando como principal objeto de estudo o levantamento dos dados em registro de prontuários de atendimento aos usuários portadores de Diabetes Mellitus e ou Hipertensão Arterial Sistêmica.

Foi adotado como protocolo para nortear a intervenção os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus números 37 e 36 respectivamente.

Parte dos Instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados, o monitoramento e avaliação foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), denominados “Ficha Espelho HA/DIA” (anexo A e B) e “Planilha para coleta de dados”(Anexo C) . Foram Utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS Prontuários, Fichas B do SIAB (Anexo D e E), Ficha D de fechamento da equipe, Agendas dos profissionais envolvidos.

Todos os meios de coleta de dados foram utilizados durante as 15 semanas da realização da intervenção e alimentados diariamente conforme aconteciam as ações planejadas. Na 16ª semana os dados foram analisados para conclusão do trabalho.

Os dados foram analisados e quantificados, gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados.

Para melhor organização do trabalho as ações foram organizadas em eixos de atuação que serão descritos mais detalhadamente abaixo.

2.3.1 Ações

Eixo Organização e Gestão de Serviço:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

Detalhamento:

- Serão cadastrados os usuários hipertensos e diabéticos na ficha espelho
- Os ACSs serão orientados à preencher as fichas B de acompanhamento.
- Serão verificados se todos os usuários cadastrados possuem a ficha B preenchida.
- Serão discutidos com os ACS questões para que esse levantamento seja feito com maior atenção nas visitas domiciliares.
- Será avaliado se a qualidade do esfigmomanômetro, estetoscópio e fita métrica das auxiliares de enfermagem e encaminhados para manutenção se necessário.

- Será realizado uma sensibilização para que todas as auxiliares de enfermagem que verificarem PA alterada na sala de procedimentos encaminhe o usuário para agendamento de consulta com a equipe.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento:

- Será definida atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos
- Será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizaremos a versão atualizada do protocolo impressa ou digital na unidade de saúde.
- Será garantida a solicitação dos exames complementares para os usuários nas consultas
- Será garantida e reforçada com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabeleceremos sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Detalhamento:

- Manteremos as informações do SIAB atualizadas.

- Implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuaremos com a equipe o registro das informações.
- Definiremos o responsável pelo monitoramento registros.
- Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

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

Detalhamento:

- Priorizaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda.

Objetivo 6. Promoção da saúde

Detalhamento:

- Será organizada a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao Diabético.
- Será estabelecida prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Discutiremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários Diabéticos e Hipertensos.
- Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Será discutido junto ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizaremos com a equipe práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Promoveremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Será discutido com o gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

Detalhamento:

- Verificaremos com a equipe se a quantidade de usuários diagnosticados e levantados pela equipe está condizente com a prevalência brasileira de HAS e DM.
- Será criada ficha de fechamento da ficha B. Compilando os dados coletados pelas ACS mensalmente.
- Priorizaremos a discussão em reunião todos os diagnósticos novos de HAS e DM para que o ACS faça a ficha B de acompanhamento.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através da ficha espelho.

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

Detalhamento:

- Faremos busca ativa de faltosos em prontuários levantados mensalmente de 30 usuários HAS e de 20 usuários DM
- Será disponibilizado no computador do consultório uma listagem de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área e a data da última consulta
- Será monitorada com a ficha de fechamento da ficha B a quantidade de faltosos e agendar consultas convocatórias.
- Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Será monitorado o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Será monitorado o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Será monitorado o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Será monitorado o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Detalhamento:

- Será monitorado a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

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

Detalhamento:

- Será monitorado o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Objetivo 6. Promoção da saúde

Detalhamento:

- Será monitorada a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e dos Diabéticos com o dentista.
- Será monitorada a realização de orientação nutricional aos hipertensos e Diabéticos
- Será monitorada a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e Diabéticos
- Será monitorada realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e Hipertensos

Eixo Engajamento Público:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

Detalhamento:

- Será entregue pelo médico e pelo enfermeiro que realizarem os atendimentos em consultórios a cartilha do hipertenso do ministério da saúde para todos os hipertensos da área pelo agente comunitário de saúde.
- Será distribuído por toda equipe, incluindo os auxiliares técnicos administrativos panfletos informativos de Diabetes nas visitas domiciliares do ACS e no momento de chegada do usuário na UBS.
- Será criado o grupo de informações sobre HAS na comunidade nos locais de aglomeração, bares e botecos.
- Convidaremos todas as pessoas acima de 18 anos para aferir a PA pelo menos uma vez ao ano.
- Será solicitado os exames de glicemia de jejum para todas os adultos com PA acima de 135/80mmhg.
- Os ACS serão orientados para os fatores de risco para hipertensão e Diabetes.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclareceremos aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Será esclarecido aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

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

Detalhamento:

- Orientaremos os usuários 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.

- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Detalhamento:

- Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

Detalhamento:

- Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclareceremos os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Objetivo 6. Promoção da saúde

Detalhamento:

- Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Faremos falas na comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientaremos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientaremos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientaremos os hipertensos e Diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

Detalhamento:

- Será verificado se os auxiliares de enfermagem estão aferindo PA adequadamente
- Será verificado se os auxiliares de enfermagem estão medindo a glicemia capilar adequadamente
- Redefiniremos com os ACS os critérios para cadastramento de HAS e DM na área de abrangência da equipe e esclarecer dúvidas com relação ao assunto.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Será realizado treinamento com os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Será realizado treinamento com os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

Detalhamento:

- Será realizado treinamento com a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Será realizado treinamento com a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Será realizado treinamento com a equipe para atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

- Será realizado treinamento com a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Detalhamento:

- Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

Detalhamento:

- Será realizado treinamento com a equipe para realizar estratificação de risco segundo o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Será realizado treinamento com a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Será realizado treinamento com a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promoção da saúde

- Será realizado treinamento com a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético
- Será realizado treinamento com a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Será realizado treinamento com a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Será realizado treinamento com a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Será realizado treinamento com a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

2.3.2 Indicadores

Os Indicadores para monitorar o alcance das metas serão:

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1 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 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: 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 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

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

Indicador 3.1. 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 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

Indicador 3.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 3.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 3.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção acontecerá na Equipe Azul (1032) da Unidade de Saúde da Família Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho durante 16 semanas sob a coordenação da enfermeira que fará o levantamento dos dados em prontuários dos pacientes atendidos por todos os profissionais da equipe, incluindo o médico, a própria enfermeira e a equipe NASF tanto para atendimentos realizados na UBS quanto para os atendimentos realizados em visitas domiciliares.

Para realizar a intervenção no programa de atendimento do Hipertenso e Diabéticos vamos adotar como protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde : Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus números 37 e 36 respectivamente e o Manual de Enfermagem de Saúde do Adulto da SMS/SP 2º ed, 2012 e o Manual de Enfermagem da Saúde da Pessoa Idosa da SMS/SP 4º ed, 2012

Utilizaremos para o monitoramento e avaliação instrumentos de registros e coleta de dados foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), denominados “Ficha Espelho para HAS e DM”(Anexo A e B), Planilha para coleta de dados HAS e DM” (Anexo C). Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina da UBS, como os prontuários familiares, e as “Fichas B” (Anexos D e E), utilizadas para cadastro e acompanhamento dos usuários acometidos por HAS e DM.

Para organizar o registro específico, os ACS preencherão as fichas B de todos os usuários já cadastrados como diabéticos e hipertensos da área de abrangência, e com esses dados e com os outros dados registrados pela equipe faremos levantamento de faltosos, levantando exames laboratoriais em atraso, traçando a estratificação de risco e avaliação de saúde bucal através dos prontuários atendidos na semana pela equipe.

A decisão sobre o tema da intervenção já foi discutida com a equipe de saúde de família em janeiro de 2014 na reunião de planejamento anual. Para a qualificação da prática clínica faremos capacitação da equipe, inicialmente discutindo sobre a atenção à HAS e DM, com base nos Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37, para que toda equipe siga as mesmas diretrizes de atendimento. Essa discussão acontecerá nas reuniões de equipe semanal dos dois primeiros meses da

intervenção uma vez por semana durante uma hora. A capacitação será realizada pelo Enfermeiro da equipe, nas reuniões de equipe semanalmente.

Os ACS serão capacitados para o cadastramento / busca ativa de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da Equipe. O Agente Comunitário de saúde que identificar usuários hipertensos e diabéticos que com um atraso na sua consulta de rotina trará o caso para reunião de equipe.

O acolhimento a ser realizado para estes usuários será realizado de forma que após uma escuta qualificada o usuário possa ser atendido de acordo com a necessidade dele, enfatizando consultas de enfermagem espontânea no ato em que for verificada alteração nos valores da PA (Pressão Arterial) e Glicemia Capilar. Os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem também serão capacitados para aferição correta da PA e hemoglicoteste.

No engajamento público, trabalharemos com os grupos de adultos da UBS onde enfatizaremos sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento destas patologias, os sinais e sintomas das doenças além do reforço da importância da adesão ao tratamento proposto pela equipe e o acompanhamento na UBS dos usuários já diagnosticados.

Toda ultima sexta feira do mês a equipe montará um posto de aferição de PA em um dos bares da área para captação dos casos novos principalmente do sexo masculino que apresenta uma baixa adesão à tratamentos na UBS.

Na reunião do conselho gestor da UBS que acontece mensalmente será esclarecido os fluxos de atendimento de HAS e DM e feita uma fala sobre o controle da PA e seus riscos.

