

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 04



**Melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de
Estratégia de Saúde da Família 3, Salto do Lontra/PR**

Audrey Gotardi

Pelotas, 2014

Audrey Gotardi

**Melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de
Estratégia de Saúde da Família 3, Salto do Lontra/PR**

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Pelotas
como requisito parcial para a obtenção
do título de especialista em Saúde da
Família.

Orientadora: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2014

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

G683m Gotardi, Audrey

Melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de Estratégia de Saúde da Família 3, Salto do Lontra/PR / Audrey Gotardi; Luíla Bittencourt Marques, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

91 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. Marques, Luíla Bittencourt, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho à minha família
que sempre me apoiou.

Agradecimentos

Aos meus colegas de trabalho que colaboraram com o projeto.

À minha orientadora que foi uma verdadeira amiga e guia.

Aos meus usuários que acreditaram em mim.

À minha família pelo incentivo.

Lista de figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao Hipertenso.....	60
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao Diabético.....	61
Figura 3	Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	62
Figura 4	Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	62
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	63
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	64
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	65
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	65
Figura 9	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	66
Figura 10	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	66
Figura 11	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	68
Figura 12	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	68
Figura 13	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.....	69
Figura 14	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.....	69
Figura 15	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	70
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	70
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.....	71
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.....	71

Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	72
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	72

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação À Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoprotein
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação.....	10
1. Análise situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2. Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2.2 Objetivos Específicos.....	21
2.2.3 Metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	45
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma.....	52
3. Relatório da Intervenção.....	54
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	54
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	55
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	56
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	57
4. Avaliação da Intervenção.....	60
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussão.....	73
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	75
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	77
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	79
6. Bibliografia.....	80

Anexos.....	81
Anexo A - Planilha de Coleta de Dados.....	82
Anexo B - Documento Comitê de Ética.....	85
Anexo C - Ficha-espelho.....	86

Resumo

GOTARDI, Audrey. **Melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família 3, Salto do Lontra/PR.** 2014. 87f. Trabalho de Conclusão – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

O atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético em uma estratégia de saúde da família (ESF) do município de Salto do Lontra, Paraná, reproduz um processo de trabalho centrado no atendimento à demanda espontânea, com pouco envolvimento da gestão para mudar essa realidade, falta de vínculo da equipe com a população pela ausência prática de territorialização, sobrecarga da equipe de saúde e ausência de um protocolo de atendimento para o usuário portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas proporcionou ferramentas para analisar a situação real de funcionamento da unidade, projetar uma intervenção na ação programática HIPERDIA, e aplicá-la na comunidade com orientação pedagógica. O presente projeto tem como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família 3 no município de Salto de Lontra, PR. A área de abrangência do projeto possuía uma população de 2.624 habitantes, 294 usuários hipertensos e 57 usuários diabéticos. O projeto de intervenção durou 4 meses, neste período cadastramos 86 usuários hipertensos, 29,3% do total, e 32 usuários diabéticos, 56,7% do total. Todos os usuários cadastrados estavam com o exame físico e laboratorial atrasados ou inexistentes previamente, com registro inadequado no prontuário e sem a avaliação de risco cardiovascular, indicando com clareza a necessidade de uma intervenção nesta área. O pior indicador encontrado nos resultados foi o atendimento odontológico, apenas oito hipertensos, 9,5% do total, e três usuários diabéticos, 9,4% do total tiveram este atendimento. No entanto, o resultado foi positivo, ao final da intervenção 62,8% dos usuários hipertensos estavam com exames laboratoriais em dia e com risco cardiovascular calculado, assim como 68,8% dos usuários diabéticos. Foi possível melhorar a qualidade do atendimento à população com a capacitação da equipe, além de poder oferecer um acompanhamento diferenciado para o usuário hipertenso e/ou diabético respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde. O projeto foi implantado, agora espera-se que continue funcionando para melhor atender a população.

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

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção ao Hipertenso e Diabético da Estratégia de Saúde da Família do município de Salto do Lontra, Paraná.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2013, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de abril de 2014, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Salto do Lontra, Paraná, é habitado por 13.689 pessoas (IBGE; 2010), nele a Estratégia de Saúde da Família(ESF) tem cobertura de 100%. No momento temos 4 ESF em funcionamento, todos com saúde bucal cadastrada, 31 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); estamos em processo de implantação de mais 2 ESF para melhora do atendimento. A área em que atuo é o ESF 3, possui áreas urbana e rural, engloba 12 bairros/linhas ao total são 2624 pessoas, 851 famílias. Possuímos Conselho Municipal da Saúde com reuniões periódicas e participação ativa da população, da gestão e dos funcionários da área de saúde.

A ESF 3 trabalha na mesma estrutura física que a ESF 4, juntas formam o Centro de Saúde, que se localiza na região central da cidade, o motivo dessa junção é que algumas comunidades são muito distantes uma das outras, e seria difícil permitir o acesso de todos a uma ESF que não fosse central, daí que para o centro dispomos de linhas de ônibus. O resultado dessa junção foi uma estrutura física muito bem organizada, um espaço de qualidade que conta com 3 consultórios médicos, 1 consultório para enfermagem, 1 pronto atendimento com monitor cardíaco, oxímetro de pulso e medicações de emergência, 1 sala de observação com 8 leitos, 1 farmácia, e a parte administrativa. Uma estrutura grande, e com projeto de expansão. A saúde bucal fica em outra estrutura física, há 1 quadra também unindo as duas ESF. A relação entre os membros da equipe é boa, interagem como uma grande família em benefício da população.

Vejo duas dificuldades nessa sistemática, primeiro que por ter duas ESF na mesma estrutura física fica difícil demarcar a área individual de cada uma, sendo que as mesmas se misturam e vira uma grande área (com 5.843 pessoas e 1.905 famílias) para o atendimento na unidade de saúde, a demarcação funciona efetivamente apenas para o trabalho de agentes de saúde. Outro ponto que me chama atenção é que por ser o local onde se atende emergência na cidade o atendimento da ESF, por vezes, fica prejudicado, em razão de que todas as emergências da cidade vêm para o mesmo local. Isso impossibilita muitas vezes a saída de médicos e enfermeiros da unidade para fazer visitas e palestras devido ao alto fluxo de consultas, inviabilizando uma participação mais direta na comunidade. Além de dificultar o acompanhamento próximo de doenças crônicas, dado que as

emergências são passadas na frente e muitas vezes o usuário não quer esperar, ou é agendado para outro dia e acaba não comparecendo.

No Centro de Saúde atendem 4 médicos, sendo 1 responsável pela ESF 3 e o outro pela ESF 4; cumprem 8 horas e mais 2 que atendem um número fixo de fichas por turno para garantir o atendimento de toda a demanda. Em média temos um total de 190 consultas por dia (em 12 horas) no Centro de Saúde. Esse número se explica por ser o único lugar da cidade que atende emergência, e também por ser uma referencia pela qualidade no atendimento para os municípios vizinhos. O funcionamento é de 24 horas, à noite o plantão ocorre no Centro e apenas as internações são enviadas para o hospital local ou regional. O atendimento odontológico do município é centralizado em outra localidade, todos os dentistas de todas as ESF trabalham no mesmo local. Essa característica do município foge da preconizada pela ESF, e dificulta o acesso do usuário à odontologia e a comunicação entra as equipes de saúde.

Acho mais fácil falar em números para exemplificar esse problema, em dias de pouco atendimento o médico da ESF atende 40 pessoas, em 8 horas, 20 fichas por turno, o que significa 12 minutos por consulta, tempo muitas vezes pequeno para a necessidade do usuário. Acredito que a questão principal está em educar o usuário, mostrar que ele pode exigir um serviço diferente, colocar isso em questão nas reuniões do conselho de saúde. Posso fazer uma analogia à agricultura. Quando usuário procura ajuda devido uma erva daninha orientamos qual o melhor agrotóxico para exterminá-la e ele volta para casa feliz. Em pouco tempo ele retorna com uma nova erva daninha crescendo no sítio, e um novo agrotóxico é orientado. E assim ele passará a vida inteira procurando a ESF, interessado em exterminar ervas daninhas, sem saber o que está causando esse mal e muito menos o que poderia usar no terreno para prevenir esse mal. É assim que eu vejo a saúde, eu quero mostrar para o usuário o que está deixando ele doente e o que ele pode fazer para evitar que isso aconteça ou para diminuir a evolução natural da doença. Não quero prescrever apenas o agrotóxico quero ensinar a carpir, a extrair a raiz da erva daninha, a manter o terreno limpo.

Outro problema que podemos considerar nacional é a dificuldade de fixar o médico no sistema publico de saúde. A alta rotatividade de profissionais impossibilita a criação de laços com o usuário. Este acostumado a ouvir muitas abordagens médicas diferentes, não consegue confiar em alguém temporário, e procura outras

opiniões em relação ao seu estado de saúde. O reflexo disso é que o usuário que já consultou por determinado motivo, quando troca o médico vem consultar de novo para verificar se a opinião médica é a mesma, isso acontece entre os médicos do próprio município, alguns usuário passam por todos pelo mesmo motivo, são 4 consultas que poderiam ser uma.

Posso dizer que a situação atual da ESF é boa em termos de estrutura física, e necessita de melhoras em termos de implantação da ESF. Aqui todos os usuários são atendidos, distribuimos muito agrotóxico para ervas daninhas, mas não conseguimos ensinar a todos como evitar o crescimento delas. Precisamos melhorar o que diz respeito à prevenção e intervenção, educar a equipe e os usuários, uma mudança grande e lenta, que acredito ser possível com o auxílio do nosso programa de pós-graduação. Penso que o ponto-chave seja aumentar o tempo e em consequência elevando a eficácia das consultas, garantindo mais qualidade de vida para o usuário, e reduzindo os retornos. Enfim, retirar a erva daninha pela raiz.

1.2 Relatório de Análise Situacional

O município de Salto do Lontra possui 13.689 mil habitantes (IBGE; 2010) possui 100% de cobertura do programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), são 4 ESF e o Núcleo Integrado de Saúde (NIS) em funcionamento. Estamos com alguns projetos em andamento para implantação de mais duas ESF e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dentre as ESF em funcionamento, duas funcionam em unidades físicas próprias, as outras duas estão dentro da mesma estrutura física do Centro de Saúde NIS. O NIS funciona 24 horas, fica localizado na região central da cidade e centraliza praticamente todo o atendimento médico da cidade, os médicos fazem turnos de 6 horas corridas, das 7 às 13 horas e das 13 às 19 horas, e temos um plantão médico que funciona das 19 às 7 horas.

