



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UnASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicinal Social
Curso de Especialização em Saúde da Família EaD
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**ATENÇÃO À SAÚDE DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS**

Valverléia Inês de Andrade Silva

Pelotas, 2014

Valverléia Inês de Andrade Silva

Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

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

Orientadora: Caroline Lemos Martins

Pelotas, 2014

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

S586a Silva, Valverléia Inês de Andrade

Atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus / Valverléia Inês de Andrade Silva; Caroline Lemos Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

64 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. Martins, Caroline Lemos, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família razão do meu existir. Em especial à minha Mãe, que me ensinou a não ter medo de enfrentar os desafios sem perder a alegria, e confiar a Vida em Deus!

Agradecimentos

À Deus, pois sem ele este trabalho não seria possível.

Às orientadoras: Caroline e Adrize, que me acompanharam durante o curso, sempre atenciosas, sendo o suporte necessário.

À coordenadora da Estratégia de Saúde da Família Renata Campagnolli, que apresentou este desafio de realizar a especialização, parceira em todos os momentos!

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	33
Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	34
Figura 3 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	34
Figura 4 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	35
Figura 5 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	36
Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	36
Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	37
Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	38
Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista Hiperdia ou da Farmácia Popular na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	38
Figura 10 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	39
Figura 11 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	40
Figura 12 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	40
Figura 13 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	41
Figura 14 - Lesão intra-oral localizada no palato (Abril, 2014), paciente usuário de prótese total.....	41
Figura 15 - Lesão intra-oral localizada no palato (Maio, 2014), paciente usuário de prótese total.....	42
Figura 16 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	42
Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	43
Figura 18 - Proporção de hipertensos sobre prática de atividade física regular na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	43
Figura 19 - Proporção de diabéticos sobre prática de atividade física regular na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	44
Figura 20 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	44
Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.....	45

Lista de abreviaturas e siglas

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APSU	Assistência Psicossocial de Umuarama
CA	Câncer
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social DM Diabetes Mellitus
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis ESF Estratégia de
Saúde da Família	
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e
acompanhamento	de pacientes Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PA	Pronto-Atendimento
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na
Atenção Básica	
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UnASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde UNIPAR Universidade Paranaense

Sumário

Apresentação.....	10
1. Análise situacional.....	11
1.1 Qual a situação da ESF em seu serviço?	11
1.2 Relatório da análise situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional	18
2. Análise estratégica – projeto de intervenção	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivo geral.....	21
2.2.1 Objetivos específicos	21
2.3 Metas.....	21
2.4 Metodologia	23
2.5 Indicadores	31
2.6 Logística	35
2.7 Cronograma.....	38
3. Relatório de intervenção	39
4. Avaliação da intervenção	42
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discussão	54
4.3 Relatório de intervenção para o gestor	56
4.4 Relatório de intervenção para a comunidade	58
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	59
Referências	60
ANEXO.....	61

Resumo

SILVA, Valverléia Inês de Andrade. **Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade Panorama, Umuarama/PR**. 2014. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UnASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Segundo Vigitel de 2011, o Brasil apresenta uma prevalência de 5,2% de Diabetes Mellitus e 22,7% de Hipertensão Arterial. Sendo assim, a equipe da Estratégia Saúde da Família do Panorama, realizou a intervenção, em um período de 16 semanas, para qualificar o atendimento para esta população. Foram avaliados indicadores e incorporando-se ações na rotina do serviço, como treinamento realizado com a equipe sobre ficha de acompanhamento do usuário, consulta clínica direcionada, solicitação de exames laboratoriais, estratificação de risco, triagem odontológica, busca ativa dos faltosos às consultas, prescrição de medicamentos da farmácia básica, monitoramento das ações, uso de protocolo e orientações à população acerca de nutrição adequada, atividade física regular e riscos do tabagismo. Com os desdobrar das ações, realizou-se o cadastramento e acompanhamento de 243 hipertensos (42,9%) e 51 diabéticos (36,2%). Ao final da intervenção, foi possível verificar a incorporação da rotina de busca ativa e monitoramento das ações desenvolvidas, além do uso de protocolo pela equipe para atender aos usuários, utilizando-se da estratificação de riscos e solicitação de exames necessários. Essas mudanças foram possíveis por meio da capacitação e atribuição de papéis específicos aos membros da equipe. A avaliação semanal da saúde bucal pela odontologia foi uma importante mudança de atuação no serviço. Antes disso, o atendimento centrava-se no médico e na doença, atendendo majoritariamente os usuários descompensados. Para a continuidade do trabalho precisa-se discutir uma rotina com a gestão sobre o agendamento para consultas especializadas de cardiologia e endocrinologia, manter a capacitação na equipe uma vez por semana e intensificar a divulgação das ações para a comunidade, com vistas a maior adesão dos usuários à prevenção, promoção e tratamento de saúde.

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

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família modalidade a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Panorama, localizada no município de Umuarama/PR, durante quatro meses.

Assim, o presente volume apresenta os resultados do processo de intervenção em cinco volumes, sendo elas: (1) Relatório da Análise Situacional; (2) Análise Estratégica; Projeto de Intervenção; (3) Relatório da Intervenção; (4) Relatório dos Resultados da Intervenção e; (5) Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

1. Análise situacional

1.1 Qual a situação da ESF em seu serviço?

Trabalho em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro do Panorama em Umuarama-PR que segundo levantamento dos ACS, possui abrangência de ± 6000 habitantes.

A equipe é composta de: 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 1 odontólogo, 1 auxiliar de odontologia, 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 estagiário de farmácia 1 estagiário administrativo, 1 ginecologista, uma vez por semana.

Em relação a estrutura física: a casa de moradia foi adequada para o posto de saúde, recepção com 2 banheiros - 1 masculino e 1 feminino, faltando tampo de vaso, com vazamento de água, pia para lavagem das mãos trincada, balcão da recepção deteriorado, 1 bebedouro com presença de ferrugem em várias partes, balcão com arquivo confeccionado com caixas de papelão para separação dos números de famílias, 1 computador, 1 impressora, 1 telefone fixo e 1 telefone celular. A sala de vacina não possui ar condicionado, sem cortinas, com entrada de sol, arquivo para o espelho da vacina confeccionado de caixa de papelão e lixeira sem pedal. Na sala de pré-consulta o balcão esta deteriorado, segurado por apoio, os aparelhos de pressão não possui rotina de calibragem. Na sala de odontologia a lixeira não possui pedal, janelas sem cortinas com entrada de sol e sem balcão de arquivos. Sala para lavagem dos materiais com balcão deteriorado, sem cortinas e com entrada de sol, sem descarga para desprezar resíduos e sala de esterilização com balcão enferrujado. Farmácia com computador, controle eletrônico de estoque deficiente, com pouco espaço físico, estoque apertado, dificultando organização, sem controle de temperatura (conforme preconizado), a cozinha esta sem fogão, com pia e geladeira deteriorada, o banheiro para funcionários, sem tampo de vaso

sanitário e a sala de ACS sem arquivos sem espaço físico e com um dos pés da mesa apoiado por 1 cadeira.