2.3.4 Cronograma

Cronograma de Atividades																
Atividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da equipe, baseado no Protocolo sobre diabetes e hipertensão arterial sistêmica.	x	x	x	x												
Organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e profissionais do NASF	x	x														
Estabelecimento do papel de cada profissional envolvido com a intervenção	x	x														
Capacitação do uso dos impressos e registro das ações.	x	x														
Cadastramento de Diabéticos e hipertensos moradores da área de abrangência	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa de faltosos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico dos diabéticos e hipertensos cadastrados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Grupo de Busca Ativa de hipertensos e Diabéticos nos Prontuários (Bares da área de abrangência)				x				x				x				x
Ações de sensibilização nos grupos de adultos da UBS com medida das PAs e breve conversa sobre HAS e DM (Grupo de grupo de alongamento, Chi Kung, grupos de reeducação alimentar, grupo de horta e Caminhada)		x			x			x			x			x		
Contato com lideranças comunitárias para discutir a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para a captação de novos casos e controle dos já diagnosticados				x				x								
Reunião de Equipe para Monitoramento da Intervenção				x				x				x				x
Atividade de Educação em Saúde na Comunidade				x				x				x				

Figura 1: Cronograma das Atividades

3. Relatório da Intervenção

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

3.1 Ações que foram realizadas (facilidades e dificuldades)

Segundo o cronograma, as ações previstas para o projeto seguiram os quatro eixos temáticos deste Curso de Especialização que foram: Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão de Serviço, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação. Dentro desses eixos de trabalho foram traçados 6 objetivos prioritários de atuação que foram: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

Dentro dos objetivos traçados, no eixo de Qualificação da Prática Clínica realizamos a capacitação dos profissionais de saúde da equipe, guiando e adotando como Protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde : Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus números 37 e 36 respectivamente .Essa capacitação foi dividida em quatro momentos, com os auxiliares de enfermagem, com os ACS, com a equipe técnica (médico, enfermeiro e NASF) e com a recepção e apoios.

No momento com os auxiliares de enfermagem dividiu-se a capacitação em duas ações distintas para que a unidade de saúde não ficasse sem cobertura nas atividades de rotina. Nessa atividade foi abordado como aferir PA adequadamente, fatores de risco associados ao Diabetes e Hipertensão arterial, como orientar os usuários com alterações em aferições de PA alteradas sem sintomas, sinais de alerta, fluxograma de atendimento ao hipertenso e diabético sugerido pelo Ministério da Saúde conforme protocolo adotado e explicações sobre a estratificação de risco cardiovascular seus parâmetros e utilidades. Essa atividade foi bem aceita pelos profissionais que se mostraram surpresos com as condutas que discutimos e relataram suas dificuldades e dúvidas com relação ao assunto. Percebi que os enfermeiros estão distantes da realidade dos auxiliares e não têm se envolvido com as dúvidas e dificuldades enfrentadas no dia a dia. Ficou claro que essa proximidade precisa aumentar para alinhar discursos e condutas.

No momento com os Agentes Comunitários de Saúde realizou-se um treinamento de preenchimento da ficha B do SIAB. Neste treinamento descobrimos muitas falhas de cobertura erros de preenchimento e “poucas trocas” de dados entre o médico e enfermeiro com os ACS. Pensamos em estratégias para melhorar a captação dos dados e como faríamos a devolutiva dos indicadores para os ACS durante o ano. Criamos a planilha de fechamento da ficha B e decidimos por devolutivas semestrais com o gráfico de cobertura das microáreas.

Com a equipe técnica a conversa com a médica da equipe e equipe NASF e foi bastante motivadora e produtiva. Discutiu-se a necessidade de padronizar as consultas e registros dos atendimentos. Falou-se do problema que encontramos de organização dos registros e definimos os exames clínicos e laboratoriais que deviam ser solicitados para os usuários com Diabetes e Hipertensão. Definimos o método de registro e até o momento todos os prontuários dos atendimentos têm estado a contento com o acordo estabelecido.

Com a recepção e equipe de apoio a conversa foi direcionada a alinhar os discursos para orientar os usuários, estabelecer fluxos mais coesos e disponibilizar as equipes para atendimento. Organizamos a agenda de forma mais acessível e estamos no momento criando uma forma de acesso mais homogenia para todas as equipes da UBS.

Uma dificuldade encontrada nesse eixo foi a discussão com todas as equipes da UBS. Muitas equipes não reconhecem as necessidades de capacitação

nesse assunto e estão muito resistentes com as conversas nesse tema. O envolvimento da coordenação de saúde nesse assunto foi ainda mais complicador, pois foi visto como uma questão impositiva e autoritária não apresentando bons resultados.

No Eixo Organização e Gestão de Serviço fizemos a Organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e profissionais do NASF. Criou-se um fluxo de atendimento para os retornos dos HAS e DM, principalmente para os que se encontravam com receitas vencidas. Nesse fluxo o usuário pode agendar em qualquer dia da semana para retornar na segunda-feira com a enfermeira. Nessa consulta a enfermeira avalia se os exames estão em dia, as últimas aferições de PA e disponibiliza a receita atualizada para o usuário. O retorno com resultados de exame entra na agenda normal de espera da recepção. Com relação às agendas dos outros profissionais enfrenta-se uma dificuldade pela falta de espaço para atendimento na UBS, pois muitas equipes fazem atendimentos em uma quantidade reduzida de salas. Definiu-se a agenda da equipe (médico e enfermeiro) que ficou disponível em sistema eletrônico na recepção e a agenda interna da equipe, para agendamentos de consultas de retorno. Esse agendamento tem tido bom resultado com relação à facilidade de acesso, mas tem uma espera de até quatro semanas para vaga livre em alguns casos. Esse formato tem sido difícil para estabelecer até o momento.

As visitas domiciliares dos ACS passaram a ser mais qualificadas após a capacitação. As fichas foram refeitas e realizou-se muito mais cadastramentos de diabéticos e hipertensos moradores da área de abrangência. Contudo descobriu-se que muito ainda precisava ser feito na equipe para que o cadastramento conseguisse atingir a meta esperada.

A organização das fichas B do SIAB, a busca ativa de usuários faltosos e o levantamento de prontuários nos ajudaram muito nesse processo, mas o real quadro de controle dessa população estava tão desfalcado que ficamos longe de atingir a meta estabelecida.

Sobre a busca ativa de faltosos foi necessário a implementação de tecnologia para auxiliar no resultado. Inicialmente as faltas dos pacientes nas consultas eram marcadas na agenda e passadas em reunião semanal para os ACSs da microárea responsável. O ACS após a reunião em suas visitas procurava o usuário faltoso e descobria o motivo da falta. Com essa informação em mão trazia a

devolutiva na reunião da semana seguinte onde era reagendada a consulta. Percebeu-se que esse método estava mais demorado e não havia controle de quem havia sido avisado e quem ainda não. Para essa questão foi realizada duas intervenções. A primeira foi a criação de um grupo de mensagens instantâneas em smartfone (WhatsApp) com todos os integrantes da equipe onde no momento da falta do usuário já era enviada uma mensagem no grupo informando o ACS sobre a falta e disponibilizando essa informação de forma rápida e facilitada. A segunda ação foi a criação da planilha de faltosos que fica junto com as fichas de cadastro do projeto de intervenção. Essas duas idéias fizeram com que a nossa busca ativa se tornasse muito mais eficiente e controlada passando nosso quadro para os 100% de usuários acionados. Essas ações trouxeram diversos usuários à UBS que há anos não vinham para acompanhamento e que também nunca haviam passado em atendimento na UBS.

Sobre o atendimento clínico dos diabéticos e hipertensos cadastrados, discutiu-se com toda a equipe técnica (médica, enfermeiro e equipe NASF) como são as diretrizes do MS conforme descritos nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde : Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus números 37 e 36 respectivamente , e como devem ser os registros nos prontuários. Esses atendimentos têm sido conferidos um a um para cadastro nas fichas de acompanhamento e estão a contento com o que ficou acordado. Não tivemos dificuldades nessa questão, pois acordou-se que o Protocolo adotado é uma boa referencia teórica norteadora das ações.

No eixo engajamento público as ações ficaram mais centralizadas nas falas realizadas em grupos educativos e reuniões com a comunidade que já aconteciam na rotina da UBS.

Nos grupos de caminhada, reeducação alimentar, horta, dor crônica e Chi Kun realizou-se falas sobre importância do controle da Hipertensão e Diabetes nas rotinas das ações que já estavam acontecendo e tiveram bons resultados. Alguns usuários assíduos que já são conhecidos pela maioria dos funcionários da UBS se tornaram multiplicadores das nossas falas e tem trazido familiares, vizinhos e amigos. No Conselho Gestor esse resultado foi além do esperado e a população se mobilizou para organizar o atendimento de odontologia da UBS conseguindo até o término da reforma da sala e a montagem dos equipamentos junto à prefeitura.

No Eixo Monitoramento e Avaliação determinou-se que esse tema seria avaliado nas reuniões de equipe que acontecem toda a semana com o levantamento de faltosos, informação dos novos diagnósticos e devolutivas dos fechamentos que são realizados mensalmente.

3.2 Ações não realizadas ou que apresentaram dificuldades para serem executadas.

A melhora da cobertura de atendimentos em odontologia não pode ser realizada até o momento devido às dificuldades com o serviço que já era um problema há anos, mas muito se caminhou nesse sentido e hoje temos uma sala montada esperando a equipe de trabalho para dar início aos atendimentos em saúde bucal. Já foram discutidas estratégias de atendimento da demanda reprimida e aguardamos início das atividades para 2015.

Outra dificuldade importante levantada foi a integração com as outras equipes da unidade. O tema de melhora do atendimento de HAS e DM foi muito conflituoso e gerou muito “estresse” entre as equipes principalmente quando a coordenação se colocou a favor dessa re-organização segundo a proposta desta Intervenção. Não foi possível multiplicar essa dinâmica para as outras equipes da unidade até o momento contudo o tema é pauta de discussão nas reuniões da UBS. A diferença de dinâmicas das equipes dificulta as orientações para a população e principalmente a aceitação dos outros profissionais com relação às questões de melhora do acesso para esse grupo populacional.