Possuímos na cidade um hospital municipal, com plantão obstétrico, onde são feitas internações de baixo risco. Temos disponível pelo SUS exames laboratoriais em laboratórios licitados pela prefeitura, e exames de Ultrassonografia realizados em aparelho municipal, estamos aguardando a instalação de um aparelho de radiografia. Nosso município de referência é Francisco Beltrão, sede do consórcio intermunicipal de saúde de média e alta complexidade, formado por 27 municípios, para onde são encaminhados usuários para internação, para intervenções

cirúrgicas, para consultas especializadas e para realização dos exames complementares não disponíveis na cidade.

O NIS tem um médico cadastrado que atende apenas pela manhã um número fixo de fichas. Há uma equipe de plantão 24 horas, os médicos da ESF 3 e da ESF 4 e a enfermeira da ESF 4 atendem no período da tarde, e há outros 2 médicos contratados e a enfermeira da ESF 3 que atendem no período da manhã, por turno, temos 2 técnicos de enfermagem. A ESF 2, atende a área rural de todas as ESF, funciona pela manhã em uma unidade física própria e a tarde atende 5 minipostos, um cada dia da semana, sendo 2 da ESF 3 e os demais um de cada ESF: 1, 2 e 4. A área em que atuo é a ESF 3, possui áreas urbana e rural, engloba 12 bairros/linhas ao total são 2624 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 851 famílias. Esta é de atenção mista, administrada pela prefeitura.

Quanto à estrutura física, segue praticamente todos os requisitos do "O Manual da Estrutura da UBS" (BRASIL; 2008). Temos corredores amplos, locais ventilados e com luz natural, paredes e pisos laváveis. O espaço é adequado para o funcionamento de 2 ESF, tanto pelo lado do conforto do usuário como pela qualidade do ambiente, no entanto, não temos sala de ACS e nem sala de reuniões porque quando foi reformado o espaço para funcionar 24 horas e abrigar o NIS, estas salas foram transformadas em uma sala de pronto atendimento e a outra foi ampliada e reformada para ser uma enfermaria. Essa falta de local para se reunir e para discutir e elaborar projetos com as ACS é ruim por afastá-las do ambiente do posto. Quanto à acessibilidade, temos rampas e cadeiras de rodas disponíveis, nossa deficiência é a falta de corrimãos. Infelizmente não contamos com avisos em braile, mas a maioria dos cartazes são ilustrados de forma a estender a interpretação.

A equipe da ESF 3 possui uma enfermeira, uma técnica, um médico e um dentista, um auxiliar de saúde bucal, e 7 ACS. Do ponto de vista demográfico, nossa população é composta por mais idosos e por menos crianças que o esperado segundo a distribuição brasileira. Alguns valores foram bem discordantes como o número esperado de pessoas entre 50 e 59 anos do sexo masculino, segundo o caderno de ações programáticas, baseado em índices do IBGE; 2010, estima a quantidade de 117 pessoas, e a nossa realidade é de 182 segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Para as mulheres nessa faixa etária o valor esperado é 133, e aqui contamos com 173. O mesmo ocorre na base da pirâmide,

ao total espera-se um total de 47 crianças menores de um ano, e nossa população possui 36. Outro ponto desigual foi na faixa de 1 a 4 anos, estima-se 72 do sexo masculino e 70 do sexo feminino, e a realidade local é de 59 e 55 respectivamente. Nas demais faixas etárias o número encontrado é próximo ao estimado. Os números utilizados para comparação foram fornecidos pelo SIAB 2013. Não possuímos um plano de territorialização e mapeamento, mas estamos em processo de implantação. Essa falta de "caracterização da população" impossibilita uma visão mais ampla da real situação da população, nossa única fonte de dados é o SIAB, que é alimentado pelas ACS, mas esse método não é padronizado, muitos dados podem e devem estar ocultos.

O foco do nosso atendimento é o município como um todo, não existe diferenciação entre os usuários das ESF e do NIS, o cadastro não é feito por famílias e nem por território; é individual. Na prática a ESF não existe dividido por regiões, trabalhamos sempre com o coletivo, todas as ações programáticas do município são contabilizadas e sistematizadas juntas, não sabemos qual área precisa de maior cobertura em determinado serviço, a puericultura, o pré-natal, a prevenção do colo de câncer e do câncer de mama, todas são realizadas, mas considerando o município um grande ESF.

A puericultura não é realizada na ESF 3, no município temos um pediatra que atende todas as idades, e uma enfermeira em outra localidade responsável pelo acompanhamento de todas as crianças do nascimento até 1 ano de idade. Ela trabalha na ESF 1, lá deveria ter um médico, mas o médico dela atende apenas no NIS. Esta enfermeira também é responsável por toda a coleta de preventivos do município, e dessa forma pela saúde da mulher na prevenção do câncer de mama também. O pré-natal também não é realizado na ESF 3 e sim na ESF 1, todas as quartas feiras 2 ginecologistas atendem todas as gestantes da cidade.

O excesso de trabalho impossibilita um atendimento integral e um acompanhamento do usuário, dado que o profissional não tem condições físicas e mentais de se responsabilizar por um município inteiro. A demanda de consultas é muito grande, em média 170 por dia, reflexo de um sistema que prioriza o atendimento a doença e não a prevenção dela. Nosso modelo de assistência é ultrapassado, talvez por desconhecimento do que está preconizado em lei, pela população, pela equipe e pela gestão. Falta engajamento público em saúde pública.

Nosso modelo de atendimento é basicamente o de atender demanda espontânea, ou seja, toda a demanda é acolhida, o agendamento praticamente não funciona, cada médico tem 10 usuários agendados e o resto é demanda espontânea. Funcionamos como um grande pronto socorro, as pessoas não sabem que podem ser agendadas, e a equipe receia em agendar mais e não ter condições de atender a demanda espontânea. Qualquer usuário que adentrar a UBS será acolhido, triado e consultado por médico ou enfermeiro, o que sobrecarrega a equipe de trabalho e muitas vezes prejudica o atendimento integral do usuário, a atuação na prevenção de doenças e na promoção de saúde. Não seguimos protocolos de agendamento e atendimento, e não há planos para implantação. A solução seria construir outro espaço físico para atender emergências e separar esse atendimento do ESF, para assim poder educar a população.

Dentre as ações programáticas avaliadas na análise situacional a única que realizamos na ESF é o HIPERDIA, mas ainda assim não temos um bom controle dos diabéticos e hipertensos, o único dado que consegui preencher, solicitado no caderno de ações programáticas, foi o número total de hipertensos e diabéticos, que provavelmente foi subestimado, devido à cobertura falha do nosso programa. O número estimado, segundo dados do Caderno de Ações Programáticas, para a área da ESF 3 são de 396 hipertensos e 98 diabéticos, quando na verdade temos conhecimento apenas de 294 e 57, respectivamente. Essa grande diferença pode representar uma característica regional, mas diante da nossa realidade acredito que o número esteja subestimado e que muitos doentes não estão diagnosticados ou não estão em tratamento; outra possibilidade seria a falha das ACS em preencher esses dados. Outro ponto que poderia alterar esse comparativo entre os dados do Caderno de Ação Programática e do SIAB é que o limite inferior de idade é diferente nos dois casos, o primeiro considera usuários acima de 20 anos, e o segundo acima de 15 anos. Apesar de a maior incidência de usuários hipertensos e/ou diabéticos ser em faixas etárias mais avançadas e dessa forma provavelmente não alterar significativamente o número, cabe ressaltar nossa falta de dados para a análise.

A puericultura e o pré-natal de todo o município são realizadas em outra unidade de saúde, já a Saúde do Idoso não possui nenhum programa. Os protocolos de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama não são realizados na ESF 3. O controle desses programas, realizados na ESF 1, é por meio do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Sistema de

Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). A pesquisa para obter o número de preventivos de colo uterino alterados foi possível graças ao município ter poucos habitantes, do total foi identificado usuário por usuário, e na área da ESF 3 são 23 casos; da mesma forma obtive o número de mamografias alteradas, 3 casos.

Apesar das dificuldades apresentadas, o HIPERDIA coleta em suas reuniões informações importantes da população que refletem as condições socioeconômicas da microárea. Avaliando as condições de moradia da população: 56,34% abastecimento de água originário de poços e nascentes, 98,56% utiliza fossa como sistema de esgoto, 61% reside em casa de madeira, 98,8% possui energia elétrica, 54,78% queima ou enterra o lixo. Em síntese boa parte da população vive em condições inadequadas de higiene. Outro dado relevante é que em caso de doença, 91,75% procura a ESF, o que reflete uma boa cobertura de atendimento. O principal meio de comunicação utilizado é o radio 80,62%. Podemos perceber também que trabalhamos com extremos, enquanto 9,21% famílias recebem o bolsa família outras 8,29% possuem plano de saúde.

Os três grandes empecilhos para um funcionamento pleno da ESF na unidade são: a falta de territorialização, a união entre o pronto socorro municipal e os 2 ESF, juntos constituindo o NIS; e por fim a falta de identidade da ESF. Essa desorganização do sistema de saúde local possivelmente é a causa principal da sobrecarga de trabalho. O processo de territorialização e mapeamento estão em andamento, o que já considero um grande passo para nós, pois o maior problema enfrentado por nós é a falta de referência da população a uma determinada UBS. A retirada do pronto atendimento da estrutura física do NIS é uma medida a longo prazo, mas podemos contornar a situação, com um atendimento seguindo a territorialização, o médico de determinada ESF atender apenas usuários de sua microárea.

Outra alternativa seria aumentar o número de usuários agendados e educar os usuários a utilizar esse serviço, ensinar o que é emergência utilizando como método por exemplo o protocolo de Manchester. Depois de resolvidas essas situações, provavelmente a equipe da ESF tivesse tempo para implantar e acompanhar todas as ações programáticas que nos competem.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF e o relatório de análise situacional

A diferença entre o modo de escrever o texto e as informações acrescentadas ao longo da Análise Situacional é clara. No início da pós eu estava cheia de expectativas, motivada por uma estrutura física boa, por uma equipe unida, fazia metáforas nos textos. Após essas 12 semanas, percebi que nossas ações programáticas não funcionam, que na verdade o Conselho Local de saúde não existe e o Municipal não funciona.