A rotina diária segue da seguinte forma: agendamento de consultas eletrônico, sem horário específico para agendamento, por todos os profissionais da unidade, agendamento de especialista via setor de regulação Secretaria Municipal de Saúde (SMS), liberação de exames laboratoriais eletrônico, curativos, nebulização (estamos sem aparelho de nebulização), salvo dia de chuva é realizado visitas domiciliares pelos ACS.

No que se refere a rotina semanal temos: vacinação duas vezes por semana, visita domiciliar uma vez por semana com médico e enfermeiro (o carro está disponível somente uma vez por semana), coleta de exames laboratoriais duas vezes por semana, coleta de preventivo, puericultura, puerpério, gestante e consultas para Cadastro de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), uma vez por semana a limpeza da unidade é realizada por empresa terceirizada duas vezes por semana.

Os programas realizados são: reunião de gestante um sábado no mês, pesagem do leite com grupo de orientações para os pais um sábado no mês, grupo de HIPERDIA divididos em quatro no mês. Artesanato, brinquedoteca uma vez por semana, grupo de alongamento duas vezes por semana e a horta medicinal em fase de implantação.

Ainda temos os eventos anuais: Hanseníase, Tuberculose, Carnaval, Dia da Mulher, Dia dos namorados, Dia dos Pais, Dia das Mães, Dia das Crianças, Dia mundial contra vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Recebemos apoio externo do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) nos grupos: de gestante, puericultura, HIPERDIA, artesanato, horta medicinal, grupo de psicologia, grupo de alongamento e visitas domiciliares. Temos reunião do conselho de saúde local a cada bimestre onde divulgamos as atividades da unidade.

A rede de atenção básica de saúde é composta por 1 Unidade de Pronto Atendimento com 1 ambulância (não temos por enquanto o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU), 3 hospitais com escala de referência para urgências encaminhadas do Pronto-Atendimento (PA), 1 maternidade de referência para o parto e para pré-natal de alto risco, 1 central de encaminhamentos para pediatria e ginecologia de alto risco, 1 central de atendimento Doenças Sexualmente

Transmissíveis (DST/AIDS) e infectologia geral, 1 hospital psiquiátrico, 2 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 1 Assistência Psicossocial de Umuarama (APSU), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outra Drogas (CAPS AD) e 1 central de regulação para médicos especialistas e exames de alta complexidade.

O posto de saúde possui varias deficiências (materiais, insumos), mas aonde sinto a maior dificuldade é em relação à equipe. O médico apesar de ser concursado para ESF não cumpre permanência na unidade, a dificuldade da compreensão de informações, interesse e disposição de parte da equipe, falta de apoio psicológico, deficiência no mecanismo de informação e de respaldo por parte da SMS, a questão política que envolve o setor público dificulta o andamento geral, como por exemplo: troca de secretario de saúde, coordenação, etc.

1.2 Relatório da análise situacional

Umuarama/PR, cidade situada ao noroeste do Estado, possui uma média de 110.000 habitantes. É referência por ser polo regional (12º Regional de Saúde), e também responsável pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de 20 Municípios. Encontra-se em fase de implantação do SAMU e é munida de três hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que realizam escalas semanais para atendimento; um Pronto Atendimento e 21 unidades de atenção primária em saúde, sendo 18 ESF que recebem o apoio de uma equipe do NASF (onde se dispõe dos profissionais: fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, nutricionista e psicólogo) e o Centro de Especialidade Odontológica (CEO), que atende dentro da possibilidade a população referenciada.

O atendimento especializado é organizado pelo Setor de Regulação e possui carência de algumas especialidades como Vascular e Dermatologista. O atendimento hospitalar só acontece através do PA até às 23h00minhs e no período das 23h00minhs às 07h00minhs, o atendimento é direto no hospital. Os exames laboratoriais contam com quatro laboratórios credenciados, sendo que, é realizada coleta nas unidades de ESF, duas vezes na semana, conforme escala. O município ainda conta com um centro de radiografia específico do SUS e outros credenciados para alguns tipos de exames radiográficos diferenciados. A Secretaria Municipal de

Saúde é administrada pelo Secretario de Saúde, diretor e a coordenadora da ESF que atendem toda a Atenção Básica.

A unidade em que estou lotada é organizada no modelo de ESF, há quatro anos, composta de: 1 médico generalista da família, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 5 ACS, 1 estagiário de farmácia e 1 Administrativo, 1 profissional de serviços gerais (que foi contratada recentemente), 1 médico especialista em ginecologia e 1 equipe de Saúde Bucal, (1 dentista e 1 Auxiliar de Consultório Dentário - ACD). Está situada em uma região centralizada (Jardim Panorama) e urbana, possui em média 6.000 habitantes e com acompanhamento ativo de 3.700 habitantes que possuem cobertura de ACS. É mantida pelo SUS, através do Fundo Municipal de Saúde e recebe apoio da Universidade Paranaense (UNIPAR), para estágio de algumas áreas profissionais, como: farmácia e psicologia. Ainda, desenvolvemos trabalhos vinculados a professores e acadêmicos de engenharia ambiental, botânica e farmácia, para implantação da fitoterapia.

A unidade recebeu no ano de 2012, incentivo do Governo Federal para readequação da estrutura física, onde melhorou a qualidade do atendimento de odontologia pela ampliação e reorganização do consultório, recebeu ar condicionado, sala de lavagem de materiais cirúrgicos odontológicos e sala de esterilização. O piso da unidade também foi todo trocado e foi construído um banheiro para deficientes. A unidade também possui banheiros feminino e masculino e um banheiro para funcionários. Ainda, a estrutura física conta com consultório médico, de enfermagem/ginecologia, sala dos ACS, de curativo, coleta de exames, pré-consulta, vacina, cozinha, recepção e um local pequeno para realização dos grupos. As áreas que não estão adequadas são: área de serviço, almoxarifado, expurgo, local de guarda de material para coleta de lixo hospitalar e comum, entrada da unidade com degrau (apesar de ter barras de segurança, conforme preconizado). Com exceção do consultório de odontologia, os móveis em geral estão todos deteriorados. Faltam alguns equipamentos para o atendimento em saúde, por exemplo: aparelho de nebulização, materiais e medicamentos de uso básico.

Em relação à estrutura física, o que estamos fazendo para sanar algumas dificuldades, por exemplo, na área de serviço (que é simplesmente uma área aberta) solicitei instalação do encanamento, tanque e um armário com chave (por ser local aberto) para guarda de materiais de limpeza. O lixo comum por enquanto está sendo desprezado em um reservatório de óleo de 5000 litros vazio. O lixo hospitalar tem o

local que não é adequado, então solicitei que a limpeza seja intensificada três vezes por semana. Para melhorar a situação dos móveis e materiais básicos como: mural, livro ata, arquivos pequeno para organização, identificação das salas e cardápio de entrada, realizou um bazar em parceria com a pastoral da criança. Arrecadamos fundo financeiro e adquirimos material de papelaria, bem como isolamos todos os armários com papel impermeável e fizemos toda a organização de indicação das salas e lavagem das mãos de cada local com papel plastificado.