A frustração de perceber que muito menos usuários são acompanhados pela equipe do que imaginávamos e a falta de um padrão para a anotação e condução dos atendimentos faz com que muitos casos se percam assim como informações deixem de ser registradas. Perdemos casos por falta de registro e má condução do atendimento no início do projeto. Das ações programadas o que não foi realizado como esperado foi o cadastramento dos usuários da área. Acreditava que nas primeiras quatro semanas isso já teria sido resolvido, contudo conforme fomos atendendo e preenchendo as fichas descobrimos que a demanda era bem maior do que tínhamos de tempo disponível. Os usuários cadastrados e que fazem acompanhamento no convênio também diminuiriam essa meta e demandaram mais

tempo do que tínhamos disponível. Outro fator que atrapalhou muito os cadastros foi a falta de dados nos prontuários e fichas B.

O retorno dos usuários para coleta dos exames solicitados e a demora para o re-agendamento nas agendas do médico e enfermeiro fizeram com que alguns indicadores não fossem alcançados pois o registro de realização dos exames na ficha espelho acontecia apenas após o atendimento do paciente com o resultado de exame o que gerava mais uma consulta em um prazo muito reduzido.

A médica da equipe, porém, teve uma postura bem diferenciada de alguns outros profissionais da UBS, aderindo às propostas e mostrando consultas extremamente estruturadas e de qualidade. Facilitou em muito nosso levantamento de dados.

3.3 Incorporação da intervenção na unidade

O registro das informações de atendimento dos usuários com diabetes e/ ou hipertensão atendidos já virou uma rotina na equipe e está bem consolidada. Todos os novos diagnósticos são passados em reunião de equipe para abertura da ficha B do SIAB e os atendimentos informados para as ACS registrarem nos seus controles. Os usuários faltosos, (agora não mais só apenas os HAS e DM, como todos os da equipe) são avisados no grupo do Whatsapp e acionados pelos ACSs nas visitas domiciliares.

A coordenação das UBS iniciou o programa de melhoria dos fluxos de atendimentos em todas as UBS do Convênio a que estamos vinculados e estamos desenvolvendo em parceria uma cartilha resumida dos Cadernos de Atenção Básica de DM e HAS do Ministério da Saúde para sensibilizar as equipes e padronizar os atendimentos. Já estão agendados para o fim do mês os treinamentos de uso da Ficha B SIAB pelas equipes de saúde e os treinamentos de fluxos para os auxiliares de enfermagem das unidades.

A planilha de fechamento de ficha B das ACS já está em funcionamento e alimentam gráficos mensais de cobertura da equipe e ações exitosas.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção buscou qualificar a atenção à Saúde do indivíduo com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Guilherme Henrique Pinto Coelho em São Paulo-SP.

A população vinculada à Equipe Azul da UBS é de 2.557 pessoas e a estimativa de acordo com o Caderno de Ações Programáticas é que tivéssemos 389 Hipertensos e 96 Diabéticos e durante a intervenção cadastramos 297 Hipertensos e 102 Diabéticos. Esses valores não estão condizentes com a prevalência esperada, mas durante esses quatro meses (16 semanas de Intervenção) a busca ativa tem sido mais qualificada e muitos novos diagnósticos foram feitos.

Antes da intervenção o controle dos hipertensos e diabéticos era feito apenas pelas fichas B dos ACS e pelos fechamentos mensais, mas não tinham nenhuma supervisão mais detalhada ou uma devolutiva para qualificação do trabalho.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas relacionando-as aos objetivos e metas traçados.

Relativas ao Objetivo 1 de “ Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos” estabelecemos as metas 1.1 e 1.2 respectivamente: Cadastrar 95% dos hipertensos/Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Utilizamos como Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde e Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

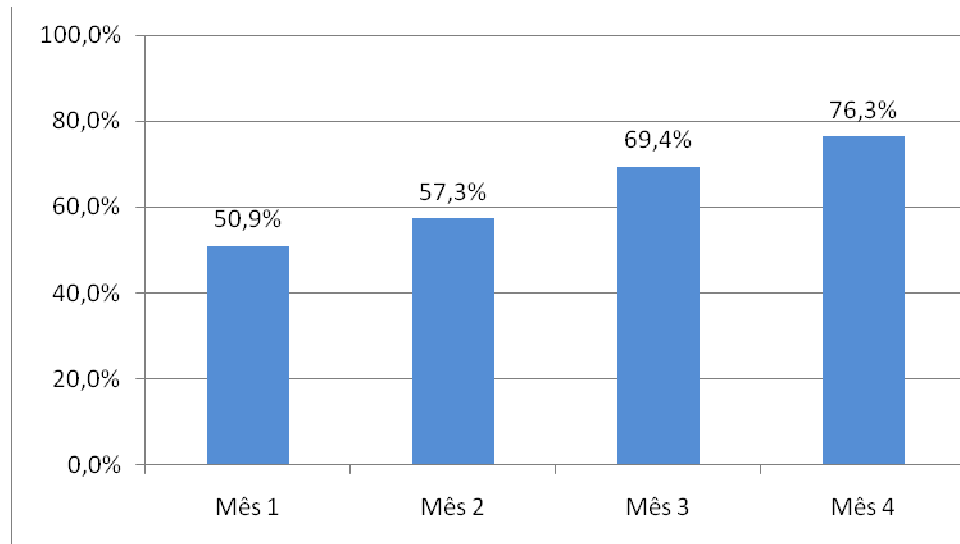


Figura 2: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Ao analisarmos a Figura 1 quanto ao cadastramento dos Hipertensos durante a intervenção percebemos que no mês 1 cadastramos 198 (50,9%) hipertensos , no mês 2 tivemos cadastrados 223 (57,3%), no mês 3, 270 Hipertensos (69,4%) e chegamos ao final do mês 4 , finalizando a intervenção na 15 semana com uma cobertura de 76,3% com 297 Hipertensos cadastrados.

Analisando a Figura 2 temos que a Cobertura de Diabéticos durante a intervenção foi que no mês 1 cadastramos 61 (63,5%) , no mês 2 tivemos cadastrados 70 (72,9%), no mês 3, 93 Diabéticos (96,9%) e chegamos ao final do mês 4 , finalizando a intervenção na 15 semana com uma cobertura superestimada com 102 Diabéticos cadastrados, pois foi utilizado a estimativa do caderno de ações programáticas. Salienta-se aqui que de acordo com a população cadastrada na área da UBS estimava-se pelo Caderno de Ações Programáticas que tínhamos na área de abrangência da equipe 96 Diabéticos, mas com o trabalho de mobilização da comunidade e busca ativa cadastramos mais diabéticos que o que era esperado.

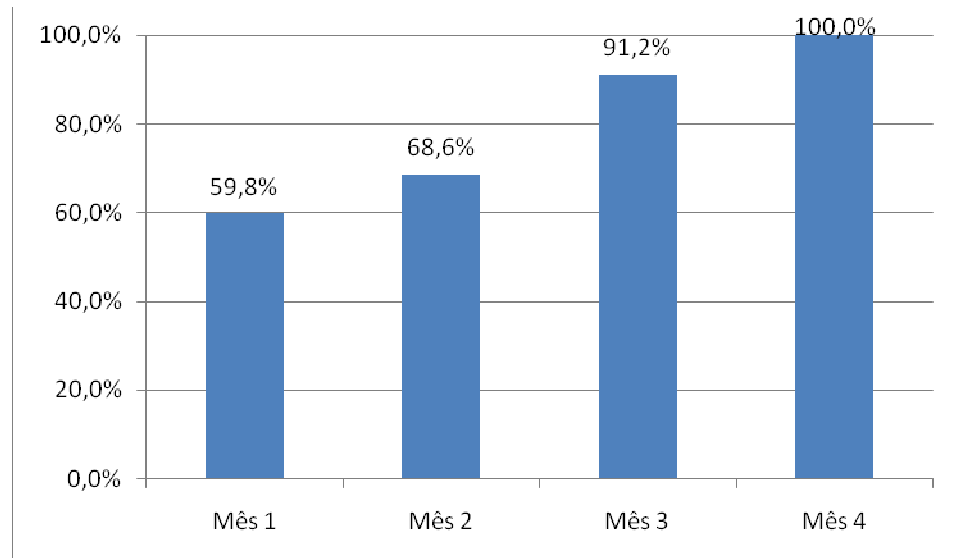


Figura 3: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Para o alcance destas metas buscamos atualizar a Ficha B do SIAB com os dados de cadastramento dos ACS e verificar se a quantidade de usuários diagnosticados e levantados pela equipe estava condizente com estimativa de HAS e DM para a área da UBS. Para monitoramento da estratégia foi criado um instrumento para ao controle de busca ativa e levantamento das fichas B dos ACS e prontuários.

Alguns fluxos para melhora dessa cobertura foram criados e um deles foi o de em todas as reuniões de equipe informar os ACS sobre os novos diagnósticos e busca ativa dos faltosos.