Comecei a trabalhar nessa ESF 1 mês antes de iniciar a pós, tudo era novo. Hoje vejo que a equipe é desmotivada, está sobrecarregada. Vejo a falta que faz a territorialização, que ter uma estrutura física boa não garante um bom atendimento. Toda a saúde do município é regida por uma enfermeira chefe, que programa ações, faz buscas ativas, as ESF na verdade são apenas pontos de atendimento.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (BRASIL; 2013). O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de incidência crescente, e normalmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial (BRASIL; 2013). Ambos são considerados condições sensíveis à atenção primária, possuem evidências de que um bom manejo na atenção básica evite hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, principais causas de morte no Brasil. Estima-se que no Brasil, em 2030, 11,3% da população seja portadora de DM, dados anteriores de 2000 indicavam uma prevalência de 4,6%, ou seja, um aumento significativo. A prevalência de HAS no Brasil é em média 32%, e pode chegar até 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O DM e a HAS juntos são responsáveis por mais de metade do diagnóstico de pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) 3 possui uma população composta por mais idosos e por menos crianças que o esperado segundo a distribuição brasileira. Portanto, deve ter um número de usuários hipertensos e/ ou diabéticos maior dado que a incidência dessas doenças é mais elevada em idades avançadas. A ESF 3 funciona na mesa estrutura física que a ESF 4, o NIS 1, local onde se concentra todo o atendimento médico do município, devido ao grande número de atendimento e à impossibilidade de garantir que todos os pacientes seriam inclusos no programa, optamos por implantar o programa apenas na ESF 3. No entanto, toda a equipe de saúde da unidade recebeu a capacitação, todos os médicos, enfermeiros e técnicos foram informados do protocolo e da possibilidade de cadastramento.

Na ESF 3 não funciona nenhuma ação programática plenamente, em especial o HIPERDIA é realizado por meio de reuniões que servem apenas para distribuição de medicações, não existe acompanhamento clínico ao usuário hipertenso e/ou diabético. Não possuímos protocolos de atendimento, não são feitos acompanhamentos dos usuários, nenhum deles têm avaliação de risco registrada, não existe agendamento de consultas, assim como também não existe periodicidade

de consultas. Nossa única fonte de dados é o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que é alimentado exclusivamente por informações conseguidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Comparando a microárea da ESF 3, dados do SIAB, com os dados do IBGE 2010, o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na área é bem inferior ao esperado: estima-se 396 hipertensos e 98 diabéticos, e existe documentação apenas de 294 e 57, respectivamente. O que corresponde a uma cobertura de 74% dos Hipertensos e 58% dos Diabéticos. Essa grande diferença pode representar uma característica regional, mas diante da nossa realidade acredito que o número esteja subestimado e que muitos doentes não estão diagnosticados ou não estão em tratamento; outra possibilidade seria a falha das ACS em preencher esses dados. As reuniões são bimestrais realizadas em três dias diferentes, abordando sete grupos/comunidades de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Nossa cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos é muito pequena, e faltam dados até mesmo dos cobertos pelo programa. A falta de protocolos impede uma avaliação mais completa do usuário e a avaliação de risco do mesmo, e no caso da ESF 3 até mesmo o diagnóstico. Precisamos melhorar a atenção aos usuários de um modo geral, mas para isso é necessário começar, e a meu ver em uma população idosa com números tão baixos precisa de uma intervenção de qualidade. Fazer reuniões de hipertensos apenas para distribuir medicações não é o suficiente, é preciso ter objetivos e metas, é preciso fazer saúde preventiva. O fato de ser a única ação programática que tenta existir na unidade foi mais um dos pontos que se destacou na escolha, dado que as ferramentas já existem precisam apenas ser modificadas, melhoradas, e assim mostrar que podemos fazer a diferença mesmo sem incentivos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família 3 no Município de Salto de Lontra, PR.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura a 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. Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Referente ao objetivo1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.

Meta1. Cadastrar 80% do hipertensos de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Referente ao Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

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

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

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

Meta 7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Meta 8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

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

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

Referente ao objetivo 4:Melhorar o registro das informações.

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

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

Referente ao objetivo 5:Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Referente ao objetivo 6:Promoção da saúde.

Meta 15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

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

Meta 1: Cadastrar 80% do hipertensos de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 1: Cadastrar os usuários do programa em um arquivo próprio, formado pelo conjunto de fichas espelho elaboradas para o programa.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento 2: Registrar todos os usuários nas ficha-espelhos elaboradas para o programa.

Ação 3: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento 3: Por meio do agendamento de consultas e de um atendimento padronizado seguindo as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde;

Ação 4: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento 4: Por meio do contato com a gestão.

Engajamento público

Ação 5: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, que divulgaram os programa de casa em casa, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 7: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento 7: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 8: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento 8: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 9: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento 9: Por meio de uma reunião com orientações sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e do preenchimento de uma ficha própria para cadastro de todos os usuários de cada área pela qual cada agente de saúde é responsável.

Ação 10: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento 10: Por meio de treinamento teórico e prático em reunião no início do programa.

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 1: Cadastrar os usuários do programa em um arquivo próprio, formado pelo conjunto de fichas espelho elaboradas para o programa.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento 2: Registrar todos os usuários nas fichas espelhos elaboradas para o programa.

Ação 3: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento 3: Por meio do agendamento de consultas e de um atendimento padronizado seguindo o protocolo do Ministério da Saúde;

Ação 4: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento 4: Por meio do contato com a gestão.

Engajamento público

Ação 5: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, que divulgaram os programa de casa em casa, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 7: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento 7: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 8: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento 8: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 9: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento 9: Por meio de uma reunião com orientações sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e do preenchimento de uma ficha própria para cadastro de todos os usuários de cada área pela qual cada agente de saúde é responsável.

Ação 10: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento 10: Por meio de treinamento teórico em reunião no início do programa.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo de atendimento adequando o priorizado pelo ministério da saúde com a realidade local

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local;

Ação 2: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e fazer busca ativa caso haja faltosos.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas espelho;

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Organizar a agenda para acolher os hipertensos.

Detalhamento 3: Iniciar o agendamento de usuários na unidade, agendando 6 usuários participantes do programa por dia;

Engajamento público

Ação 4: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento 4: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 5: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 6: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento 6: Por meio de reuniões mensais.

Ação 7: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos.

Detalhamento 7: As faltas serão detectadas por meio do monitoramento das fichas espelho, e a busca ativa aos faltosos será organizada pela coordenadora da ESF e realizada pelas ACS.

Ação 8 : Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão.

Detalhamento 8: Por meio das visitas das ACS e nas reuniões do HIPERDIA, e por meio de um caixa de sugestões aberta para críticas e comentários da população na recepção.

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo de atendimento adequando o priorizado pelo ministério da saúde com a realidade local

Detalhamento 1: Adequar o Caderno de Ações Programáticas de Diabetes Mellitus para a realidade local;

Ação 2: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas espelho e fazer busca ativa caso haja faltosos.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Organizar a agenda para acolher os diabéticos.

Detalhamento 3: Iniciar o agendamento de usuários na unidade, agendando 6 usuários participantes do programa por dia;

Engajamento público

Ação 4: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento 4: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 5: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Detalhamento 6: Por meio das visitas das ACS, nas reuniões do HIPERDIA e por meio de um caixa de sugestões aberta para críticas e comentários da população na recepção.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais.

Ação 8: Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento 8: As faltas serão detectadas por meio do monitoramento das fichas espelho, e a busca ativa aos faltosos será organizada pela coordenadora da ESF e realizada pelas ACS.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo para o exame clínico dos usuários hipertensos.

Detalhamento 1: Adequar o Caderno de Ações Programáticas de Hipertensão para a realidade local;

Ação 2: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento 3: Por meio da capacitação dos profissionais de saúde em reuniões mensais.

Ação 4: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais.

Ação 5: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento 5: Por meio de impressão gráfica autorizada pela gestão.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo para o exame clínico dos usuários diabéticos.

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local.

Ação 2: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento 3: Por meio da capacitação dos profissionais de saúde em reuniões mensais;

Ação 4: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais.

Ação 5: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento 5: Por meio de impressão gráfica autorizada pela gestão.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais.

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento 1: Por meio do monitoramento das fichas espelho. Que deve conter hemograma completo, parcial de urina, colesterol total, colesterol HDL, triglicérides, creatinina, glicemia de jejum .

Ação 2: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento 3: Por meio de contato com a gestão para autorização dos exames necessários segundo o protocolo.

Ação 4: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento 4: Por meio de contato com o gestor.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento 1: Por meio do monitoramento das fichas espelho. Que deve conter hemograma completo, parcial de urina, colesterol total, colesterol HDL, triglicérides, creatinina, glicemia de jejum e hemoglobina glicada.

Ação 2: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento 3: Por meio de contato com a gestão para autorização dos exames necessários segundo o protocolo.

Ação 4: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento 4: Por meio de contato com o gestor.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 1: Por meio das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento 2: Controle será realizado pela farmacêutica.

Ação 3: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento 3: Por meio das fichas espelho.

Engajamento público

Ação 4: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento 4: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 5: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento 5: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 6: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 6: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 1: Por meio das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento 2: Controle será realizado pela farmacêutica.

Ação 3: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento 3: Por meio das fichas espelho.

Engajamento público

Ação 4: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento 4: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 5: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento 5: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Qualificação da prática clínica

Ação 6: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 6: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar uma ficha de acompanhamento de usuários hipertensos;

Detalhamento 1: Será utilizada a ficha-espelho.

Ação 2: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento 3: Por meio do monitoramento das fichas-espelhos.

Ação 4: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento 4: Serão utilizadas as fichas-espelho.

Ação 5: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento 5: A coordenadora da estratégia de saúde da família, a enfermeira e o médico da unidade serão responsáveis pelo preenchimento das fichas espelho e do prontuário médico.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento 8: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar uma ficha de acompanhamento de usuários diabéticos;

Detalhamento 1: Será utilizada a ficha-espelho.

Ação 2: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento 3: Por meio do monitoramento das fichas-espelhos.

Ação 4: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento 4: Serão utilizadas as fichas-espelho.

Ação 5: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento 5: A coordenadora da estratégia de saúde da família, a enfermeira e o médico da unidade serão responsáveis pelo preenchimento das fichas espelho e do prontuário médico.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento 8: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Implantar um protocolo de monitorização de risco para usuários hipertensos.

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local, calcular o score de Framingham para todos os usuários.

Ação 2: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento 3: Por meio do agendamento de consultas com menor intervalo de tempo.

Ação 4: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento 4: Iniciar o agendamento de usuários na unidade, agendando 6 usuários participantes do programa por dia;

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento 8: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 9: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento 9: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Implantar um protocolo de monitorização de risco para usuários hipertensos.

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local, calcular o score de Framingham para todos os usuários.

Ação 2: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento 2: Por meio do monitoramento das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento 3: Por meio do agendamento de consultas com menor intervalo de tempo.

Ação 4: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento 4: Iniciar o agendamento de usuários na unidade, agendando 6 usuários participantes do programa por dia.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento 5: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Ação 6: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento 6: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento 7: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento 8: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Ação 9: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento 9: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Objetivo 6: Promoção da Saúde.

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de consultas dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de consultas dos diabéticos com o dentista.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis;

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis;

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis;

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os hipertensos tabagistas sobre os malefícios do cigarro.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento 1: Por meio das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis.