Quanto ao aparelho de nebulização foi solicitado a SMS, a qual informou que irá nos enviar um nebulizador portátil até que seja realizada licitação, por enquanto encaminhamos os pacientes ao PA. A medicação segundo o secretário de saúde está em tramite para recebermos, mas por enquanto conversamos entre as unidades para fazer troca de medicamentos, conforme o estoque e para ajudar a suprir as necessidades imediatas. Para atender os pacientes com deficiência física, devido à dificuldade de acesso na unidade, atendemos ou no carro do próprio paciente ou na residência.

A equipe tem evoluído muito com as orientações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Temos realizado grupos conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), reuniões de equipe, discussão de casos, entre outros. Em geral, a equipe trabalha de forma multidisciplinar e bem articulada. Temos dificuldade em realizar visita domiciliar, pois não temos carro (está disponível somente na segunda-feira de manhã) e falta de treinamento em relação à classificação de risco e acolhimento.

À quantidade de pacientes vinculados a unidade, como já foi citada acima (± 6.000 habitantes), dificulta o desenvolvimento de atividades de maneira adequada, pois, conforme preconiza o MS deveríamos ter no máximo 4.500 habitantes por equipe (GUIA PRÁTICO SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001). Ainda, dentro da área adstrita, temos uma população idosa e em grande parte composta por mulheres. Para facilitar nosso trabalho, não incluímos nos programas os pacientes descobertos por ACS, visto que não temos como realizar busca ativa ou convite para as atividades. Vale ressaltar que estes pacientes fazem uso da unidade sempre que precisarem, e se houver busca espontânea para participar dos programas os mesmos são incluídos imediatamente.

A equipe tem se esforçado para realizar o acolhimento. A maior dificuldade que temos é convencer a própria equipe, que ainda mantém um comportamento

de atendimento arcaico e, conseqüentemente, a demanda espontânea é a que mais sofre, pois os profissionais não estão acostumados a se dispor ao atendimento com horário integral. Por enquanto, estamos treinando a recepção para o acolhimento e alternando o atendimento entre unidade e PA, até que todos estejam adaptados e possam prestar atendimento (como deveria estar realizando) de maneira resolutive na maioria das necessidades. O MS tem como objetivo para ESF, trabalhar principalmente a prevenção, saindo do modelo curativo, para pensar além da emergência e dos casos agudos e, para isso é necessário que as equipes estejam preparadas (BRASIL, 1997).

Em relação à saúde da criança, não temos dificuldade com a adesão da população. O médico atende a demanda clínica e, se necessário, encaminha para o pediatra, que esta centralizada na unidade de referência para pediatria. Estamos realizando puericultura dentro da idade preconizada pelo MS e orientamos em grupo, as mães do programa do leite, mas, infelizmente, ainda não temos um protocolo de atendimento, onde não conseguimos por conta desta desorganização realizar monitoramentos. Pelos dados da Aba Demográfica temos uma cobertura de 27% das crianças da área de abrangência, com os indicadores de 100% somente nos itens de monitoramento do desenvolvimento e crescimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação de saúde bucal, orientação de aleitamento e prevenção de acidente.

O pré-natal está mais organizado, pois temos um protocolo de atendimento e os registros estão no programa do Sistema de Informação (SIS) Pré-Natal, o que facilita o monitoramento. Realizamos grupo mensal, teste rápido para HIV, sífilis e hepatite. A maior dificuldade que enfrentamos é, infelizmente, a falta de especialista obstetra (quando é necessário encaminhar). Ainda, observa-se que os mesmos não respeitam as normativas estabelecidas, como: incentivar o parto normal e aleitamento materno. Outra dificuldade do pré-natal é em relação ao sistema SIS Pré-Natal, nem sempre este sistema está disponível e o mesmo está sempre sofrendo mudanças. Segundo a Aba Demográfica temos 39%, de cobertura com os indicadores de 100% nos itens: consulta em dia, conforme protocolo do MS, exame de laboratório na primeira consulta, vacina antitetânica, suplementação de sulfato ferroso, avaliação de saúde bucal, orientação de aleitamento materno, 71% pré-natal iniciado no primeiro trimestre e não são realizados vacinas de hepatite B e exame ginecológico por trimestre.

O trabalho de prevenção do câncer de colo do útero e mama está em fase de organização, apesar de usarmos os programas SIS-Colo e Sis-Mama, não temos coordenador do programa, dificultando, muitas vezes, o envio das lâminas. Vejo que somos deficientes no que se refere ao rastreamento, por não termos o programa organizado para monitorar os dados e realizar campanhas fora do horário comercial para facilitar acesso às mulheres que trabalham. Poderíamos aproveitar os grupos existentes e reunião do conselho, para divulgação dos benefícios da prevenção e das opções que a unidade oferece para coleta, que muitas vezes passa despercebida por toda a equipe, e claro, a população fica tímida em relação a procura por conta desta desinformação. Pelos dados da Aba Demográfica, temos 29% de cobertura, com indicadores de 100% nos itens, exame citopatológico em dia, orientação sobre câncer (CA) de colo uterino e sobre DST, amostras satisfatória das coletas, 18% exame do cito patológico com mais de seis meses de atraso, 2% com avaliação de risco para CA de colo, 84% de exame cito patológico alterado, e não possuímos exames coletados com células representativas da junção escamo colunar.

A atenção ao hipertenso e diabético é o programa que mais demanda trabalho para a equipe, por ser uma grande quantidade de pacientes e ser a maior clientela na unidade. O HIPERDIA foi o primeiro programa a ser inserido. Apesar de não estar organizado, existe uma boa adesão. Temos um controle interno dos pacientes que participam das reuniões de orientações multiprofissionais, mas não temos, por exemplo, controle dos pacientes faltantes nas consultas médicas, e, conseqüentemente, não se faz busca ativa dos faltosos e nem monitoramento das ações, tornando o trabalho sem resolutividade. Além disso, oferecemos aos participantes do grupo HIPERDIA, atividade física, grupo de artesanato como atividade ocupacional, grupo da psicologia e, agora, em fase de implantação a fitoterapia. Uma vez por semana toda a equipe se dedica a este foco. Segundo a Aba Demográfica temos cobertura de 21% de hipertensos, com indicadores de 100% nos seguintes itens: orientação de atividade física e alimentação saudável e não temos acompanhamento para estratificação de risco cardiovascular, monitoramento de atraso de consulta, exames complementares periódicos e 15% de avaliação de saúde bucal. No que diz respeito ao diabético temos cobertura de 8%, sendo que temos somente indicadores de 100% para orientação de atividade física e alimentação saudável.

Em relação à saúde do idoso, estamos completamente deficientes, pois só temos o que se refere aos hipertensos e diabéticos, não temos nada específico, para podermos implantar este programa precisamos primeiro, fazer o levantamento desta realidade na unidade e, partir disto, inserir esta demanda nas atividades já existentes (esgotando todas as possibilidades). A equipe da unidade está discutindo a possibilidade de formar um grupo específico que seja voltado à troca de experiências da própria comunidade idosa, onde se valorize o autoconhecimento e o atendimento integral de forma organizada, a fim de trazer resultados visíveis através do monitoramento conforme protocolo do MS. Segundo os dados do SIAB, temos 660 idosos na área de abrangência, mas não foi possível levantar os indicadores por não possuímos dados específicos.