Relativas ao Objetivo 2 de “Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa, traçamos as seguintes metas e cada uma com seus respectivos indicadores:

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

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.(Figura 3)

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.(Figura 4)

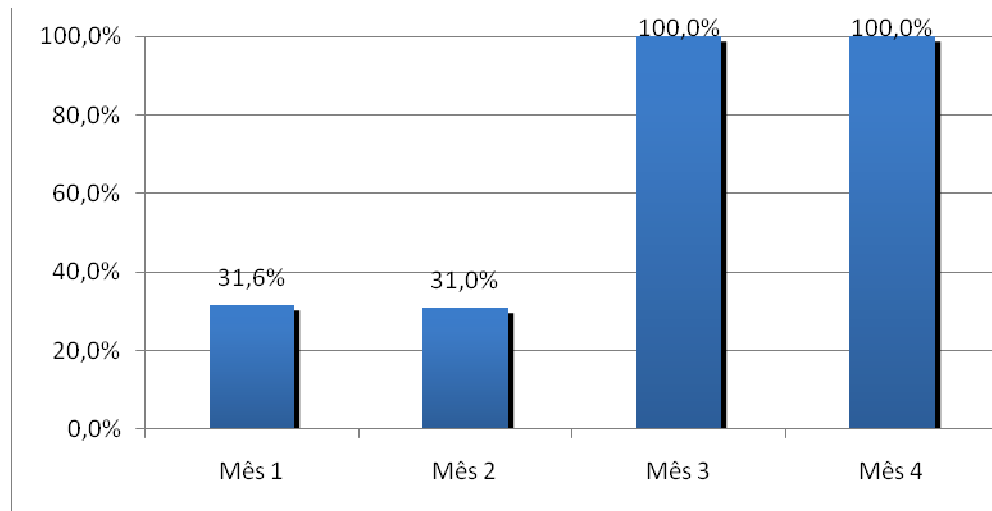


Figura 4: Gráfico da Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Na Figura 3 do Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa que no mês 1 dos 57 Hipertensos faltosos à consulta foram buscados 18 (31,6%). No mês 2 faltaram 58 e 18 (30%) foram buscados e no mês 3 dos 67 faltosos 100% deles foram buscados através da visita domiciliares. Finalizamos a intervenção com o alcance da meta onde 100% dos Hipertensos faltosos (n=67) foram buscados.

Na Figura 4 no gráfico do indicador de Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa tivemos que no mês 1 dos 12 Diabéticos faltosos à consulta foram buscados 5 (41,7%). No mês 2 faltaram 14 e 6 (42,9%) foram buscados e no mês 3 dos 15 diabéticos faltosos 100% deles foram buscados através da visita domiciliares. Finalizamos a intervenção com o alcance da meta onde dos 15 diabéticos faltosos, 100% deles foram buscados.

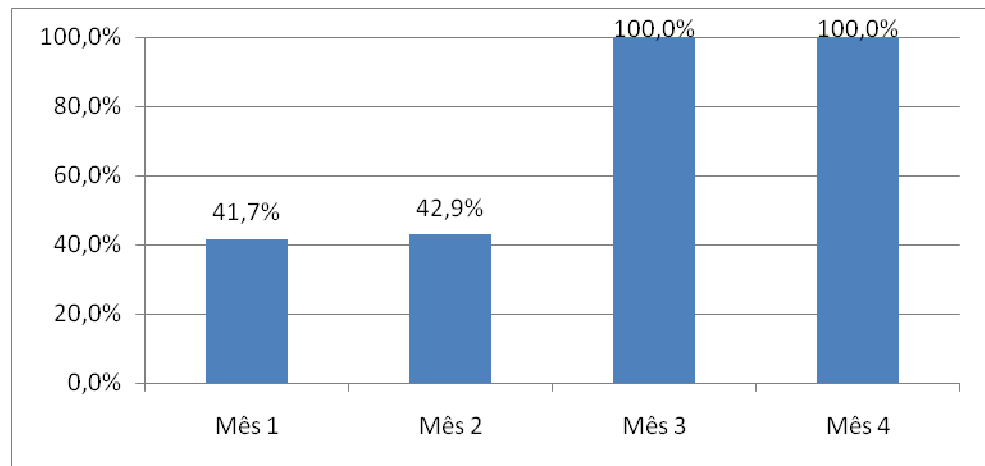


Figura 5: Gráfico da Proporção de Diabéticos faltosos às consultas e com busca ativa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores

A busca ativa foi feita através das visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe que foram selecionados dependendo de cada caso e determinados em reunião de equipe individualmente. Em Alguns casos a visita foi feita pelo médico e enfermeiro e o atendimento realizado no local.

A busca ativa aos faltosos às consultas agendadas foi realizada em 100% e esse marcador foi aumentando consideravelmente com o andar da intervenção. Prontuários de usuários HAS e DM foram levantados e esses analisados e convocados para consultas nos casos de atraso na rotina de atendimento ou exames.

A supervisão das fichas B também foi um bom instrumento de busca ativa e monitoramento do acompanhamento desses hipertensos nas rotinas de atendimentos.

Relativas ao Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, tivemos como metas e indicadores:

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

Indicador 3.1/3.2. Proporção de hipertensos e ou/diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 3.3 e 3.4. Proporção de hipertensos/diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.5 e 3.6 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos/ diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.5 e 3.6. Proporção de hipertensos/ diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Traçamos a Meta 3.1 buscando realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e analisando a Figura 5 do Gráfico do Indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo temos que no mês 1, dos 198 Hipertensos cadastrados apenas 108 deles (54,5%) estavam com exame clínico em dia. No mês 2, tivemos 132 (59,2%) dos 223 cadastrados, no Mês 3 foram 177 (65,6%) dos 270 cadastrados e finalizamos o Mês 4 com 206 (69,4%) dos 297 hipertensos cadastrados com exame clínico em dia. (figura 5)

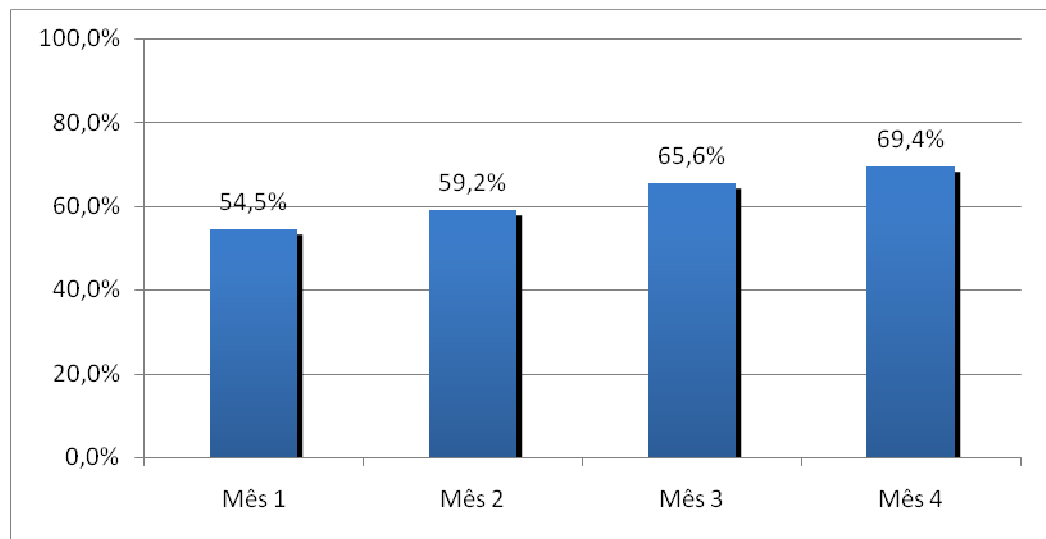


Figura 6: Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Analisando a meta 3.2 de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos temos na figura 6 do Gráfico do Indicador Proporção de Diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo que no mês 1, dos 62 Diabéticos

cadastrados apenas 34 deles (55,7%) estavam com exame clínico em dia. No mês 2, tivemos 40 (57,1%) com exames em dia dos 70 cadastrados, no mês 3 foram 65 (69,9%) dos 93 cadastrados e finalizamos o mês 4 com 77 (75,5%) dos 102 diabéticos cadastrados com exame clínico em dia.(Figura 6)

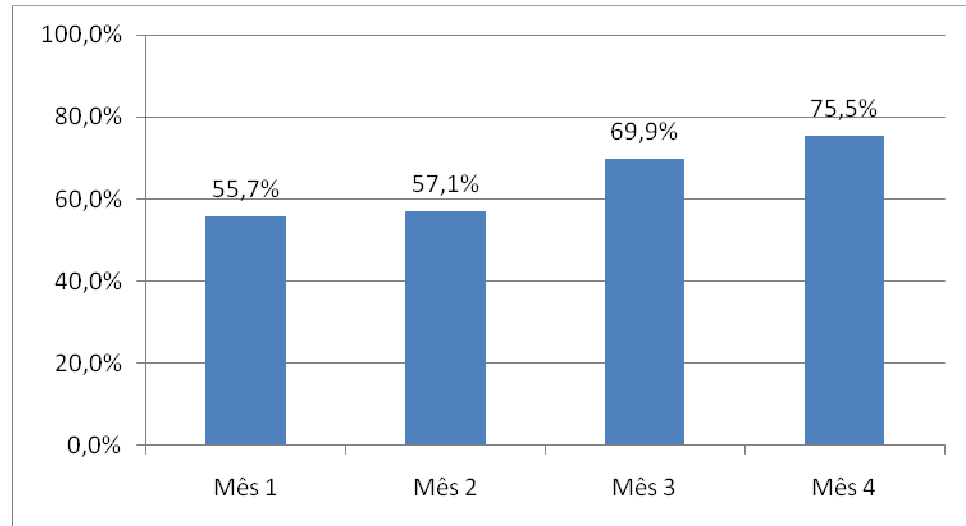


Figura 7: Gráfico da Proporção diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

As metas de exames clínicos apropriados não foram alcançadas, pois muitos usuários faltosos à consulta foram cadastrados, mas não foram atendidos, porém esse dado evoluiu bem durante a intervenção. Dos 80% proposto foi realizado 69,4% de exames clínicos apropriados em HAS e 75,5% em DM.

A relação da equipe de atendimento técnica (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, geriatra) foi uma questão muito interessante, pois todos os profissionais estiveram engajados no projeto e se motivaram muito com a discussão de padronização de exame clínico e os registros se mostraram muito melhores após esse treinamento.

Na meta 3.3 visando garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo temos, de acordo com a figura 7 do Gráfico do Indicador Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo que no mês 1 dos 198 usuários cadastrados apenas 91(46%) estavam com os exames complementares em dia. No mês 2 tivemos 104 o que representa 46,6% com exames complementares em dia

dos 223 cadastrados, no mês 3 foram 135 (50%) dos 270 cadastrados e finalizamos no mês 4 com 162 (54,5%) dos 297 cadastrados.