Detalhamento 2: Por meio de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os hipertensos tabagistas sobre os malefícios do cigarro.

Detalhamento 3: Por meio das agentes de saúde, nas consultas médicas e nas reuniões do HIPERDIA.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Por meio de reuniões mensais de capacitação.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Cadastrar 80% do hipertensos de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador 1: 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 1: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador 2: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador 2: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador 3: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador 3: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

Numerador 4: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador 4: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador 5: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador 5: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador 6: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador 6: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 7: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador 7: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

Numerador 8: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador 9: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador 9: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador 10: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador 10: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador 11: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador 11: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 12: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador 12: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 13: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador 13: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 14: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador 14: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador 15: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador 15: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador 16: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador 16: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 17: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador 17: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 18: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador 18: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

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

Numerador 19: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador 19: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

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

Numerador 20: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador 20: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

Numerador 21: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador 21: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Numerador 22: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador 22: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar o projeto de intervenção no programa HIPERDIA serão adotados os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e de Diabetes (BRASIL; 2013). Serão utilizadas as fichas pré-existentes na unidade de hipertenso e de diabéticos para cadastro no grupo do HIPERDIA, e a ficha-espelho disponibilizada pelo curso que ficará arquivada no prontuário do usuário, sendo que cada uma terá uma cópia no arquivo para monitoramento. Será necessário imprimir 800 fichas-espelho, pretendo entrar em contato com o gestor para autorizar a confecção desses materiais. Toda a parte de cadastro e preenchimento das fichas será realizada por mim, e o controle/monitoramento será realizado pela Coordenadora da ESF. O acompanhamento mensal da intervenção será feito por meio da análise do arquivo de fichas-espelho pela Coordenadora das ESF e pela enfermeira chefe.

Eu e a coordenadora das ESF iremos preencher as fichas-espelho e anexar a de acompanhamento nos prontuários; dessa forma poderemos realizar o primeiro monitoramento de consultas e de avaliação de riscos.

A análise situacional e a definição do foco para intervenção já foram discutidos com a equipe de ESF, com os gestores e com a Coordenadora de ESF. O início da intervenção será com uma conversa com as ACS, para iniciar a capacitação mensal delas. O estudo dos manuais anteriormente citados será feito por mim, e repassado para a equipe na forma de fluxogramas para melhor interação e entendimento.

O contato inicial com o usuário do foco de intervenção será feito pelas ACS, este ao ser orientado a procurar a ESF será acolhido pelo técnico de enfermagem na triagem e será direcionado para a consulta médica. Nesta consulta será orientado sobre a doença, será realizado o exame físico preconizado e solicitado os exames

3. Relatório de Intervenção

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

Antes de iniciar a intervenção não existia essa ação programática na rotina de atendimento da unidade de saúde, era realizadas reuniões do HIPERDIA em que eram distribuídas a medicações de forma bimensal, sem nenhum acompanhamento clínico. Dessa forma, o início da intervenção foi o início do programa, todos os usuários conforme eram atendidos já eram cadastrados no programa. Estes passavam pelo exame clínico completo e obtinham orientações quanto à alimentação saudável, à atividade física regular e aos malefícios do tabagismo. Para todos esses pacientes foram adequadamente preenchidas as fichas de acompanhamento.

Quanto aos exames complementares, vale ressaltar que nenhum dos usuários no início do programa estava com os exames em dia, ou nunca haviam realizado os exames ou estavam com os mesmos atrasados segundo o protocolo, no decorrer do programa o índice foi aumentado devido aos retornos. Todos os pacientes que passaram pelo cadastramento tiveram todos os exames laboratoriais solicitados, mas nem todos retornaram para consulta clínica.

Os usuários com a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular tanto para pacientes hipertensos como diabéticos eram a grande maioria, em apenas alguns casos houve troca de medicação para adequar à farmácia popular. Todos os usuários que não usavam medicações da farmácia popular, acompanhavam com médico especialista, cardiologista ou endocrinologista.

Todos os usuários que retornaram com exames laboratoriais de forma completa foram estratificados segundo o risco cardiovascular pela escala de Framingham, apenas um diabético não foi avaliado por não ter realizado o colesterol HDL. Os exames complementares não foram todos pagos pelo sistema único de saúde, o convênio da prefeitura não pagava o colesterol HDL dentre os exames que estavam no protocolo, os usuários que quisessem realizar teriam que pagar pelo exame. Nos primeiros 2 meses de programa apenas o hemograma completo e o parcial de urina eram arcados pela prefeitura, após esse período foi ampliada a

oferta para a população de um modo geral. Alguns usuários realizaram todos os exames de forma particular para não precisar aguardar, o tempo de espera é em média de 1 mês. A avaliação odontológica foi a que obteve piores resultados, apenas no último mês tivemos retorno dos pacientes, provavelmente por não haver uma ligação direta da unidade de saúde com a odontologia. No município todo o atendimento odontológico é realizado em uma unidade destinada apenas a isso, separada das unidade de ESF o que dificulta o contato com essas equipes e o acesso do usuário que terá que se deslocar para outro lugar. Outro fator dificultador tanto para a intervenção como um todo, como para o atendimento em odontologia, foi o recesso de fim de ano, a odontologia fechou por 2 meses, dezembro e janeiro, atendendo apenas urgências.

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

Durante a intervenção não foi possível realizar o agendamento de todos os usuários para consulta, no início do programa não estávamos agendando, depois o agendamento começou com apenas 10 usuários ao dia, mas não funcionou plenamente porque as demais consultas eram de atendimento à demanda espontânea, sem limite de número, tudo funcionava por ordem de chegada não importando os que estavam agendados, muitos usuários chegavam a desistir por ter que esperar até 2 horas pela consulta. Em alguns momentos da intervenção ficamos com um ou dois médicos a menos na unidade de saúde e o agendamento foi cancelado nesses períodos.

Não foi realizada busca ativa devido ao atraso no preenchimento das fichas espelho e a falta de agendamento. Todas as consultas foram devidamente registradas no prontuário, e em um bloco de anotações pessoal no qual eram anotados, além das impressões gerais da consultas os dados necessários para o preenchimento da planilha. Estava previsto no planejamento do projeto que o preenchimento da ficha espelho ficaria a cargo da coordenadora de ESF e da médica da ESF, mas no decorrer da intervenção ficou sob responsabilidade de uma secretária da coordenadora de ESF. Devido ao excesso de consultas, especificamente o atendimento livre a demanda espontânea o preenchimento pela parte médica foi praticamente impossível durante toda a intervenção, a coordenadora de ESF tentou assumir no primeiro mês o preenchimento das fichas

espelhos, mas também devido ao excesso de trabalho não conseguiu e sugeriu a alocação de outra funcionária para essa função. Infelizmente nossa secretária também ficou sobrecarregada após 2 recepcionistas se afastarem da unidade de saúde e a função de ambas se destinou a ela. Finalizamos a intervenção sem conseguir preencher todas as fichas espelho.

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

Nossa unidade de saúde ficou fechada do dia 27 de dezembro até o dia 27 de janeiro, essa quebra no atendimento afasta o usuário da unidade. A forma de chamar o usuário para a consulta era por meio das agentes de saúde e das reuniões do HIPERDIA por meio de palestras e da conscientização da população, no entanto era visível a influência do interesse das agentes de saúde para o desenvolvimento do projeto, algumas orientaram e agenciaram praticamente todos os usuários da área em que eram responsáveis, outras não apareceram para dar justificativa sobre as visitas. Eram cobradas mensalmente nas reuniões com a coordenadora de ESF sem sucesso.

No projeto inicial preconizava-se a implantação de duas fichas espelho por paciente para monitoramento, uma anexa ao prontuário e outra em uma pasta junto com as demais. Não foi possível terminar o preenchimento de todas as fichas espelho para monitoramento, a cópia que ficaria na pasta, por falta de tempo para o preenchimento, estava designada essa função para a coordenadora de ESF que não conseguiu obter sucesso, e designou para sua secretária que também não conseguiu terminar de transcrever as folhas conforme combinado.

O cronograma de uma forma geral foi seguido conforme o planejado, a capacitação das agentes de saúde e da equipe da unidade de saúde ocorreram na primeira semana. O cadastro de usuários ocorreu durante toda a intervenção e continuará ocorrendo visto que ainda faltam muitos usuários para ingressar no programa. O agendamento de consultas não ocorreu conforme o esperado. O exame clínico, a realização de exames complementares, o encaminhamento para consulta odontológica, encaminhamento para nutricionista e busca de novos usuários foram realizados a partir da segunda semana até a décima sexta como

planejado. As palestras do HIPERDIA não seguiram o cronograma porque trocaram as datas, mas foram realizadas 3 reuniões e não duas como o previsto, consegui participar apenas da segunda reunião, infelizmente nas demais não fui liberada pelo gestor devido a necessidade de atendimento na unidade de saúde. As reuniões mensais com agentes de saúde ocorreram conforme o cronograma, não pude participar de nenhuma, mas a coordenadora de ESF participou de todas. Essa reunião já estava na rotina da unidade de saúde, antes do início da intervenção o que facilitou a comunicação com as ACS, dado que apenas acrescentamos um assunto a reunião. A reunião mensal com a coordenadora de ESF foi mantida, nas reuniões foram discutidos os relatórios parciais da intervenção e mostrado os indicadores parciais e a evolução deles.

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

Ao final da intervenção fica a dúvida se conseguiremos dar seguimento ao protocolo de atendimento implantado na unidade de saúde. A implantação foi realizada por mim com o apoio da coordenação e da gestão, mas infelizmente em nossa unidade de saúde não possuímos territorialização, todos os médicos atendem todos os usuários sem distinção de área. Passei para meus colegas mais acessíveis o protocolo, sugeri que seguissem com seus usuários, dado que todos os usuários são de todos. Eu permanecerei cadastrando os da minha área, e seguindo protocolo, mas nada me garante que todos os da minha área serão atendidos por mim. Outro fator dificultador é a troca constante de médicos na unidade de saúde, ano passado 6 profissionais entraram e saíram, a carga horária apesar de ser apenas de 6 horas, é extenuante, eu mesma já pensei em sair algumas vezes, não existe organização. O pronto-socorro da cidade é na unidade de saúde central, onde atendem os ESF, tudo é resolvido no mesmo lugar pelas mesmas pessoas, a sobrecarga de trabalho é muito grande. A equipe de trabalho está desmotivada devido à sobrecarga, faltam funcionários, para se ter ideia da gravidade do problema 1 enfermeiro responde em um turno para 3 ESF e o pronto-socorro.