Apesar de toda dificuldade que a unidade encontra em se adaptar as mudanças e implantar as ideias novas, a equipe tem se esforçado em alcançar as metas necessárias. A população tem, de maneira geral, se integrado as ações propostas na UBS. Observamos que a maior dificuldade e desafio neste momento é a organização das ações realizadas na ESF. À medida que o curso foi explanando a metodologia do trabalho, através dos questionários impostos e dos cadernos das ações, foi possível à visualização da nossa realidade que estava completamente sem direção e a equipe chegou a seguinte conclusão: *“uma equipe trabalhando muito, com uma população confiante, para chegar a lugar nenhum”!*

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório de análise situacional

É interessante observar a análise situacional da unidade no início do curso, muitos itens não eram observados, por exemplo, pensávamos que era feito tudo o que podíamos, não tínhamos a ideia de estratégias para melhoria, é perceptível na discussão com a equipe, pois havia relatos fechados, sem foco e a equipe observava somente detalhes superficiais, sem a compreensão de continuidade. A aba demográfica deixa claro, o quanto estava deficiente o trabalho enquanto prevenção não havia possibilidade de avaliar os resultados, existia somente um trabalho sendo realizado sem expectativas.

É animador perceber a diferença que já está acontecendo, como o desenvolvimento de protocolos e observação detalhada de cada ação programática, onde conseguimos acompanhar todo o desenvolvimento e inclusive discutir

mudanças se necessário. Trabalhar com Saúde Pública é um sonho que estou realizando, sou apaixonada pelo SUS. Há oito anos, desejo que ele aconteça através do meu trabalho, mas não sabia como trilhar. O conhecimento que estou adquirindo através do curso de especialização me faz compreender que a Especialização em Saúde da Família (UFPel/UnA-SUS) é a resposta de Deus diante das minhas orações

2. Análise estratégica – projeto de intervenção

2.1 Justificativa

Escolhi a ação programática da unidade “hipertensão e diabetes” porque, segundo *Vigitel 2011*, o Brasil apresenta uma prevalência de 5,2% de diabetes e 22,7% de Hipertensão. Esta realidade também é encontrada na unidade de saúde onde trabalho, a maior quantidade de pacientes atendidos é hipertensa, deixando bastante claro a necessidade de investimento da intervenção nesta população.

Segundo o levantamento realizado pelos ACS, a população de abrangência da unidade de ESF do bairro Panorama constitui-se em 6.000 pessoas, a qual se estima que 1.264 pessoas sejam portadoras de hipertensão e 361 de diabéticos. Porém, a unidade possui cobertura de ACS de apenas 3.500 habitantes, sendo cadastrados 270 hipertensos e 28 diabéticos. Estes possuem participação ativa nos grupos de HIPERDIA, em que recebe orientação multiprofissional mensal, avaliação de pressão arterial, peso, teste de glicemia capilar e consulta médica duas vezes ao ano, além das orientações já citadas acima é oferecido a fitoterapia, atividade física, artesanato, grupo de nutrição e psicologia.

Apesar de ter uma boa adesão da população referida, hipertensos 21% e diabéticos 8%, não é realizada avaliação e monitoramento do trabalho e o mesmo é desenvolvido sem referência de protocolos para o atendimento. A falta de organização da equipe em relação as ações, não permite resolutividade. O médico atende o paciente somente para avaliar a necessidade de renovar a receita da medicação, sem solicitação de exames (segundo a rotina do protocolo do MS), não é realizada consulta de enfermagem e a cobertura do atendimento odontológico para estes pacientes é baixa.

O desenvolvimento da referida intervenção permitirá que haja a capacitação de toda equipe para trabalhar segundo as diretrizes dos manuais do MS, protocolo de hipertensão e diabetes (BRASIL, 2001). O estabelecimento da função de cada

profissional no alcance das metas propostas envolverá não apenas a equipe da ESF, mas o gestor e a comunidade neste desafio. Ainda, acredita-se que o trabalho sistematizado proposto pelo projeto de intervenção permitirá a todos os envolvidos observar os pontos que ainda podem ser observados e melhorados, para que o trabalho seja resolutivo e o atendimento a estes pacientes seja realizado conforme os princípios do SUS.

2.2 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* na Unidade de Saúde Panorama.

2.2.1 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 paciente 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

2.3 Metas

Com a finalidade de atingir os objetivos anteriormente citados, foram estipuladas as seguintes metas:

Relativas ao objetivo 1:

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

1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:

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

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

Relativas ao objetivo 3:

3.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

3.3. Garantir a 70% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

3.4. Garantir a 60% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 90% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 80% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4:

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

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

Relativas ao objetivo 5:

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

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

Relativas ao objetivo 6:

6.1. Garantir avaliação odontológica a 50% dos pacientes hipertensos cadastrados.

6.2. Garantir avaliação odontológica a 50% dos pacientes diabéticos cadastrados.

6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 40% dos hipertensos cadastrados.

6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 40% dos diabéticos cadastrados.

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

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

6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

2.4 Metodologia

2.4.1 Detalhamento das ações

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento das ações: para os pacientes faltosos será realizada a busca ativa por meio de visita domiciliar pelos ACS no dia seguinte da falta, e será reagendado para o próximo atendimento (quarta feira). Serão realizadas reuniões com a equipe para que todos realizem o monitoramento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. Implantar protocolo de atendimento segundo o MS, intercalando consulta médica e de enfermagem.

Será criado um fluxo de atendimento clínico conforme protocolo do MS prevendo a realização de estratificação de risco, exame clínico, registros no

prontuário e nas fichas- espelho, os quais serão monitorados semanalmente pela enfermeira. Será adotada rotina para solicitação de exames conforme preconizado pelo MS e retorno por meio de rotina programada. A equipe será treinada para realizar cadastro em todas as oportunidades possíveis. Será realizado o monitoramento dos medicamentos específicos para hipertensos e diabéticos distribuídos na farmácia. Uma vez por semana será realizado o monitoramento dos registros das fichas-espelhos. Durante os grupos de atendimento de hipertensão e diabetes e nas consultas médicas e de enfermagem os pacientes serão avaliados e encaminhados para acompanhamento com odontologia, nutricionista e orientação sobre atividade física e tabagismo.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
 - Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS, através de "folders" ou cartazes ilustrativos e algumas palestras na sala de espera nos dias de HIPERDIA.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
 - Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
 - Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
 - Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes, através de "folders" ou cartazes ilustrativos e algumas palestras na sala de espera nos dias de HIPERDIA.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
 - Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
 - Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
 - Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
 - Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
 - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os

protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a

atenção ao hipertenso.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) que frequentarem a unidade serão encaminhados pelos membros da equipe para cadastramento na intervenção, por meio de consulta agendada com médico ou enfermeiro. Será solicitado ao gestor os equipamentos e instrumentos necessários para intervenção, bem como a realização dos exames complementares em tempo hábil. Os ACS farão a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas com estabelecimento de data para agendamento de consultas.