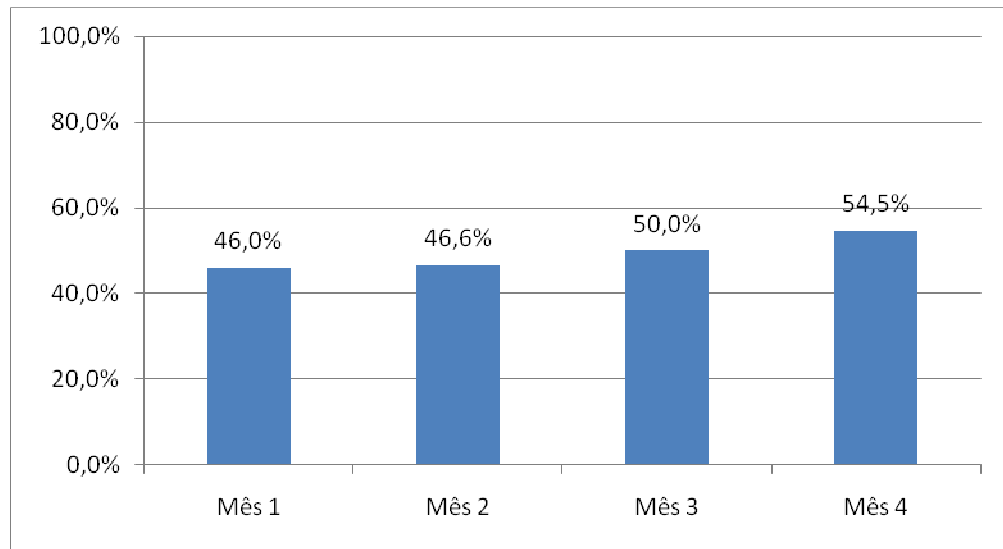


Figura 8: Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Com relação aos Diabéticos na Meta 3.4 também visando garantir a 100% da realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo temos, de acordo com a figura 8 do Gráfico do Indicador Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo que no mês 1 dos 61 usuários cadastrados apenas 40(65,6%) estavam com os exames complementares em dia. No mês 2 tivemos 70 usuários cadastrados e apenas 43 o que representa 61,4% de usuários com exames complementares em dia, no mês 3 foram 57 (61,3%) dos 93 cadastrados e finalizamos no mês 4 com 68 (66,7%) dos 102 cadastrados.

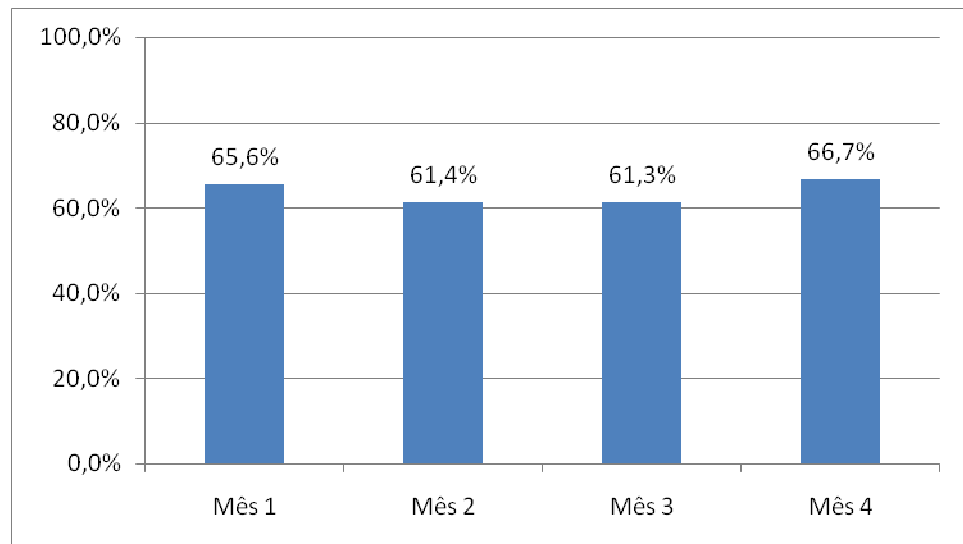


Figura 9: Gráfico da Proporção de Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Esse resultado dependeu muito da presença dos usuários para coleta e da entrega do resultado ao usuário pela equipe o que gerou indicadores baixos. Apesar desse resultado bem distante da meta planejada esse indicador teve uma boa evolução durante a intervenção 46% para 54,5%no caso dos Hipertensos e 65,6% para 66,7%no caso dos Diabéticos o que é muito representativo se levarmos em consideração a quantidade de diabéticos cadastrados.

Sobre a meta 3.5 que se refere à prescrição de medicamentos da farmácia popular objetivou-se garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e na meta 3.6 garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na Figura 9 percebemos avaliando o Indicador Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular que a meta foi praticamente alcançada.

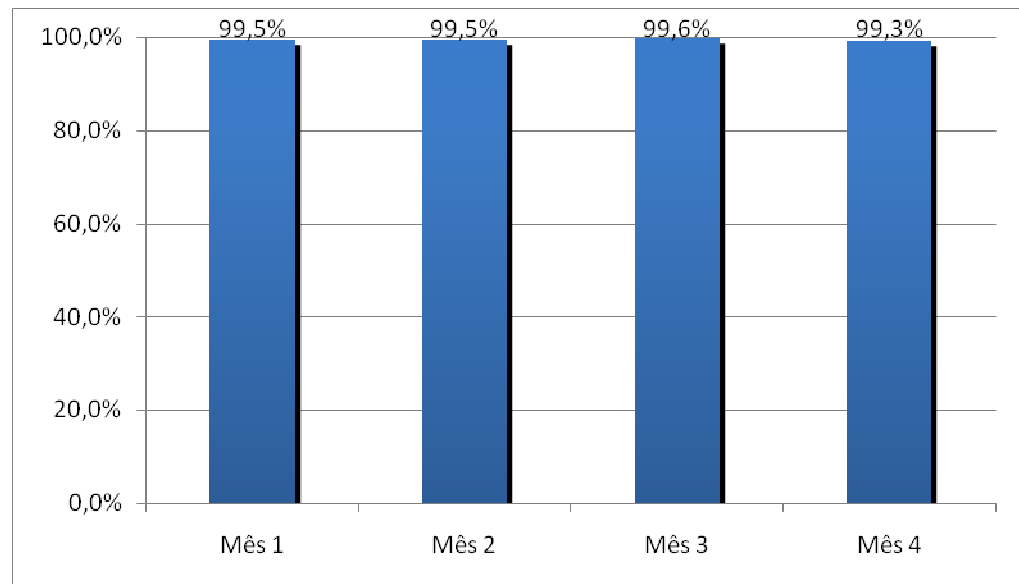


Figura 10: Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Na meta 3.6 que visava garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados esse número foi alcançado onde dos 102 Diabéticos cadastrados todos tiveram prescritos medicamentos da Farmácia Popular.

Essa foi uma questão com bem pouca dificuldade de chegar próximo dos indicadores propostos. Um dos poucos casos que aparecem na planilha está relacionado com uma usuária usuária de convênio médico que utiliza medicação combinada por opção própria apesar de saber que a medicação de forma isolada existe gratuitamente na UBS. Acredito que essa questão já está bem clara para os usuários que cobram dos médicos essa prescrição até mesmo quando o atendimento é realizado no convênio ou particular.

A meta 4.1e meta 4.2 trata de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e de 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde preenchidas corretamente.

Na Figura 10 ao analisarmos o mês 1 apenas 89,9% dos hipertensos tinham suas fichas adequadamente cadastradas o que representava 178 fichas de 198 usuários cadastradas. No mês 2 houve uma melhora desse indicador aumentando para 91,5% das fichas o que representou 204 de 223 fichas cadastradas adequadamente. No mês 3 esse indicador continuou com a melhora passando a 93,7% o que representou 253 de 270 fichas cadastradas adequadamente. No ultimo

mês de intervenção o indicador ficou muito próximo da meta chegando a 94,6% o que representou 281 de 287 fichas preenchidas.

No caso dos diabéticos esse indicador teve outra representatividade ficando muito próximo da meta durante os 4 meses de intervenção como podemos ver na Figura11. A porcentagem modificou durante os meses, mas apenas uma ficha de usuário diabético cadastrado não estava registrada adequadamente.