Nosso gestor não possui conhecimento técnico sobre atenção básica e/ou estratégia de saúde da família, e não demonstrou interesse em aprender, as conversas na tentativa de instruí-lo e obter mudanças foram sempre sem sucesso.

Para ele, o atendimento a demanda espontânea é o ideal. As agentes de saúde não tem contato nenhum com os médicos, sempre tive que ir atrás delas para tentar alguma comunicação. São tantas dificuldades, que é difícil acreditar que a intervenção permanecerá plena. No entanto, acredito que muitas mudanças foram conquistadas, meus usuários agora tem conhecimento da importância de manter uma rotina de consultas clínicas, do direito a saúde, agora sabem que não estamos na unidade de saúde apenas para distribuir remédios. A farmácia popular foi algo bem enfatizado na intervenção e na unidade de saúde como um todo, dado que praticamente todos os medicamentos que estão disponíveis na farmácia popular não estão mais disponíveis na unidade de saúde e a farmacêutica orienta a todos a procurar a farmácia popular. Outra mudança que irá ficar são os grupos do HIPERDIA, que agora além de distribuir medicações fornecem informações para a população, já conversei com a coordenadora de ESF para estender essa palestra para o restante do município. Quanto à rotina de exames laboratoriais, acredito que permanecerá também, meu enfermeiro que trabalha no mesmo turno que eu, apesar de não ser do meu ESF está devidamente orientado, já recebe exames registra no prontuário, orienta e quando necessário solicita os demais conforme o protocolo. A enfermeira do meu ESF só encontro nas trocas de plantão e na única reunião do HIPERDIA em que participei. Como já relatado na análise situacional, essa dificuldade de encontro com a equipe ocorre porque não funcionamos como ESF, todos estão cadastrados nas 40 horas da ESF, mas na verdade o funcionamento da unidade por ser de 24 horas, exige esquema de plantão. Todos os funcionários cumprem 6 horas, independente da equipe em que estão cadastrados, eu trabalho no turno da tarde, e a enfermeira no turno da manhã. Percebo que essa prática prejudica a qualidade do serviço, assim como praticamente impossibilita o atendimento integral ao usuário.

A maior dificuldade do projeto foi trazer o usuário hipertenso e/ou diabético para consulta médica, dado que não existia um protocolo de atendimento para esses usuários. E a segunda grande dificuldade foi garantir o retorno desses usuários, que muitas vezes não conseguiam seguir as orientações prestadas na consulta médica, seja por falta de exames laboratoriais oferecidos pela prefeitura, seja pela dificuldade de comunicação com a odontologia, seja pela dificuldade em conseguir uma consulta com a falta de agendamento e o excesso de usuários diários.

Acredito que a grande mudança ocorrerá quando o cargo de secretário de saúde deixar de ser um cargo político e virar um cargo técnico, com autonomia para seguir as normas do programa de saúde da família. Nossa unidade de saúde possui uma coordenadora de ESF, com formação em farmácia e alguns cursos de política pública, mas sem autonomia para realizar mudanças. Quanto à unidade de saúde nossos problemas serão resolvidos apenas quando a implantação da ESF ocorrer com territorialização na prática e não apenas no papel, formação de equipes de saúde com responsabilidade exclusiva para um ESF, agendamento de consultas e triagem de emergências. Também seria importante para a comunidade se a prefeitura disponibilizasse todos os exames do protocolo pelo sistema único de saúde e a maioria das medicações em uso. Muitos remédios não estão na farmácia popular e não estão disponíveis na unidade.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

O foco da intervenção foi a implantação da ação programática com hipertensos e diabéticos na unidade de saúde ESF 4. Segundo o cadastro do SIAB a área contava com 294 usuários hipertensos e 57 usuários diabéticos. Antes do início da intervenção, o programa se resumia a reuniões bimensais com objetivo único de distribuir medicação nas comunidades, não existia acompanhamento clínico ao usuário hipertenso e/ou diabético. O projeto aconteceu em 4 meses.

A meta número 1 era cadastrar 80% dos hipertensos de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; para ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos. No decorrer do programa conseguimos cadastrar apenas 86 usuários, o cadastro ocorreu em todas as semanas de intervenção, e ao final do quarto mês alcançamos um total de 29,3% de hipertensos cobertos pelo programa, valor inferior ao esperado. Apesar de pequeno o número e inferior ao esperado, é importante ressaltar que durante o projeto fizemos 2 diagnósticos de hipertensão, ou seja, conseguimos abranger além do foco inicial.

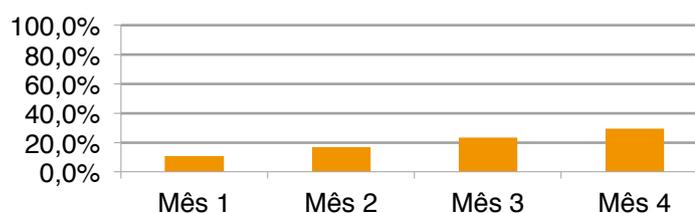


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao Hipertenso da Unidade.

A meta número 2 era cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; para ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos. No decorrer do programa conseguimos cadastrar 32 usuários, o cadastro ocorreu em todas as semanas de intervenção, e ao final do quarto mês alcançamos um total de 56,7% de diabéticos cobertos pelo programa, valor inferior ao esperado. Assim como ocorreu com usuários hipertensos, fizemos diagnóstico de diabetes em 5 usuários, o que provavelmente justifica o valor alcançado.

A dificuldade de cadastro dos usuários foi devido à falta de acompanhamento clínico prévio na unidade, com um protocolo específico. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos não estavam habituados a vir consultar, conseguimos mudar um pouco essa visão e implantar o projeto de acompanhamento por meio das orientações nos grupos de hipertenso, nas consultas clínicas e nas visitas das ACS.

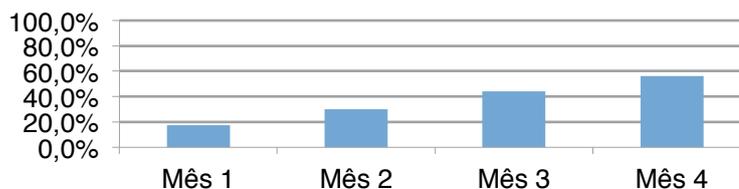


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao Diabético da Unidade.

A meta número 3 era buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada; para melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa. E a meta número 4 era buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada; para melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa. Ambas as metas não foram cumpridas de forma plena, devido à falta de organização da recepção de nossa unidade e pela falta de profissionais. O agendamento funcionou no início do programa com 10 usuários por dia, após foi suspenso devido a saída de dois médicos da unidade de saúde, o que aumentou a demanda para os demais, nas últimas semanas de intervenção retornou a agenda, mas também apenas com 10 usuários. Essa forma de agendamento não funcionou antes e não estava funcionando ao término da intervenção, dado que independente de estar agendado ou não o que valia para ser atendido antes era o horário de chegada, e como a demanda espontânea não possuía limite de atendimento, às vezes os usuários agendados demoravam cerca de 2 horas para serem atendidos. Nesse contexto muitos desistiram da consulta.

Sabemos da importância do agendamento para o melhor atendimento e acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético, no entanto não recebemos apoio da gestão para a prática. A falta do agendamento dificulta a busca de faltosos, dado que eles teoricamente não existem, pois não foram agendados, foram apenas orientados a retornar em determinada data, nesse ponto entra a importância da ficha espelho para monitoramento.

A meta número 5 era realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa foram examinados conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como denominador o número total de usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na ESF 4 e como numerador o número de usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área com exame clínico em dia, conseguimos alcançar a meta.

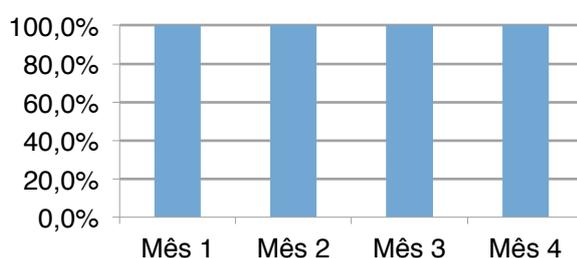


Figura 3 – Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A meta número 6 era realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa foram examinados conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como denominador o número de usuários diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF 4 e como numerador o número de usuários diabéticos residentes na área com exame clínico em dia, conseguimos alcançar a meta.

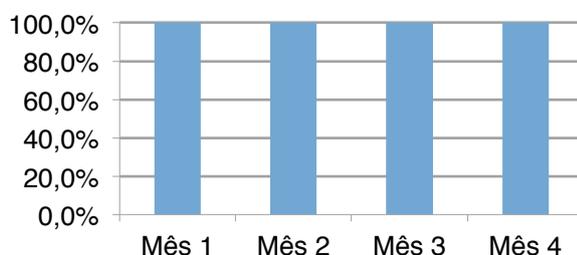


Figura 4 – Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

A meta número 7 era garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. No

início do programa nenhum usuário hipertenso estava com os exames em dia, no decorrer da intervenção com o retorno dos usuários para consulta com os exames solicitados esse número foi aumentado. No segundo mês 9 retornos, no terceiro mês 18 retornos e finalizamos a atividade com 54 retornos com exames, abrangendo 62,8% do total de atendimentos para usuários hipertensos, valor inferior ao esperado. No entanto, é interessante ressaltar que sem a intervenção estes usuários continuariam desacompanhados, acredito que esse marcador foi o mais importante, para ressaltar a diferença que o projeto pode trazer para a comunidade. Além de mostrar o resultado da intervenção o retorno do usuário à unidade de saúde, o interesse em procurar tratamento, mesmo diante de tantas dificuldades como a falta de agendamento, tempo de espera excessivo devido a demanda espontânea e a dificuldade para realizar todos os exames, dado que pela prefeitura o tempo de espera era de 1 mês e ainda não cobria todos os exames do protocolo.

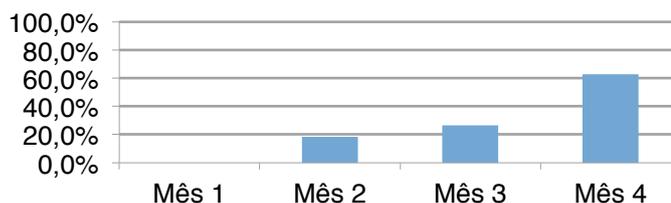


Figura 5 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A meta número 8 era garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Assim como os usuários hipertensos, no início do programa nenhum usuário diabético estava com os exames em dia, no decorrer da intervenção com o retorno dos usuários para consulta com os exames solicitados esse número foi aumentado. No segundo mês 1 retorno, no terceiro mês 9 retornos e finalizamos a atividade com 22 retornos com exames, abrangendo 68,8% do total de atendimentos para usuários diabéticos. Ambas as metas 7 e 8 dependiam do retorno do usuário para a unidade de saúde e do acesso deste aos exames solicitados nas consultas médicas, 100% dos usuários atendidos foram rastreados laboratorialmente segundo o protocolo, o não alcance das metas provavelmente foi pela dificuldade de retorno para consulta

devido à desorganização da unidade de saúde e a dificuldade de acesso aos exames laboratoriais, que em grande parte eram oferecidos pela prefeitura, mas para completar o protocolo o usuário precisava arcar com parte dos custos.