O atendimento clínico será realizado mediante protocolo do MS. Será realizado um levantamento das medicações preconizadas pelo MS e o funcionário da farmácia realizará um levantamento mensal da medicação (incluindo a validade) estabelecidas para hipertensos e diabéticos e repassará a enfermeira que fará o controle de estoque para impedir a falta da medicação. Os pacientes considerados de alto risco serão avaliados e a consulta será priorizada pelo profissional responsável pelo HIPERDIA. Será estabelecida a organização da agenda de atendimento aos hipertensos e diabéticos de maneira que possam ser acompanhados pela equipe de odontologia, nutricionista e educador físico da

unidade. Durante os grupos de hiperdia será realizada orientação nutricional e de práticas de atividade física e de abandono ao tabagismo para que os pacientes possam garantir a sua qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários

de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular
- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento:

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

Detalhamento: os profissionais da equipe trabalharam as orientações sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na sala de espera, reuniões do conselho local e nos grupos de hiperdia. Será ainda informado comunidade os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; a importância de

realização das consultas os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, a realização de exames complementares, o direito de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, o acesso aos registros, o adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), entre outros aspectos.

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos nas devidas micro áreas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos nas devidas micro áreas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Treinar os ACS e toda a equipe para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Treinar os ACS e toda a equipe para a orientação de diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: primeiramente, será apresentado o projeto de intervenção para equipe de maneira que todos conheçam os objetivos, metas e para que todos possam estabelecer seu papel no andamento da mesma. Durante as reuniões, os profissionais serão capacitados para identificar as necessidades dos hipertensos e diabéticos, bem como atuarem de maneira a garantir a integralidade no atendimento aos hipertensos e diabéticos.

2.5 Indicadores

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos faltosos à consulta clínica com busca ativa.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos faltosos à consulta clínica com busca ativa.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com

o protocolo.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação nutricional.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação nutricional.

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

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

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

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

Relativos ao objetivo 1

1.1) 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.

X 100

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

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

_____ X
100

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

Relativos ao objetivo 2

2.1) Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa da unidade de saúde.

_____ X
100

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

2.2) Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa da unidade de saúde

_____ X 100
Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas da unidade de saúde

Relativos ao objetivo 3

3.1) Número de hipertensos com exame clínico apropriado da unidade de saúde.

_____ X
100

Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde da unidade de saúde.

3.2) Número de diabéticos com exame clínico apropriado da unidade de saúde.

_____ X
100

Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

3.3) Número total de hipertensos com exame complementar em dia da unidade de saúde.

_____ X 100
Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

3.4) Número total de diabéticos com exame complementar em dia da unidade de saúde.

_____ X
100

Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

3.5) Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da unidade de saúde

100 $\frac{\text{Número de hipertensos com prescrição de medicamentos na unidade de saúde}}{\text{Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde}} \times 100$

3.6) Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da unidade de saúde.

100 $\frac{\text{Número de diabéticos com prescrição de medicamentos na unidade de saúde}}{\text{Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde}} \times 100$

Relativos ao objetivo 4

4.1) Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento da unidade de saúde

$\frac{\text{Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento da unidade de saúde}}{\text{Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde}} \times 100$

4.2) Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento da unidade de saúde

$\frac{\text{Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento da unidade de saúde}}{\text{Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde na unidade de saúde}} \times 100$

Relativos ao objetivo 5

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

100 $\frac{\text{Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular da unidade de saúde}}{\text{Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde na unidade de saúde}} \times 100$

5.1) Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular da unidade de saúde.

$\frac{\text{Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular da unidade de saúde}}{\text{Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde na unidade de saúde}} \times 100$

Relativos ao objetivo 6

6.1) Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica da unidade de saúde.

$\frac{\text{Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde que realizaram avaliação odontológica da unidade de saúde}}{\text{Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde}} \times 100$

6.2) Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica da unidade de saúde.

$\frac{\text{Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde que realizaram avaliação odontológica da unidade de saúde}}{\text{Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde}} \times 100$

6.3) Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável da unidade de saúde.

_____X
100

Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.4) Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável da unidade de saúde.

_____X
100

Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.5) Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular da unidade de saúde.

_____X 100
Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.6) Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular da unidade de saúde.

_____X 100
Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.7) Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo da unidade de saúde .

_____X 100
Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

6.8) Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo da unidade de saúde.

_____X 100
Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.6 Logística

Nas reuniões de equipe será estabelecido o papel de cada membro da equipe para que todos realizem o monitoramento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Os ACS realizarão busca ativa dos pacientes faltosos cadastrados no programa no dia seguinte (quinta-feira) da reunião do grupo do HIPERDIA. Cada profissional da unidade é responsável por uma função no dia do HIPERDIA, conforme preconiza o protocolo do MS (BRASIL, 2001), sendo todos responsáveis pelo monitoramento!

As consultas médicas serão intercaladas com as consultas de enfermagem, por meio de agendamento prévio segundo o protocolo do MS. O agendamento de consulta será mantido, pois as quartas-feiras já são destinadas ao atendimento de hipertensos e diabéticos.

Será realizado em média 10 consultas para o médico e 10 consultas para enfermeira semanal, sendo necessário 110 folhas ficha-espelho ao mês (considerando 16 semanas para o processo de intervenção)

Teremos um fluxo para atendimento clínico, conforme preconiza o MS, envolvendo exame clínico, registro nos prontuários e nas fichas-espelho, os quais serão semanalmente monitorados pela enfermeira.

Em relação aos pedidos de exames, será adotada rotina organizada conforme orientação médica e do MS e retorno para consulta de rotina programada. Todas as sextas-feiras, o responsável pelo monitoramento dos hipertensos diabéticos cadastrados, fará o levantamento dos pacientes que necessitam de consulta, solicitação de exames de rotina ou agendamento de consulta de retorno por meio da análise das fichas-espelho.

Será implantado o monitoramento dos medicamentos específicos para hipertensos e diabéticos distribuídos na farmácia, onde a enfermeira ou outro membro da equipe fará o levantamento dos medicamentos da farmácia básica da unidade. Os pacientes que fizerem uso destes medicamentos terão os mesmos registrados nas fichas-espelho.

O monitoramento dos registros será realizado uma vez por semana atentando-se para aspectos como cadastramento, exame físico adequado, estratificação do risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia básica, controle de pressão arterial e glicose. Um membro da equipe fará o monitoramento de todas as fichas espelho para observar os dados registrados e organizá-los conforme a necessidade.

Durante os grupos de atendimento de hipertensão e diabetes e nas consultas médicas e de enfermagem, os pacientes serão avaliados e encaminhados para acompanhamento com odontologia, nutricionista e educador físico, e caso necessitem, terão acompanhamento pelo tabagismo.

Todas as vezes que um paciente portador de hipertensão ou diabetes procurar a unidade para qualquer atendimento, o funcionário que prestar acolhimento observará se o mesmo já está vinculado à intervenção, se não o estiver, será encaminhado para cadastramento.

Entrar-se-á em contato com gestor para que o mesmo garanta os materiais necessários à intervenção, como calibragem dos esfigmomanômetros, aparelhos de hemoglicoteste e carteirinha do hipertenso e diabético. Ainda, sem relação aos

exames complementares, será enfatizada ao gestor a necessidade de garantir a realização dos mesmos em tempo hábil conforme protocolo. Os profissionais da unidade serão treinados para observar a rotina para os exames complementares e fazer um levantamento quantitativo de exames mensais que deverão ser solicitados aos gestores.