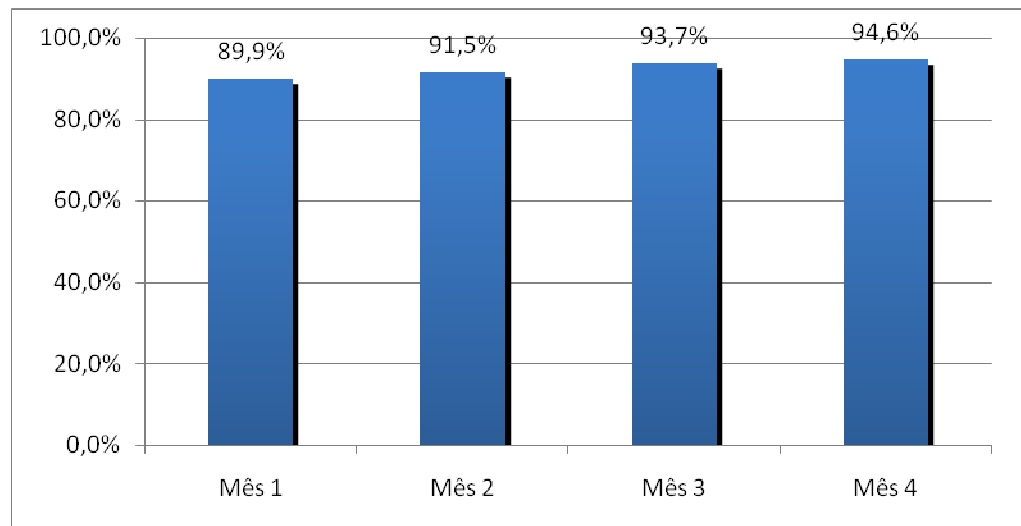


Figura 11: Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

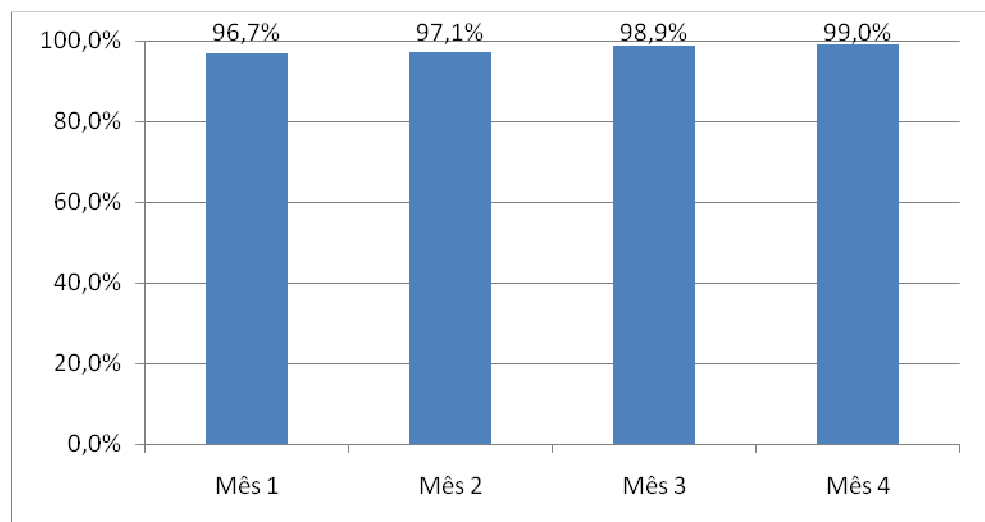


Figura 12: Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Analisando o registro adequado na ficha de acompanhamento alguns problemas sérios foram levantados onde muitos usuários que foram atendidos não tinham seus dados básicos na folha de rosto da UBS como a data de nascimento e nome completo. Nesses casos foi registrado na planilha como registro não adequado o que foi surpreendente no resultado do indicador. 6% dos HAS e 1% dos DM. Essa questão foi conversada com a equipe incluindo os auxiliares administrativos e apontada à importância desses dados e propostas de solução encaminhando individualmente cada usuário para complementação desses dados e levantamento de dados complementares pela ficha A dos ACS.

O objetivo 5.1 e 5.2 abordava o uso da estratificação de risco cardiovascular no atendimento aos usuários. A meta esperada previa realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na Figura 12 temos o perfil da intervenção mostrando que no mês 1 apenas 56 dos 198 usuários cadastrados tinham a estratificação de risco calculada o que representava 28% do total, no mês 2 esse indicador apresentou pouca melhora passando para 30% que significou 69 de 223 usuários cadastrados. Já no mês 3 e 4 esse indicador apresentou uma melhora significativa apesar da distância da meta esperada onde passou para 50% e 54,2% respectivamente onde dos 297 cadastrados 161 estavam com estratificação de risco cardiovascular realizado durante o exame clínico.

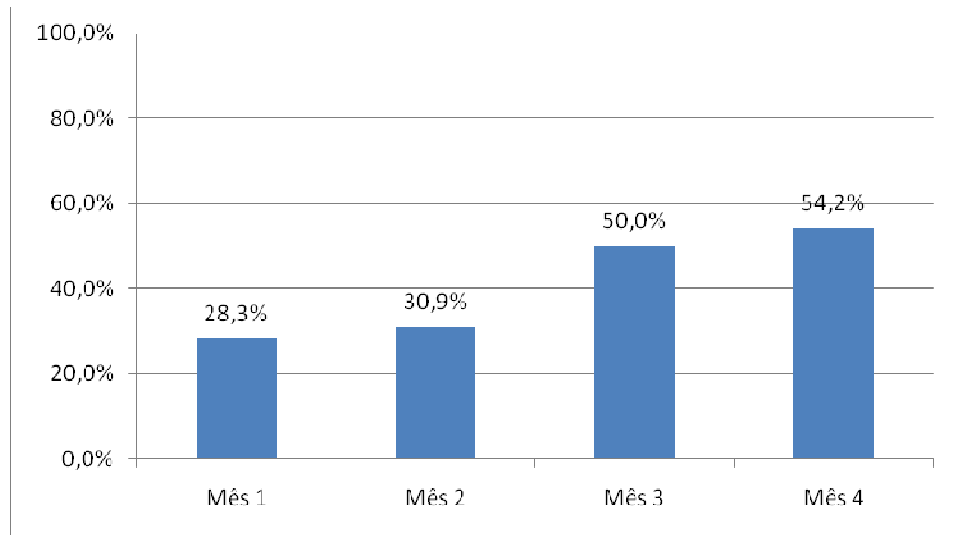


Figura 13: Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

No caso dos diabéticos esse perfil foi um pouco melhor. No primeiro mês 25 dos 61 usuários cadastrados tinha a estratificação de risco calculada na planilhas representando 41% do total. No mês 2 também obteve melhora apesar da diminuição da representatividade em porcentagem 28 de 70 usuários cadastrados tiveram a estratificação de risco calculada. Nos meses 3 e 4 como no caso dos hipertensos essa meta também teve uma melhora significativa chegando a 66,7% na semana 15 de intervenção sendo representada por 68 estratificações de risco de 102 usuários cadastrados como podemos ver na Figura 13.

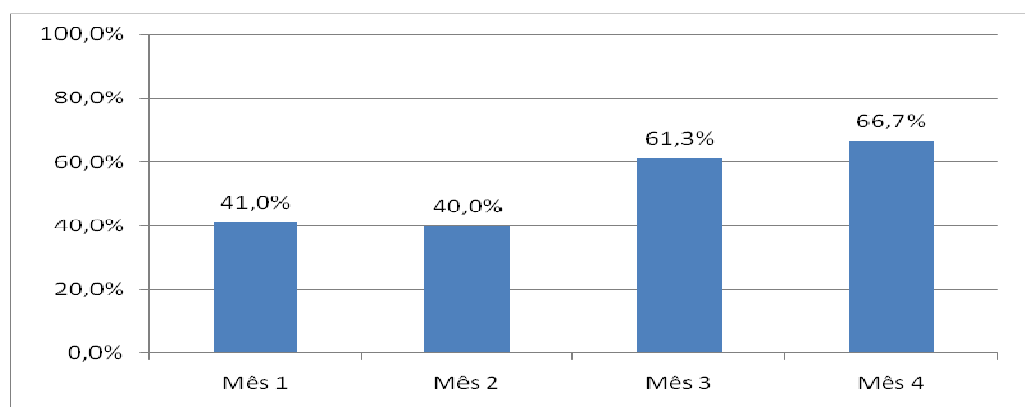


Figura 14: Gráfico da Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Quando avaliamos a estratificação cardiovascular, não podemos deixar de perceber que ela está intimamente relacionada com os exames complementares pois para realização dos cálculos precisamos dos valores dos resultados de exames, portanto a explicação para o indicador baixo está relacionado com esse fator.

Sobre o objetivo que estava relacionado com a saúde bucal descrito na meta 6.1 que previa garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários hipertensos e meta 6.2 que previa garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários diabéticos os resultados foram bem abaixo do esperado. Na Figura 14 podemos perceber que os indicadores não variaram muito ao longo dos meses passou de 0,5% no primeiro mês e 1,3% no último mês de intervenção. Essa variação no indicador foi modificada por apenas 4 usuários que tiveram acesso à atendimento de saúde bucal de 297 hipertensos cadastrados. Já no Indicador de Proporção de diabéticos com avaliação odontológica esse resultado foi ainda pior onde nenhum usuário respondeu ter sido avaliado por um dentista após o diagnóstico de diabetes.

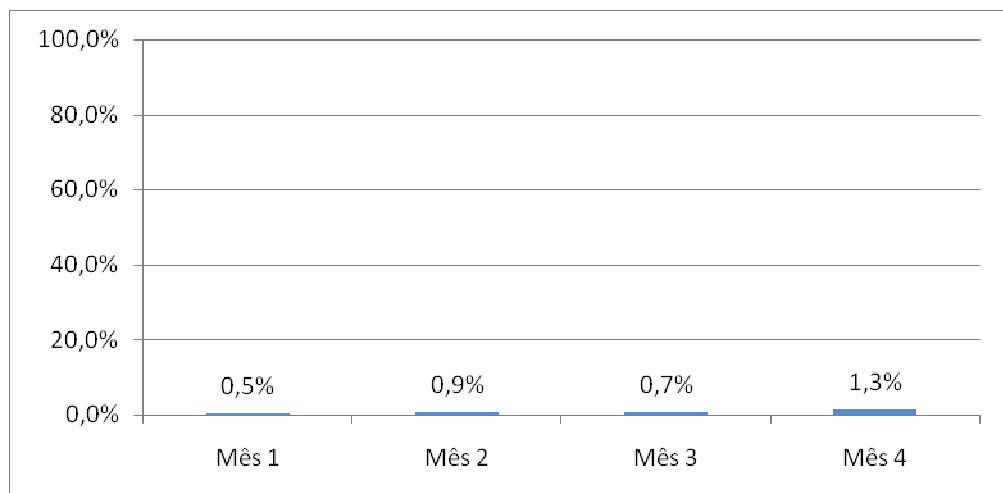


Figura 15: Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

As avaliações odontológicas na UBS sempre foram uma questão muito conflituosa, pois não temos rede de apoio para a saúde bucal e poucos usuários têm acesso, mesmo que particular, a tratamentos. Uma grande vitória aconteceu nesse projeto que foi a mobilização do conselho gestor e do término da reforma da sala de odontologia da Unidade de Saúde, os atendimentos ainda não se iniciaram, mas muito já se progrediu nesse aspecto.