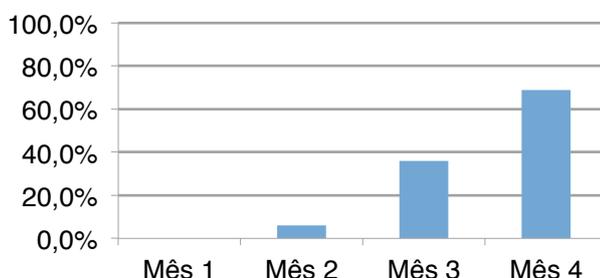


Figura 6 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A meta número 9 era garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. A farmácia popular em nosso município já era bem difundida devido à falta de medicamentos na farmácia básica da prefeitura, todos os usuários com medicação disponível na farmácia popular já eram encaminhados pela farmacêutica para consulta clínica para pegar receita e em seguida procurar a farmácia popular.

Essa prática teoricamente resolveria o problema da falta de acompanhamento clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, no entanto, na maioria das vezes a consulta clínica se resumia a renovação de receita, sem qualquer tipo de exame, ou então o enfermeiro padrão do turno preenchia as receitas e levava apenas para o médico assinar. Durante os 4 meses de intervenção orientei muitos usuários sobre a farmácia popular, principalmente os que acompanhavam com médico assistente especialista, que muitas vezes utilizavam medicação da farmácia popular, mas eram orientados pelo médico assistente a comprar uma marca específica. Alguns usuários também tiveram a medicação trocada para evitar gastos desnecessários, sem prejuízo clínico. No primeiro mês 64,5% dos usuários hipertensos atendidos utilizavam medicação da farmácia popular, enquanto no quarto mês alcançamos o valor de 91,9% valor inferior ao esperado.

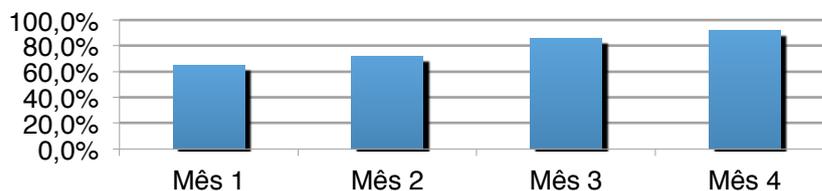


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

A meta número 10 era garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Muitos usuários diabéticos não sabiam que a glibenclamida estava entre os medicamentos da farmácia popular, o que mostrou um aumento significativo de usuários da farmácia popular após a orientação em consulta clínica. No primeiro mês o número de diabéticos atendidos foi 10 e destes apenas 3 utilizavam a farmácia popular de forma plena ou seja 30% do total. No quarto mês conseguimos atingir 93,8% de usuários plenos, dos 32 usuários atendidos, 30 utilizavam a farmácia popular, valor inferior ao esperado.

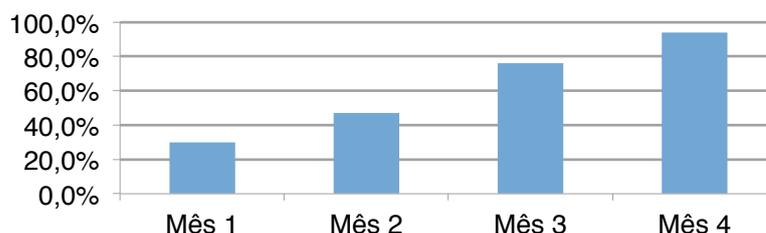


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

A meta número 11 era manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; para melhorar o registro das informações. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários hipertensos cadastrados no programa foram acompanhados com o preenchimento completo do prontuário e com o preenchimento das fichas-espelhos que

acompanham o prontuário conforme o protocolo implantando. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários hipertensos com ficha de acompanhamento em dia e como denominador o número de usuários hipertensos atendidos, conseguimos atingir a meta.

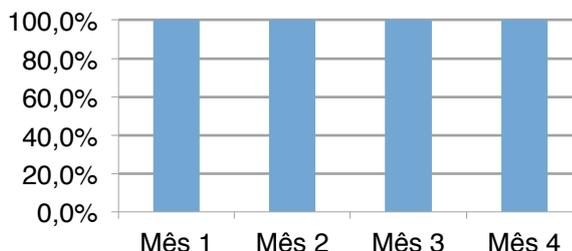


Figura 9 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A meta número 12 era manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; melhorar o registro das informações. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa foram acompanhados com o preenchimento completo do prontuário e com o preenchimento das fichas espelhos que acompanham o prontuário conforme o protocolo implantando. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários diabéticos com ficha de acompanhamento em dia e como denominador o número de usuários diabéticos atendidos, conseguimos atingir a meta.

As metas 11 e 12 dependem exclusivamente do trabalho da equipe no atendimento clínico do usuário, do registro desse acompanhamento. Isso justifica o cumprimento das metas dado que a equipe de trabalho estava comprometida com o projeto.

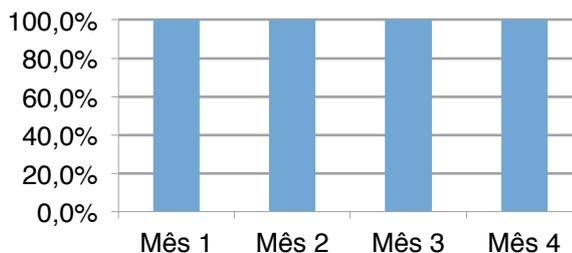


Figura 10 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em nosso projeto foi estabelecido que seriam preenchidas duas fichas espelho, uma para ficar no arquivo e servir para o monitoramento de informações e outra para ficar anexada ao prontuário e permitir o fácil acesso das informações para os profissionais que atendessem o indivíduo. As fichas espelhos que ficaram anexadas aos prontuários foram todas preenchidas por mim durante o cadastro dos usuário. Já as fichas espelho que seriam para o monitoramento no arquivo não foram completamente preenchidas ao fim de quatro meses de projeto. O motivo principal do não cumprimento dessa meta foi a sobrecarga da equipe, no projeto inicial nossa ideia era que o médico e pela coordenadora de ESF, ambos não conseguiram realizar essa atividade devido a sobrecarga de trabalho. Como solução conseguimos uma funcionária que preencheria os papéis. No entanto, 2 funcionários da recepção saíram de atestado e nossa encarregada não conseguiu terminar de passar a limpo as fichas espelho até o final da intervenção. Isso justifica também a não realização de busca ativa de usuários para o retorno durante a intervenção. Nos primeiros meses foi pela falta de necessidade, dado que não possuíamos usuários com retorno atrasado, em razão de não existir protocolo de atendimento prévio. No quarto mês de intervenção perdemos que muitos usuários não retornaram com os exames segundo dados da planilha, e estes seriam candidatos à busca ativa.

A meta número 13 era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Antes de iniciarmos a intervenção nenhum usuário na unidade conhecia a classificação de risco cardiovascular. Nosso gestor ficou impressionado com a possibilidade do cálculo e até solicitou que calculasse o risco dele. Foi uma grande novidade no atendimento. E também foi um marco da evolução positiva da intervenção, enquanto no início do programa, nenhum usuário hipertenso possuía risco cardiovascular calculado, no segundo mês dos 49 usuários (18,4%) já obtinham esse índice. Importante ressaltar que esses 9 usuários com risco calculado são frutos do retorno com exames para a consulta, dado que no início nenhum dos usuários estava com exames complementares em dia. Ao fim de 4 meses de intervenção 62,8% do usuários hipertensos tiveram o risco calculado, o que representa 54 usuários dos 86 atendidos.

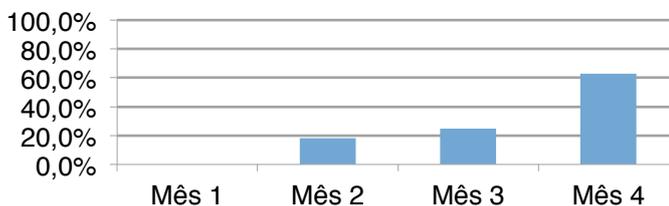


Figura 11 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A meta número 14 era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Assim como aconteceu com os usuários hipertensos, no início nenhum usuário diabético possuía risco cardiovascular calculado, no segundo mês dos 17 usuários (5,9%) já obtinham esse índice. Ao fim de 4 meses de intervenção 65,6% do usuários hipertensos tiveram o risco calculado, o que representa 21 usuários dos 32 atendidos. As metas 13 e 14 dependem exclusivamente das metas 7 e 8 para o cálculo do risco cardíaco, e portanto apresentaram as mesmas dificuldades, a dificuldade de retorno para consulta médica e a dificuldade de acesso aos exames laboratoriais.

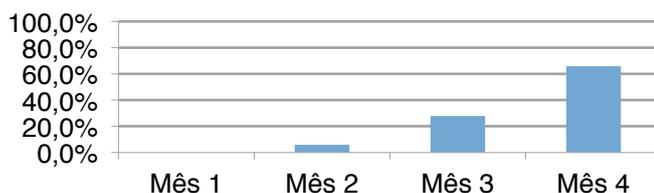


Figura 12 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A meta número 15 era garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos; para promoção da saúde. O valor alcançado ao fim dos quatro meses de intervenção foi de 8 usuários, 9,3% do total de usuário atendidos. Nos primeiros três meses não foi recebido nenhum retorno quanto à consulta odontológica por parte dos usuários.

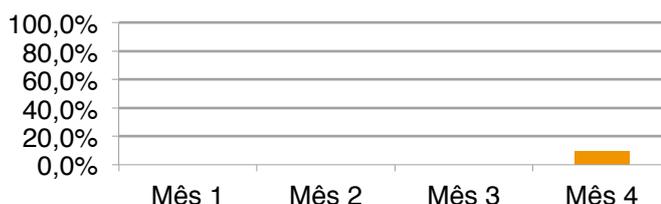


Figura 13 – Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

A meta número 16 era garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos; para promoção da saúde. Assim como ocorreu com os usuários hipertensos, o único retorno dos usuários foi no mês 4, quando dos 3 dos 32 usuários conseguiram consulta odontológica, 9,4%. A grande dificuldade das metas 15 e 16 foi o acesso ao dentista, nossa unidade de saúde não possui atendimento odontológico, todo o atendimento do município ocorre em outra unidade central. Outro empecilho foi o fechamento da odontologia por 2 meses, com funcionamento apenas em esquema de plantão. O único retorno dos usuários foi no mês 4, quando dos 8 dos 86 usuários conseguiram consulta odontológica (9,3%). Fica a dúvida se esse número foi baixo apenas pela dificuldade de atendimento ou pela falta de interesse do usuário em buscar o atendimento.