As visitas domiciliares para os faltantes às consultas serão realizadas pelos ACS, no dia seguinte ao grupo de atendimento de hipertensos e diabéticos das quartas feiras, os quais terão suas consultas remarcadas para a próxima quarta-feira de atendimento de hipertensos e diabéticos.

O atendimento clínico será realizado conforme protocolo do ministério da saúde e envolverá a avaliação do medico da família, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem. Todos os membros da equipe terão suas atribuições e responsabilidades estabelecidas na intervenção, desta maneira, os mesmos estudarão e discutirão em reunião de equipe (sextas-feiras) os protocolos do Ministério da Saúde e os protocolos adotados pela unidade de saúde para estabelecer as atribuições de cada profissional.

Em relação ao atendimento odontológico, a dentista irá realizar a triagem de todos os usuários do dia de atendimento de hipertensão e diabetes. A, e irá marcar atendimento conforme necessidade do paciente para o mesmo dia do atendimento dos usuários de hipertensão e diabetes! Será exposto ao gestor e ao Secretário de Saúde a necessidade de estabelecer parcerias de atendimento para possibilitar o atendimento diante da demanda!

Durante o atendimento de hipertensos e diabéticos será realizada orientação nutricional e de práticas de atividade física e de abandono ao tabagismo para que os pacientes possam garantir a sua qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

Para garantir as ações de engajamento público, os profissionais da equipe farão orientações sobre tais patologias na sala de espera, atendimentos e visitas domiciliares. Também serão desenvolvidos materiais informativos os quais serão dispostos para facilitar a visualização das informações.

Através da sala de espera, Reunião do conselho e Visita domiciliar, a equipe irá realizar as informações sobre o andamento da intervenção.

Desta forma, todas as sextas feiras a tarde será utilizada para capacitação conforme preconiza o MS, para qualificar a abordagem e para realização da

3. Relatório de intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

A intervenção começou bem lenta, por conta de ter iniciado em Janeiro, mês que tem menos movimento na unidade, e em geral há uma grande parte de funcionário em férias, então nos concentramos em treinamento da equipe que realizamos durante as sextas-feiras à tarde que a unidade é fechada para reunião da equipe e organização das fichas-espelho. O médico se mostrou bastante resistente a nova rotina, os demais estavam bastante confusos no início com dificuldade de compreender a estratégia, mas como as orientações foram repetidas frequentemente, a rotina foi sendo firmada, as orientações e acolhimento para os usuários foram realizados na sala de espera, reunião do conselho e todos os dias conforme a demanda de usuários hipertensos ou diabéticos para consulta agendada ou de demanda espontânea, a agenda foi mantida como no cronograma para toda quarta-feira que fazemos reunião do HIPERDIA e atendimento de consulta médica e de enfermagem e da odontóloga para esse público, onde estes recebem também orientações gerais e levam a medicação que fazem uso, geralmente a participação é ativa, com pouca falta, e para os faltosos a busca ativa é realizada no dia seguinte pelos ACS, e reagendados para próxima quarta-feira .

Como qualquer novidade de trabalho a equipe estava bastante animada, mas com o passar das semanas a ansiedade por resolutividade na intervenção aumentava e os atrasos também. Percebemos certo desânimo na equipe, mas em contrapartida, a equipe começou a se habituar ao ritmo e, apesar disso, não foi possível impedir as intercorrências, como: falta de medicação e a ausência do médico por atestado várias vezes e funcionários de férias: dentista, ACD, ACS e de alguns profissionais do NASF.

Várias estratégias foram colocadas em prática, como: reagendamento dos pacientes para o médico que ficou de atestado fizemos treinamento com os profissionais que estavam na unidade, porque se fossemos esperar a equipe estar completa iria atrasar muito o cronograma, entramos em contato com uma farmácia

que e credenciada ao programa, mas para completar, a população se mostrou desinteressada e até irritada com a mudança estabelecida pela intervenção, foi a situação mais difícil de ser superada. Tentamos repassar as informações na sala de espera e no conselho de saúde, mas infelizmente, ainda assim sofremos muito a incompreensão da comunidade.

Interessante que as metas mais simples da intervenção, que aparentemente não haveria dificuldade de ser realizada foram as mais difíceis, por exemplo: orientação de nutrição, educação física e sobre o tabagismo, porque como o médico recebeu treinamento para realizar o tratamento de como parar de fumar, ele ficou com a responsabilidade de orientar os pacientes sobre o tabagismo e como já foi dito ficou bastante ausente por conta de atestado médico, a nutricionista do NASF, que faria as orientações, tirou férias e em seguida realizou uma cirurgia, a professora de educação física não conseguiu participar ativamente porque divide o tempo entre outras unidades e, surpreendentemente, a intervenção no que diz respeito à odontologia evoluiu muito, o que em minha opinião não seria possível por conta da demanda de atendimento da odontologia!

Analisando a planilha podemos observar que a quantidade de hipertensos pertencentes à unidade é bem maior que a de diabéticos e mesmo assim os diabéticos estão abaixo da meta em relação aos hipertensos, isso se deve por conta de que grande parte dos diabéticos serem insulino dependentes, por isso, não pegam medicamento na unidade, e sim na central farmacêutica e fazem retorno com o especialista e acabam se distanciando da unidade básica.

Uma estratégia para continuidade do trabalho que se iniciou pela intervenção ocorrerá no final do mês de maio, quando faremos um evento para todos os diabéticos da nossa área de abrangência e teremos teste de glicemia, orientações de saúde em geral e lanche. Aproveitaremos este momento para cadastrar e orientar quanto aos benefícios de participarem das ações da intervenção.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Conforme descrito no detalhamento das ações o monitoramento seria realizado uma vez por semana para avaliar a situação e organizar a semana, algumas sextas-feiras não foram possíveis esta realização (por conta de reuniões marcadas pela secretaria geralmente nas sextas-feiras à tarde), acabou sendo feito em dias alternativos, mas não com a frequência do cronograma, em

relação às consultas médicas periódicas anuais para estes pacientes, também sofremos bastante para realização, por conta da ausência médica como já foi citado tivemos que realizar troca de data e muitas vezes foram realizadas por médico substituto não treinado dentro das normativas do protocolo, onde tivemos que desconsiderar em alguns casos o atendimento. A busca ativa ficou deficiente, pois a ACS, de uma das áreas entrou de licença maternidade antes do tempo (parto prematuro) e mesmo dividindo a área desta entre as demais, não conseguimos realizar todas as buscas desta área.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Não foi difícil fechar as planilhas, elas estavam muito bem elaboradas e fui muito bem amparada pela minha orientadora. Em relação ao preenchimento na planilha tive algumas dificuldades referentes ao tempo para isso (algumas vezes acumularam-se informações). Além disso, por vezes tivemos que refazer a coleta de alguns dados, ao perdemos informações por problema no computador na unidade!