Com relação aos objetivos que abordavam as orientações nutricionais como na meta 6.3 de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, e na meta 6.4 de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos esse indicador foi muito mais próximo do planejado. Como pode ser observado na Figura 15 no primeiro mês de intervenção 90% dos usuários haviam recebido algum tipo de orientação nutricional e esse dado estava registrado no prontuário do usuário na UBS. Essa porcentagem representou 179 usuários hipertensos que receberam a orientação de 198 usuários hipertensos cadastrados. Esses indicadores melhoraram muito durante a intervenção passando no último mês para 93,9% de proporção sendo representados por 279 usuários que receberam a orientação nutricional e tinham esse dado registrado em prontuário de 297 usuários cadastrados.

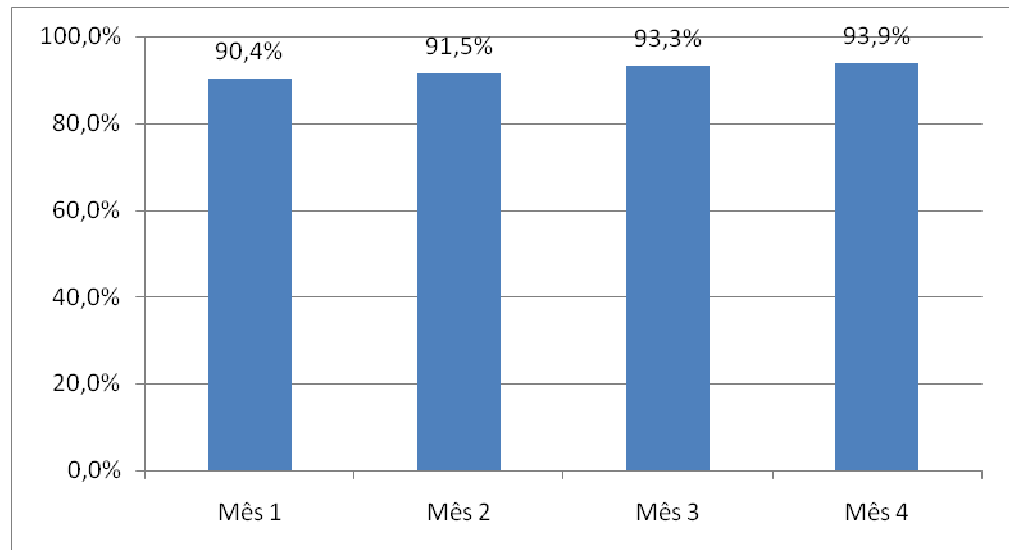


Figura 16: Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

No Indicador Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável alcançamos a meta de 100% como esperada em todos os meses de intervenção.

Sobre a orientação para prática de atividade física regular os gráficos seguiram o mesmo padrão da orientação nutricional, pois as informações sobre esse tipo de informação no prontuário dos usuários cadastrados vinha na maioria das vezes juntas. Esses perfis podem observar na Figura 16. Salientamos no de

Proporção de Diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular alcançamos a meta de 100% como esperada em todos os meses de intervenção.

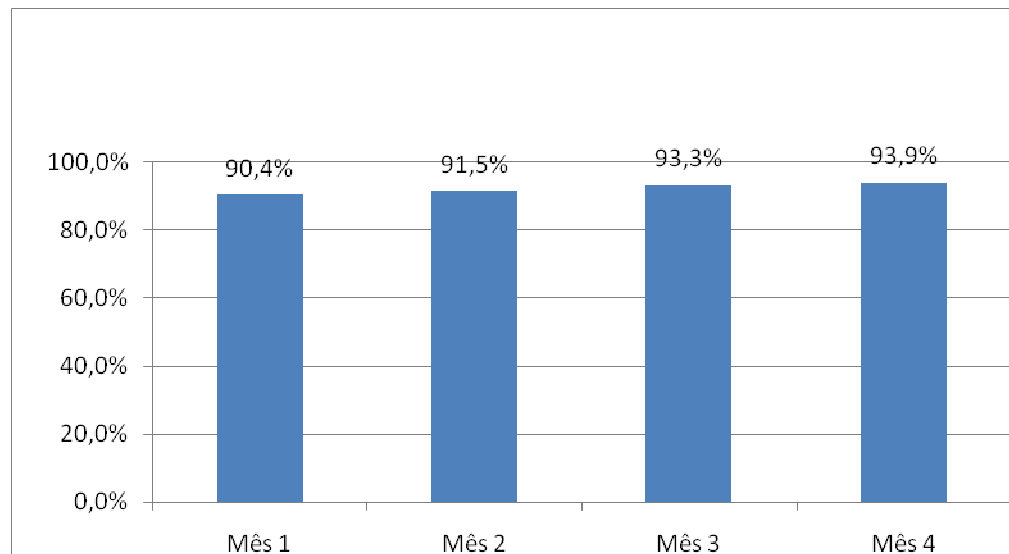


Figura 17: Gráfico da Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Sobre orientações de alimentação saudável, prática de atividades físicas e risco de tabagismo ficou bem claro que isso já é bem abordado pela equipe e inclusive se apresenta registrado em prontuários, lista de participação de grupos e resultaram em uma ótima cobertura com indicadores muito bons variando entre 93 e 100% em todos os casos.

Nos objetivos relacionados com as orientações sobre os riscos do tabagismo como descrito nas metas 6.7 de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos e na meta 6.8 de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Segundo a Figura 17 o Indicador de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo coloca que não alcançamos a meta de 100% mas no indicador Proporção de Diabéticos que receberam

orientação sobre os riscos do tabagismo alcançamos a meta de 100% como esperada, em todos os meses de intervenção

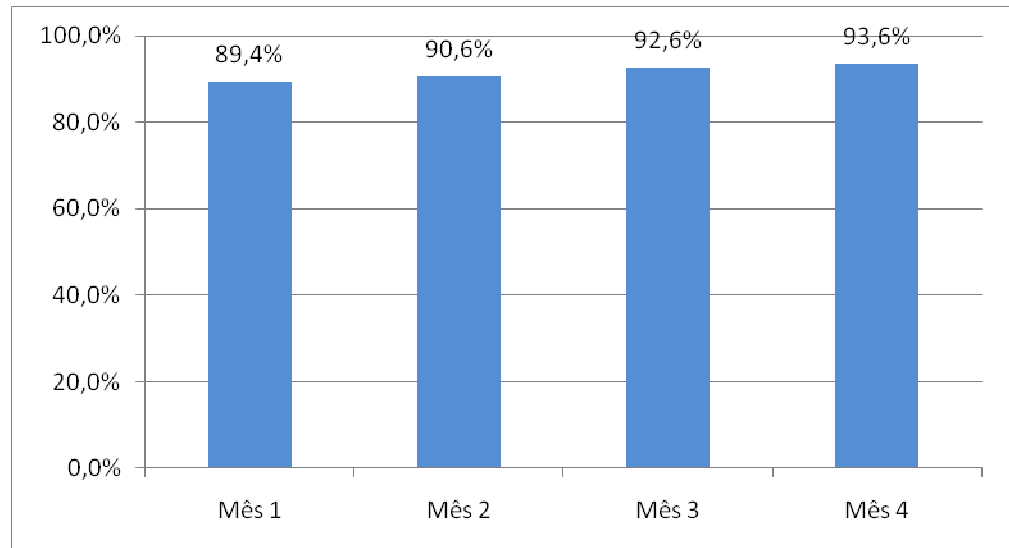


Figura 18: Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Foi observado que o monitoramento do preenchimento correto das fichas, o constante treinamento da equipe e a devolutiva dos indicadores motivam muito a equipe e representaram um bom trabalho com a devolutiva que temos tido dos usuários.

Informar os usuários em momentos coletivos, como no conselho gestor, nos grupos educativos e reuniões com a comunidade foi surpreendente nos resultados. Muitos usuários procuraram o serviço após esses momentos e se mostraram claramente informados sobre a rotina de atendimento nos casos de hipertensão e diabetes

4.2 Discussão

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças de alta prevalência na população brasileira e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Essas baixas taxas de controle se devem principalmente a baixa taxa de sintomas associados a doença e a dificuldade de adesão dos usuários aos planos terapêuticos que estão diretamente vinculados a mudança do estilo de vida.

A Intervenção no grupo de diabéticos e hipertensos na unidade de saúde do Vila Dalva propiciou um levantamento mais detalhado da cobertura de atendimentos da equipe azul para esse grupo, revelou as deficiências dos ACS com relação ao uso das fichas B, proporcionou descobertas sobre as dificuldades de decisão em condutas dos auxiliares de enfermagem, melhorou os registros dos atendimentos, padronizou as condutas clínicas do médico e do enfermeiro baseado no caderno de atenção básica do ministério da saúde, estabeleceu fluxos de informação dentro da equipe e instrumentalizou a população com informações importantes sobre as rotinas de atendimento e acesso ao serviço de saúde.

Na equipe de saúde percebemos a necessidade de capacitação dos ACS para o preenchimento da ficha B do SIAB e discutimos as devolutivas desses dados com uma frequência semestral comparando o resultado do trabalho e o motivo do uso do instrumento. Com relação aos auxiliares de enfermagem percebemos a importância da aquisição de equipamentos, e treinamento para o uso adequado e informações de protocolos para as orientações aos usuários. Foi de extrema relevância a discussão de fatores de risco, critérios para atendimentos de urgência, sinais e sintomas relevantes nas informações dos usuários e explicação do fluxograma de atendimento aos usuários portadores de HAS e DM.

Na equipe de atendimento técnico (médicos, enfermeiros e equipe NASF) o estabelecimento de um exame clínico adequado para esse grupo populacional e padronização de uma forma de registro mostrou-se funcional e tem ajudado muito nos levantamentos das informações dos usuários e na continuidade dos atendimentos.