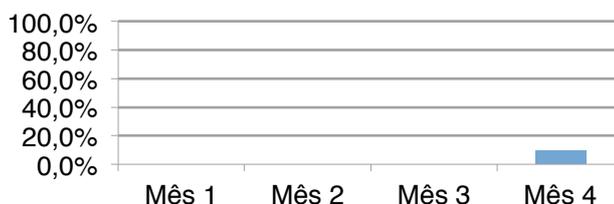


Figura 14 – Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

A meta número 17 era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos; para promoção da saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários hipertensos com orientação sobre alimentação saudável, e como denominador o número de usuários hipertensos atendidos, conseguimos atingir os 86 usuários e alcançar a meta.

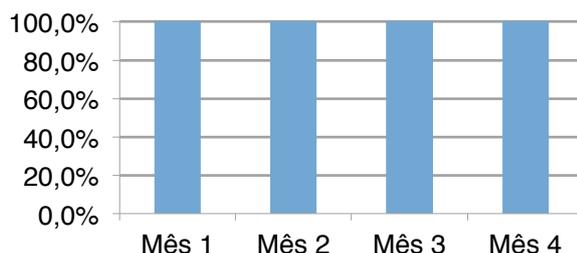


Figura 15 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A meta número 18 era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos; para promoção da saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários diabéticos com orientação sobre alimentação saudável, e como denominador o número de usuários diabéticos atendidos, conseguimos atingir os 32 usuários e alcançar a meta.

As metas 17 e 18, também dependem exclusivamente do trabalho de orientação da equipe no atendimento clínico do usuário, nas palestras em reuniões do HIPERDIA e nas visitas das ACS. Isso justifica o cumprimento dessas metas dado que a equipe de trabalho estava comprometida com o projeto. Durante o programa todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos interessados foram encaminhados para acompanhamento com uma nutricionista, não possuímos dados de retorno, mas a grande maioria foi procurá-la.

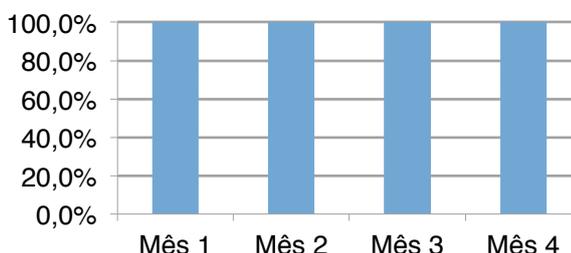


Figura 16 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A meta número 19 era garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos; para promoção da saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa

foram orientados sobre a prática de atividade física regular, conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, e como denominador o número de usuários hipertensos atendidos, conseguimos alcançar os 86 usuários e atingir a meta.

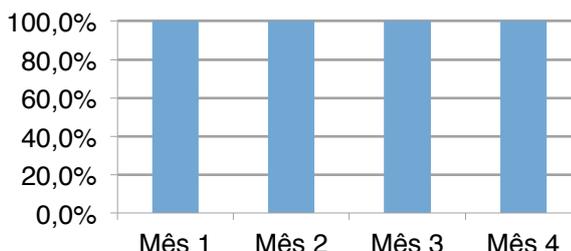


Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

A meta número 20 era garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos; para promoção da saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa foram orientados sobre a prática de atividade física regular, conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular e como denominador, o número de usuários diabéticos atendidos, conseguimos alcançar os 32 usuários e atingir a meta.

As metas 19 e 20, também dependem exclusivamente do trabalho de orientação da equipe no atendimento clínico do usuário, nas palestras em reuniões do HIPERDIA e nas visitas das ACS. Isso justifica o cumprimento dessas metas dado que a equipe de trabalho estava comprometida com o projeto.

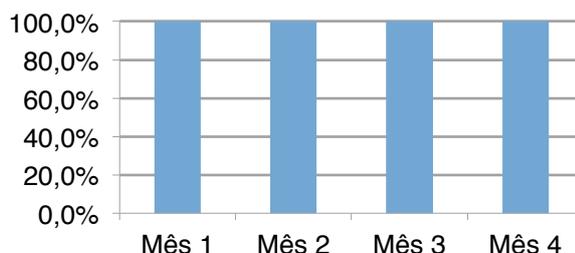


Figura 18 – Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

A meta número 21 era garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos; para promoção da saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa foram orientados sobre os malefícios do tabagismo conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo e como denominador, o número de usuários hipertensos atendidos, conseguimos alcançar os 86 usuários e atingir a meta.

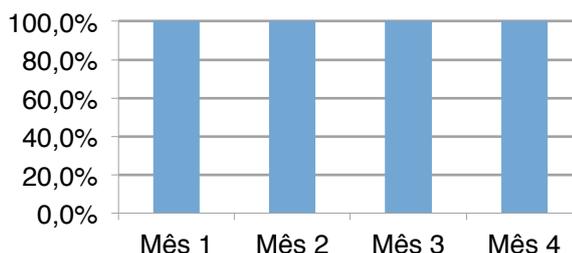


Figura 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A meta número 22 era garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos; para promoção da saúde. Como nossa ESF não contava com esse programa, todos os usuários cadastrados no programa foram orientados sobre os malefícios do tabagismo conforme o protocolo. Como o indicador é calculado tendo como numerador o número de usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo e como denominador, o número de usuários diabéticos atendidos, conseguimos alcançar os 32 usuários e atingir a meta.

As metas 21 e 22, também dependem exclusivamente do trabalho de orientação da equipe no atendimento clínico do usuário, nas palestras em reuniões do HIPERDIA e nas visitas das ACS. Isso justifica o cumprimento dessas metas dado que a equipe de trabalho estava comprometida com o projeto.

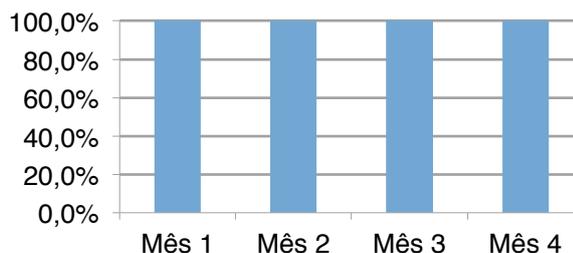


Figura 20 – Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

4.2 Discussão

A intervenção na comunidade possibilitou a implantação do programa HIPERDIA. Conseguimos implantar um protocolo de atendimento para o usuário hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde, o que melhorou a qualidade e a efetividade do atendimento. Agora os usuários podem ter ser inseridos em uma rotina acompanhamento clínico e laboratorial. Também foi melhorado o registro no prontuário desses usuários, o que permitirá uma visão da evolução da doença e suas comorbidades.

A intervenção permitiu que a equipe da unidade de saúde, tanto da ESF em que atuo como das demais ESFs presentes na unidade, se capacitasse para seguir as recomendações mais recentes do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. A atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira da ESF, do enfermeiro de outra ESF que trabalhava no mesmo turno que a médica, de todos os técnicos e auxiliares de enfermagem da unidade, das recepcionistas, da coordenadora de ESF e das agentes de saúde.

O trabalho de chamar o usuário para consulta médica, informar sobre o protocolo de atendimento e sobre o que é cada uma dessas doenças e suas possíveis comorbidades foi realizado por toda a equipe, na unidade de saúde, nas reuniões do HIPERDIA, nas visitas pelas agentes de saúde, nas consultas clínicas, na triagem para consulta e até mesmo na recepção. O cadastro dos usuários no programa, o atendimento clínico, a solicitação de exames laboratoriais e a classificação de risco de cada usuário foram feitos pela médica. O enfermeiro que trabalhava no mesmo turno, algumas vezes registrava o retorno dos usuários na ficha espelho que acompanhava o prontuário, dados como exames laboratoriais e eletrocardiograma. A coordenadora de ESF ficou responsável pelo monitoramento do programa, apesar de não conseguirmos preencher todas as fichas espelho individuais durante a intervenção, ela checou todas as preenchidas e também se reunia com as agentes de saúde uma vez por mês. Como a recepção muitas vezes não sabia de qual área era o usuário, todos os usuários hipertensos e/ ou diabéticos que vieram consultar durante a intervenção no período da tarde foram encaminhados para mim.

Antes da intervenção não existia um acompanhamento específico direcionado para o usuário hipertenso e/ou diabético. A implantação de um protocolo permitiu um atendimento padrão para o usuário hipertenso e/ou diabético capaz de se adequar a

cada usuário, e individualizar a consulta. Essa padronização facilita o trabalho da equipe. Dessa forma a comunidade pode ser atendida de forma integral ao dar entrada na unidade de saúde. A orientação quanto aos fatores de risco, à história natural da doença e à prática de uma vida saudável entrou na rotina de atendimento e de orientações de uma forma geral, tanto nas visitas das agentes de saúde como nas discussões nos grupos de hipertensos. Muitos usuários se interessaram pelo encaminhamento para nutrição e gostaram dessa oportunidade.

O registro do exame físico e laboratorial no prontuário e na ficha espelho anexa a ele, facilitou o atendimento dos usuários no retorno, propiciando uma visão rápida e objetiva do estado atual de saúde dele. A classificação de risco cardiovascular pelo score de Framingham foi o sucesso da intervenção, todos os usuários queriam saber qual era o seu risco e como fariam para reduzir. Foi uma forma prática de mostrar como a redução dos fatores de risco, como o tabagismo tem impacto na sobrevivência dos usuários.

Para a comunidade a intervenção foi algo muito bem recebido e apoiado. Até os farmacêuticos particulares comentaram com a equipe sobre o programa e orientaram muitos usuários a procurar a médica que estava implantando para serem inseridos. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos tanto os cadastrados no programa da área ESF3, como os que não desta área demonstraram satisfação com o atendimento diferenciado. Como não existe divisão de ESF para atendimento, muitos usuários de outras localidades também se beneficiaram do programa, apenas não foram cadastrados no nosso programa. Apesar da dificuldade para conseguir ser atendido devido à falta de agendamento e a longa espera devido ao excesso de usuários, muitos dos usuários persistiram e conseguiram ser atendidos. Ainda faltam muitos cadastros para cumprir, mas acreditamos que a boa impressão proporcionada pelo programa continue trazendo novos usuários para a unidade de saúde.