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Embora não tenhamos conseguido atingir a meta pactuada de cobertura para hipertensos e diabéticos, vejo que a intervenção está bem incorporada à rotina do serviço, agora é só uma questão de tempo. Além disso, aprendemos a fazer uso principalmente, da nossa governabilidade para melhorar a qualidade do nosso trabalho (estávamos acostumados a esperar alternativas da secretaria municipal de saúde).

No que se refere à adequação da intervenção, na prática percebemos que, facilitaria o trabalho se diminuíssemos o uso do papel, ou seja, ter a ficha espelho no sistema que usamos para que não seja necessário fazermos os lançamentos manualmente e/ou fazer o acompanhamento ou monitoramento através de relatório impresso, pois hoje temos computadores em todas as nossas salas e um sistema de controle de todas nossas atividades. Fizemos essa proposta para a coordenadora da ESF que ficou de verificar as possibilidades.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou de ampliar a cobertura, adesão e qualidade no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos na área adstrita da UBS. Segundo o SIAB, existem 570 hipertensos vinculados à unidade, em que a meta estipulada para hipertensos foi de atingir 60% (342) de cobertura pelo programa, entretanto ao final de quatro meses atingiu-se 42,9% (243).

No primeiro mês atingiu 63 (11%) hipertensos, no segundo mês 118 (20,7%) no terceiro mês 190 (33,3%) e no último mês de intervenção 243 (42,9%). Conforme demonstra a figura 1.

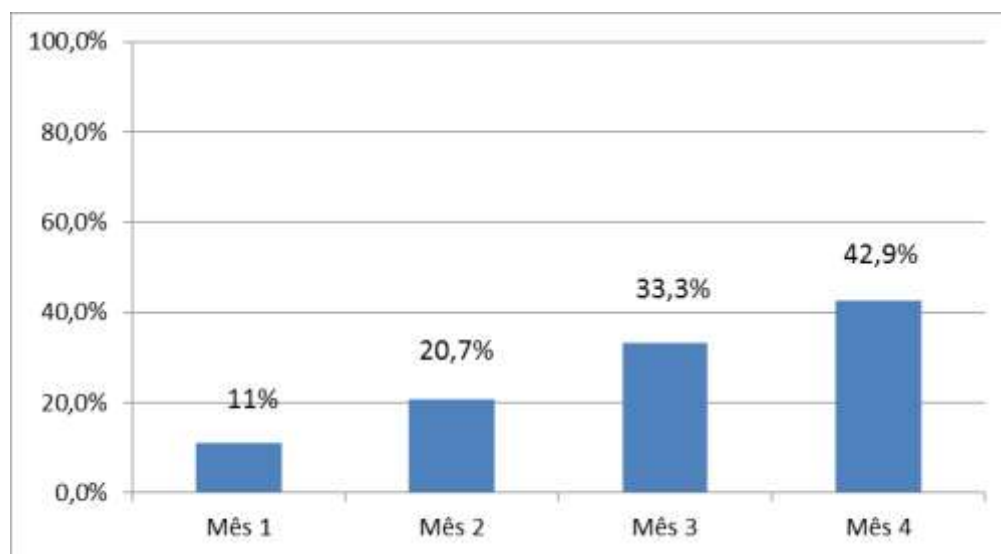


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

A meta estipulada para cobertura do programa em relação ao diabético foi de 50%, atingiu-se 36,2%. No primeiro mês atingiu 19 (13,5%) diabéticos, no segundo mês 28 (19,9%), no terceiro mês 40 (28,4%) e no último mês de intervenção 51(36,2%). Conforme demonstra a figura 2.

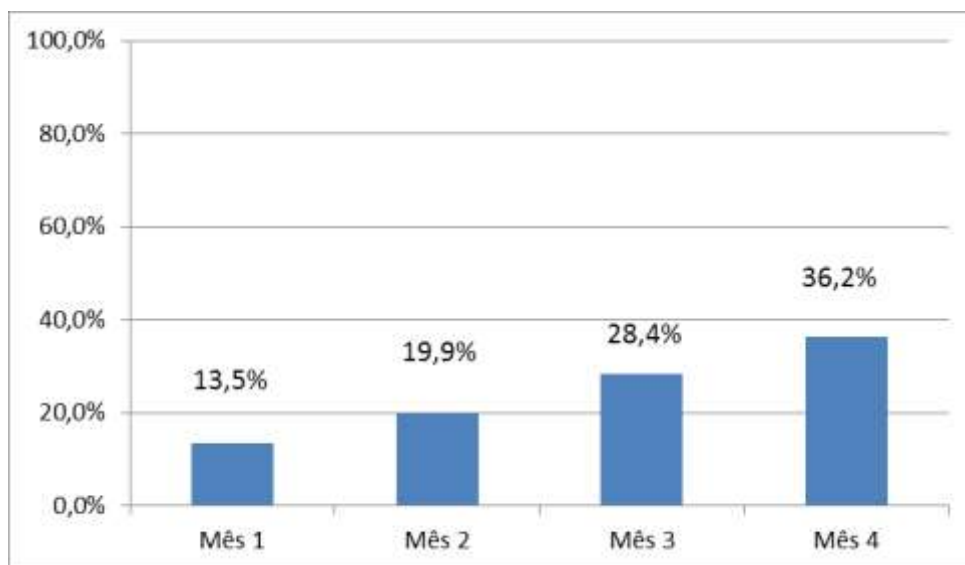


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

Os hipertensos e diabéticos já possuíam cadastro de acompanhamento, mas não com a qualidade de dados oferecido pela ficha-espelho e também não havia monitoramento dos dados coletados, ou seja, existia somente o nome do paciente e o medicamento em uso.

Para qualificar o acompanhamento foi estabelecido como meta 100% de busca ativa para os faltosos hipertensos e diabéticos que estivessem cadastrados, no entanto conseguimos atingir 85,7% (208) para hipertensos: Conforme demonstra a figura 3.

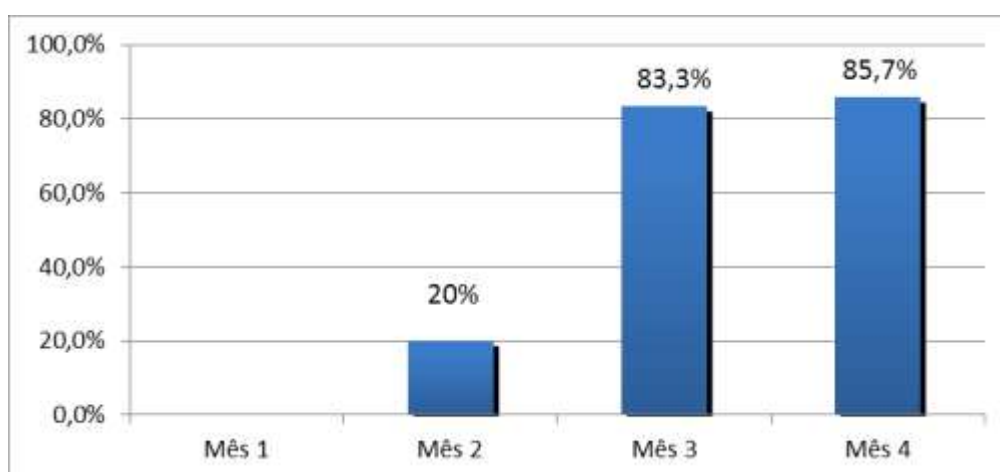


Figura 3 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês não conseguimos realizar, por não estarmos organizados, no segundo mês buscaram-se 2 (20,0%), no terceiro mês 40 (83,3%) e no último

mês de intervenção 48 (85,7%).