Organizar o atendimento desse grupo populacional teve impacto na recepção do serviço que ficou instrumentalizada com informações assertivas e objetivas para os usuários e facilitou o trabalho da equipe de farmácia que conhecendo os fluxos da equipe orientam melhor os usuários, o que diminuiu as não entregas de medicação por erro ou vencimento das receitas dos medicamentos.

A implantação do projeto foi divulgada rapidamente e muitos usuários que não utilizavam o serviço passaram a procurar para realizar os exames, pegar

medicação e controlar a pressão arterial. Esse aumento significativo da demanda diminuiu a quantidade de vagas disponíveis nas agendas do médico e do enfermeiro e tem aprazado para quase um mês o retorno para resultados de exames e primeiras consultas apesar do aumento da produção tanto do médico como do enfermeiro. Este fato tem sido um problema para a equipe e levantamos uma necessidade de estratégias de contenção dessa demanda.

A intervenção poderia ter sido facilitada se fossem criados grupos de entrega dos resultados de exames e articulado melhor as questões de retorno com a comunidade. Orientar melhor a população e criar grupos educativos farão arte dos próximos planejamentos de equipe.

Dados de quantidade de consultas por usuários também poderiam ter sido levantados explicando talvez a dificuldade de acesso que estamos tendo nessas ultimas semanas de intervenção. Muitos usuários que foram levantados utilizaram no ano mais de seis vezes o atendimento da UBS o que torna muito difícil o acesso universal.·.

A equipe hoje está muito mais instrumentalizada e motivada com o atendimento desse grupo populacional, muitas estratégias precisarão ser discutidas e implantadas e alguns outros levantamentos talvez sejam necessários para continuidade do trabalho, mas a intervenção abriu os olhos para um problema que estava camuflado em atendimentos mal registrados e fichas mal preenchidas.

A intervenção foi incorporada na rotina da equipe que determinou a continuidade do preenchimento das fichas para melhor acompanhamento dos usuários. Reuniões com a coordenação de saúde decidiram sensibilizar todas as equipes das unidades cobertas pela OS com o tema HAS e DM, para isso estamos construindo uma cartilha de fácil acesso para as informações do caderno de atenção básica do ministério da saúde e um programa de treinamento para preenchimento de ficha B e fluxos de atendimento para todos os funcionários.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde

Sr José de Filippi Junior

Este Relatório é para descrever a intervenção que foi realizada na UBS Unidade Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho, Vila Dalva, no período de 23/06/2014 a 03/10/2014 para atender ao que fora proposto para a conclusão do projeto de um dos membros da Equipe, no curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O objetivo principal deste projeto foi melhorar as ações de atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus para a população vinculada à equipe Azul (1032) da UBS.

A escolha do foco da intervenção justifica-se, pois a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus acometem mais de 35% da população acima dos 40 anos no Brasil e as doenças cardiovasculares e as complicações advindas delas são responsáveis por cerca de 80% da mortalidade.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica de Doenças Crônicas não Transmissíveis – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

De acordo com a população vinculada à Equipe Azul da UBS tínhamos aproximadamente 350 pessoas com idade acima de 25 anos possíveis portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus que deveriam ser avaliadas

quanto à data da última consulta na UBS, exames em dia, valores de pressão arterial e uso correto de medicações.

Os dados foram monitorados em fichas-espelho criadas para acompanhar cada usuário atendido. Esses dados alimentaram uma planilha atualizada semanalmente com essas fichas espelho dos usuários atendidos naquela semana. Esses dados originaram gráficos para melhor avaliação do objetivo traçado e de ações que precisavam ser melhoradas.

Infelizmente não conseguimos acompanhar todas essas pessoas nesses quatro meses da intervenção, mas sabemos que a equipe continuará este trabalho para que todas elas façam os exames, passem em consulta de seis em seis meses e mantenham controlados os seus valores de pressão arterial e medicações.

Foram realizados treinamentos com as equipes de atendimento da Unidade Básica de Saúde, padronização dos atendimentos e fluxos, organização do processo de trabalho e ações comunitárias que orientaram a população sobre o tema.

O projeto de intervenção foi fundamental para um diagnóstico de melhorias que precisavam acontecer na equipe e na Unidade Básica de Saúde como um todo. A melhora dos indicadores foi um fator motivador para toda a equipe e a organização do trabalho contribuiu significativamente para esse resultado. O envolvimento da coordenação no trabalho e a busca de ampliar os resultados para outras equipes e outras unidades demonstra a importância que essa questão representa no contexto da saúde.

A atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde deve incentivar esse trabalho e ampliar para outros temas relacionados. Qualificar o atendimento nesse setor é fundamental para que todas as outras instâncias, como o atendimento secundário e terciário se tornem o seu reflexo.

O incentivo da coordenação e de toda gestão é fundamental para esse processo.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Este Relatório é para descrever a intervenção que foi realizada na UBS Unidade Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho, Vila Dalva, no período de 23/06/2014 a 03/10/2014 para atender ao que foi proposto para a conclusão do projeto de um dos membros da Equipe, no curso de Especialização em Saúde da

Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O objetivo principal deste projeto foi melhorar as ações de atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus para a população vinculada à equipe Azul (1032) da UBS.

A importância deste trabalho é que melhorando o atendimento feito pela equipe, melhorando a participação dos Diabéticos e Hipertensos às consultas, fazendo os exames necessários e controlando os resultados junto com os valores de pressão arterial poderemos reduzir o número de mortes e sequelas devido à problemas no cérebro e no coração como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio.

Escolhemos esse tema observando as qualidades e dificuldades da Equipe Azul da UBS juntamente com estudos das doenças mais encontradas no nosso país. Após estudar essas informações criamos um projeto de melhoria do atendimento e adotamos uma forma de atendimento para a capacitação de todos os membros da equipe.

Dentro dos atendimentos realizados pela Equipe Azul da UBS tínhamos aproximadamente 350 pessoas com idade acima de 25 anos possíveis portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus que deveriam ser avaliadas quanto a data da última consulta na UBS, exames em dia, valores de pressão arterial e uso correto de medicações.

Infelizmente não conseguimos acompanhar todas essas pessoas nesses quatro meses da intervenção, mas sabemos que a equipe continuará este trabalho para que todas elas façam os exames, passem em consulta de 6 em seis meses e mantenham controlados os seus valores de pressão arterial e medicações.

Nesses quatro meses, o trabalho realizado pela equipe trouxe muitos novos usuários para o atendimento, foram feitos novos diagnósticos e diversas pessoas foram convidadas para atualizar os seus exames, rever o uso das medicações e suas receitas. Os profissionais estão mais envolvidos e preparados para o trabalho.

Muitos novos atendimentos têm sido feitos e as agendas ficaram bem mais cheias e apertadas, mas apesar de tudo todos têm trabalhado com mais confiança e motivação. Percebemos que o trabalho que vem sendo feito com qualidade individualmente tem um efeito no grupo muito gratificante para todos da equipe.

Para melhor controle desse trabalho foram criadas fichas-espelho com os dados de cada usuário. Esses dados alimentam uma planilha que atualizamos

semanalmente. Esses dados geram gráficos para melhor avaliação do atendimento prestado. Para que todo esse trabalho não se perca, semanalmente nos reunimos para discutir os problemas que vem aparecendo, trocar informações novas sobre os atendimentos e trazer as respostas da comunidade pelos ACS.

Acredito que esse trabalho melhorou muito o atendimento da equipe para a comunidade e espero que ele possa ser repassado por muitos anos a diversos outros usuários e profissionais que chegarem a fazer parte desse grupo de nossa Unidade Básica de Saúde.

5. Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção.

O Curso de especialização em saúde da Família da UFPEI superou as minhas expectativas. Inicialmente acreditava em um trabalho mais superficial que não se diferenciaria dos cursos comuns que tenho feito sobre o tema. Minha expectativa se restringia em encontrar um espaço de discussão e reflexão da minha prática, discutir idéias para aprimorar meu trabalho conhecer outras experiências profissionais e técnicas pra esse desenvolvimento.

Contudo a proposta de aprendizado com o cotidiano profissional e intervindo no próprio serviço foi interessante, pois como, já era esperado, reforçou o protagonismo na geração de mudanças.

Desenvolver o trabalho construindo o conhecimento na realidade do serviço se mostrou algo muito mais motivante e significativo. Durante as atividades e as ações que foram sendo realizadas ficava cada vez mais claro a necessidade de indicadores de qualidade e padrões para o controle do que fazemos empiricamente. A impressão do que é fazer um bom trabalho nem sempre é real quando temos esses valores claramente definidos.

Criar momentos de avaliação dos serviços e propor mudanças baseados em padrões estudados de qualidade, refletem as dificuldades e as deficiências da atuação profissional individual, do trabalho realizado em equipe e da qualidade do serviço como um todo.

Esse trabalho foi de extrema importância nesse aspecto. Aprender a avaliar o serviço e sua prática usando critérios e criando uma realidade diferente como

modelo para demonstrar que é possível mudar o que se planeja foi o maior retorno desse processo.

Referências

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica** (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília; 2004.

GOULART, Flavio et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde**. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília 2011 Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acessado em: junho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde – SUS. Informações de Saúde Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf Acessado em Janeiro de 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Documento de Atualização dos Protocolos de Enfermagem**. Departamento de Atenção Básica. São Paulo; 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Protocolo de Enfermagem – Atenção à Saúde do Adulto**. Departamento de Atenção Básica. São Paulo; 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Protocolo de Enfermagem – Atenção à Saúde do Adulto**. Departamento de Atenção Básica. 2ª Edição. São Paulo; 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Manual de Enfermagem - Saúde do Adulto**. Departamento de Atenção Básica. 2ª Edição. São Paulo; 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Manual de Enfermagem - Saúde da Pessoa Idosa** . Departamento de Atenção Básica. 2ª Edição. São Paulo; 2012.

ANEXO F: Termo do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