Acredito que se pensássemos duas vezes teríamos desistido da intervenção. Quando me inscrevi para o curso de especialização trabalhava em outra cidade, com outro entendimento do que é um ESF, e o fiz pensando em melhorar aquela situação. Ao ser comunicada que o curso estava começando já estava inserida na atual ESF e foi um verdadeiro desafio pensar em transformar um local em que reina a demanda espontânea em uma ESF na prática. Todos os colegas de trabalho me desmotivaram, nenhum acreditou, e para surpresa de todos conseguimos grandes

conquistas. Não faria nada diferente, talvez não faria a intervenção, mas ainda acredito no nosso sistema de saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada se a gestão tivesse dado apoio integral ao projeto, permitindo o agendamento dos usuários, a participação da equipe nos grupos de HIPERDIA. Essas reuniões eram realizadas praticamente sempre por uma técnica de enfermagem que apenas aferia a pressão de todos e distribuía a medicação, algumas vezes era permitida a presença da enfermeira da ESF e durante a intervenção a presença do médico foi permitida apenas uma vez. Outro fator facilitador seria ter entrado em contato com lideranças da comunidade para que as mesmas exigissem um atendimento melhor, e uma postura quanto ao programa da gestão.

Provavelmente a intervenção não continuará na rotina da unidade de saúde de forma plena, por muitas vezes centralizar na figura do médico todas as ações; no entanto, a sobrecarga da equipe e as condições de trabalho não permitiram que fosse diferente. A falta de territorialização e a troca constante de médicos no local também são fatores dificultadores. Além da falta de apoio da gestão para caracterizar a figura da ESF. Mas acredito que plantamos uma semente na comunidade, e de usuário em usuário poderemos algum dia mudar a forma de atendimento ao hipertenso e/ou diabético.

4.3 Relatório para os Gestores

A unidade básica de saúde deve ser prioridade no município, quando bem estruturada ela é capaz de reduzir o atendimento de urgências e emergências no pronto atendimento, o consumo abusivo de medicações e a solicitação exagerada de exames complementares. Um benefício para a população por melhorar a qualidade e a efetividade do atendimento e um benefício para o município que economiza gastos desnecessários e ainda assim oferece um serviço de qualidade. O atendimento à população deve ser de forma integral baseado nos princípios de universalidade e equidade.

Há mais ou menos um ano e meio o sistema de saúde do município, mas especificamente a ESF 4 está sendo estudada, e analisada, por uma equipe de profissionais. Percebemos que ela não funciona na prática, o atendimento é voltado para a demanda espontânea, sem a aplicação de ações programáticas. A única

ação que tentava existir era o HIPERDIA, que funcionava na forma de reuniões bimensais, para distribuição de medicações nas comunidades. Diante disso elaboramos um projeto de intervenção para implantação do programa no município, para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Foram 4 meses de intervenção, os usuários era chamados para consulta médica, cadastrados no programa, avaliados e orientados. Capacitamos a equipe de atendimento da unidade de saúde com o protocolo de atendimento mais recente do Ministério de Saúde. Foi um grande desafio, implantar uma medida programática em um sistema de atendimento exclusivo a demanda espontânea, o tempo de espera excessivo para consulta, a dificuldade de acesso aos exames e a sobrecarga da equipe.

Na área do ESF 3, no início do programa possuíamos 294 usuários hipertensos e 57 usuários diabéticos, conseguimos cadastrar no programa 86 usuários hipertensos – 29,3% do total, e 32 usuários diabéticos 56,7% do total. Percebemos que nenhum dos usuários atendidos estava com o exame físico e laboratorial em dia, com registro adequado no prontuário e com a avaliação de risco cardiovascular. Durante a intervenção esses números foram melhorando, todos foram avaliados e tiveram exames laboratoriais solicitados, quando retornavam para consulta tinham o risco cardiovascular calculado. Cada consulta foi registrada detalhadamente, todos os usuários foram orientados quanto a saúde bucal, malefícios do tabagismo, alimentação saudável e a importância do exercício físico regular, ou seja, 100% dos usuários que foram atendidos receberam atenção integral. Gostaríamos de poder oferecer esse benefício para todos os hipertensos e não apenas para 29,3% deles, para todos os diabéticos e não apenas para 56,7%.

Mesmo dentre os usuários atendidos, apenas 8 hipertensos, 9,5% do total, e 3 usuários diabéticos, 9,4% do total, receberam atendimento odontológico. O que mostra claramente uma deficiência nessa área no município. Todos os usuários receberam uma solicitação de rastreio laboratorial de acordo com as patologias apresentadas, apenas 54 usuários hipertensos retornaram (62,8%), e 22 usuários diabéticos (68,8%). Essa dificuldade de retorno com os exames provavelmente foi pela dificuldade de acesso aos exames de forma gratuita, e também pela dificuldade de conseguir uma consulta clínica em um local regido pela livre demanda. Muitos usuários precisaram fazer exames de forma particular por não conseguir acesso aos

exames conveniados. Essa distância entre o preconizado e o oferecido prejudicou e prejudica a realidade de nossa saúde.

Acredito que com o apoio da gestão o programa possa alcançar todos os usuários da ESF 4, assim como toda a população do município. A mudança em números foi pequena, mas pensada de forma a atingir um público maior, pode melhorar a qualidade de vida da população e diminuir os atendimentos por causas cardiovasculares na urgência.

4.4 Relatório para a comunidade

A unidade básica de saúde é a porta de entrada de qualquer atendimento dentro do sistema único de saúde. Um atendimento de qualidade pode reduzir os riscos de infarto do coração, derrame cerebral e de encaminhamentos para hemodiálise. Para melhor atender a população é preciso que o atendimento seja universal, ou seja, todos tenham acesso a ele, qualquer pessoa tem o direito de ser atendido. Deve ser realizado de forma integral, ou seja, atender todas as necessidades do usuário, a consulta não deve ser resumir a solucionar uma queixa apenas, e sim ver o usuário como um todo ser capaz de curar e prevenir. E também precisa ter equidade, tratar desigualmente os desiguais, o que isso significa? Um usuário grave precisa de prioridade de atendimento e mais atenção que um usuário com uma doença leve. Todos são atendidos, mas com uma classificação de risco que permite tratar todos da melhor forma possível, oferecer o necessário, alguns precisam mais que os outros.

Há mais ou menos um ano e meio nossa unidade de saúde está sendo estudada, e analisada, por uma equipe de profissionais. Percebemos que ela não funciona de acordo com os princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade, citados anteriormente. O atendimento é voltado para a demanda espontânea, ou seja, não existe programação, não existe classificação de risco, o usuário precisa correr atrás do atendimento, praticamente não existem ações para acompanhamento e promoção da saúde.

A única ação que tentava existir era o HIPERDIA, as reuniões para usuários hipertenso e diabético que ocorre a cada 2 meses na comunidade. Nestas reuniões eram apenas distribuídas medicações, sem nenhuma orientação. Diante disso elaboramos um projeto de intervenção para implantação do programa no município, para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Foram 4 meses de intervenção, os usuários era chamados para consulta médica, cadastrados no programa, avaliados e orientados. Estudamos o protocolo de atendimento mais recente do Ministério de Saúde para usuários hipertensos e/ou diabéticos para melhor orientar e atender a população. Foi um grande desafio, implantar uma ação programática em um sistema de atendimento exclusivo a demanda espontânea, o tempo de espera excessivo para consulta, em alguns casos chegando a 2 horas, a dificuldade para marcar exames e o excesso de trabalho da equipe.

Em nossa área no início do programa possuíamos 294 usuários hipertensos e 57 usuários diabéticos, conseguimos cadastrar no programa 86 usuários hipertensos – 29,3% do total, e 32 usuários diabéticos 56,7% do total. Percebemos que nenhum dos usuários atendidos estava com o exame físico e laboratorial em dia, com registro adequado no prontuário e com a avaliação de risco cardiovascular. Durante a intervenção esses números foram melhorando, todos foram avaliados e tiveram exames laboratoriais solicitados, quando retornavam para consulta tinham o risco cardiovascular calculado. Cada consulta foi registrada detalhadamente, todos os usuários foram orientados quanto à saúde bucal, malefícios do tabagismo, alimentação saudável e a importância do exercício físico regular.

Acredito que com o apoio da população, poderemos aumentar o número de atendimentos, além de cobrar da gestão um atendimento de qualidade, para que o programa possa alcançar todos os usuários da ESF 4, e talvez até toda a população do município. É um trabalho de formiguinha, de usuário em usuário poderemos melhorar a saúde do município e reduzir o número de usuários não acompanhados, com maior risco de ter um infarto do coração por exemplo.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família foi um verdadeiro refúgio para uma recém-formada, acostumada com o ambiente acadêmico, foi a oportunidade de interagir com colegas mais experientes e orientadores que enriqueceram tanto meu lado profissional como pessoal. A parte teórica do curso foi muito boa e ampla, uma rica forma de aprendizado, oportunizando o aluno a aprender com uma flexibilidade de horários incrível, que permitiria a qualquer profissional de saúde passar por essa experiência.

O significado do projeto para a prática profissional e para a unidade de saúde foi essencial, nunca havíamos realizado uma análise situacional, os próprios funcionários antigo não sabiam responder muitas partes do questionário, faltava conhecimento da parte física e funcional do local de trabalho. Essa parte do curso permitiu abrir os olhos da gestão e dos funcionários, tanto para a parte boa da unidade como para os defeitos.

Antes do início do projeto a atenção ao usuário hipertenso e diabético era totalmente desorganizada, não existia um protocolo de atendimento, na grande maioria das vezes apenas os usuários interessados na própria saúde (poucos) procuravam a unidade e muitas vezes não eram atendidos conforme as diretrizes do ministério da saúde. A implantação de um protocolo permitiu uma padronização do atendimento, uma atenção de qualidade. Permitiu que toda a equipe participasse do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, antes considerado uma ação centrada no médico ou até mesmo inexistente.

Acredito que o grande significado do curso para a equipe e para mim, foi mostrar as ferramentas necessárias para a implantação de uma ação programática, e não apenas mostrar, ensinar a aplicar, mostrar que é possível mudar. Mesmo diante de todas as dificuldades enfrentadas, consigo acreditar em um atendimento melhor, em um futuro melhor para unidade e acredito ter plantado essas ideias tanto usuários, como na equipe de trabalho e na gestão.

6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

_____. _____. _____. _____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família – 2. ed. – Brasília, 2008.**

_____. _____. _____. _____. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006.

_____. _____. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]**. Brasília, 2004.

_____. _____. _____. _____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.**

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares/Censo 2000/2001**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412300> Acessado em: 18 de março de 2013.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51 p 1.

Anexos

Anexo A – Planilha de Coleta de dados

Indicadores HAS e DM – Mês 1						
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?
Orientações de preenchiment o	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 – Não 1 – Sim	0 – Não 1 – Sim	0 – Não 1 – Sim
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					

A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo B - Documento do Comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