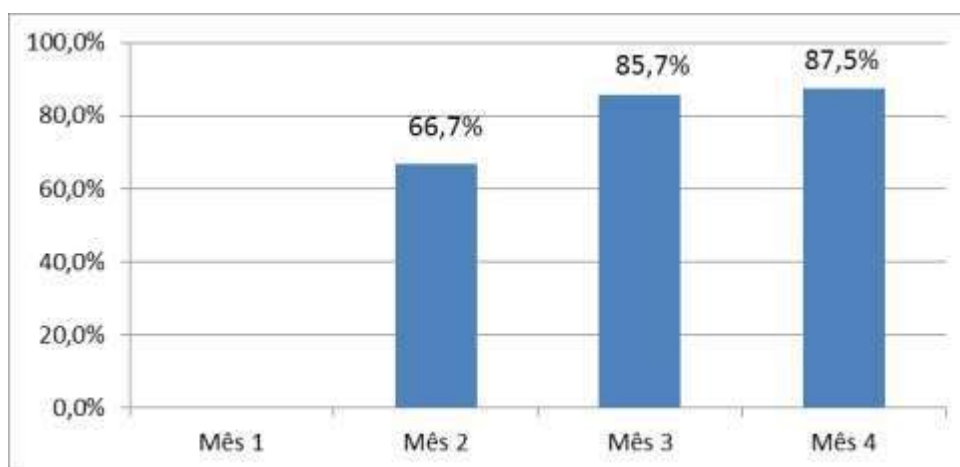


Figura 4 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

E para diabéticos alcançamos 87,5%. No primeiro mês tivemos a mesma dificuldade não conseguimos realizar busca ativa, no segundo mês 2 (66,7%), no terceiro mês 6 (85,7%) e no último mês de intervenção 7 (87,5%). Conforme demonstra a figura 4.

Poderia ter sido melhor, por exemplo, na falta de uma das ACS, que foi afastada por problema de saúde, remanejar uma ACS de outras áreas para garantir a busca ativa de 100%, a mesma situação se aplica em relação ao exame clínico apropriado, segundo o protocolo, a meta foi de 100%, e o atingido foi de 191 (78,6%) para hipertensos.

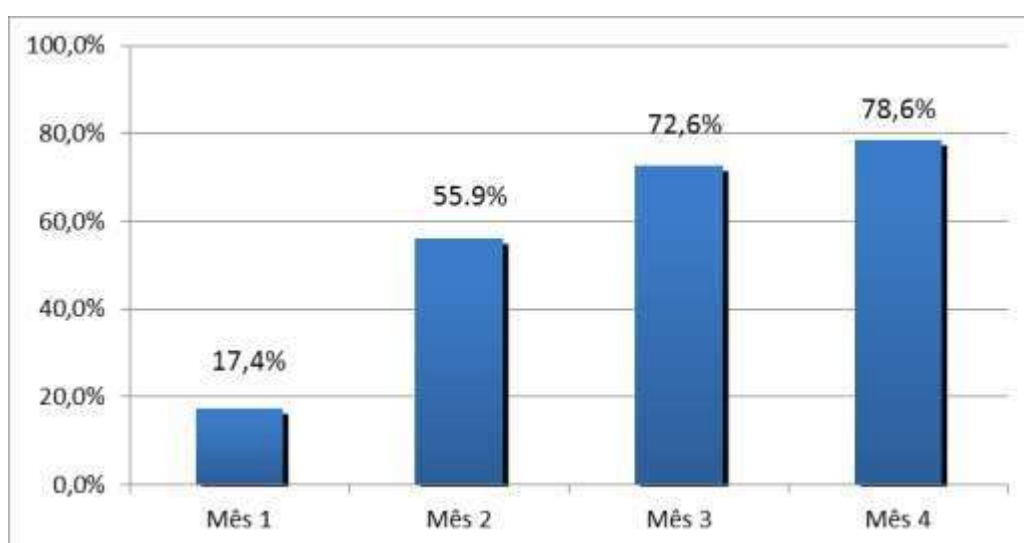


Figura 5 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu 11 (17,5%) hipertensos, no segundo mês 66 (55,9%), no terceiro mês 138 (72,6%) e no último mês de intervenção 191 (78,6%). Conforme demonstra a figura 5

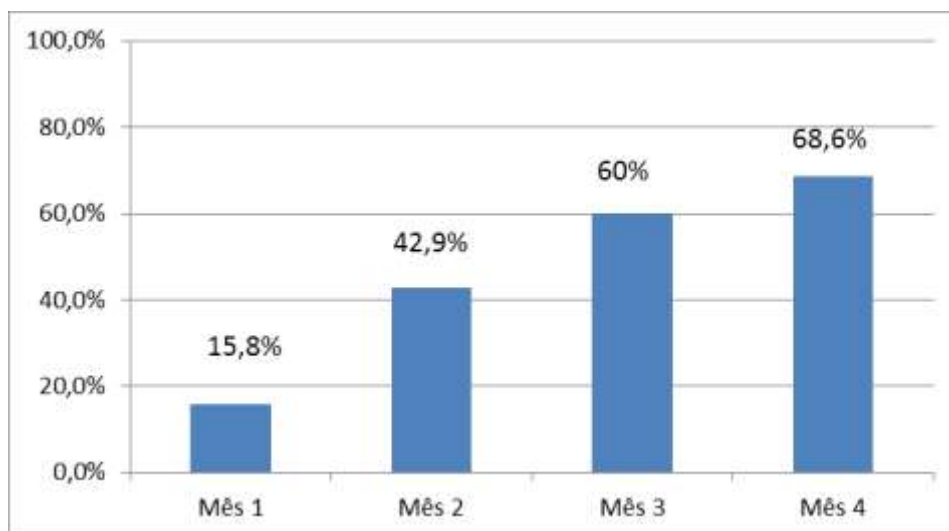


Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

Para diabéticos no primeiro mês atingiu 3 (15,8%) diabéticos, no segundo mês 12 (42,9%), no terceiro mês 24 (60%) e no último mês de intervenção 35 (68,6%), conforme demonstra a figura 6.

No início da intervenção estávamos focando este atendimento para o médico, ou seja, se este profissional não estivesse presente a intervenção não tinha continuidade, depois compreendemos que a intervenção não precisava parar por conta desta impossibilidade, claro que neste aspecto se tivéssemos trabalhado melhor a busca ativa teria corrigido esta falha de imediato!

Em relação aos exames complementares o resultado foi bastante produtivo, mesmo porque este objetivo dependia também de questões financeiras da SMS para liberar exames, segundo o protocolo e em tempo hábil, conseguimos alcançar além do esperado da meta de 70% de hipertensos.

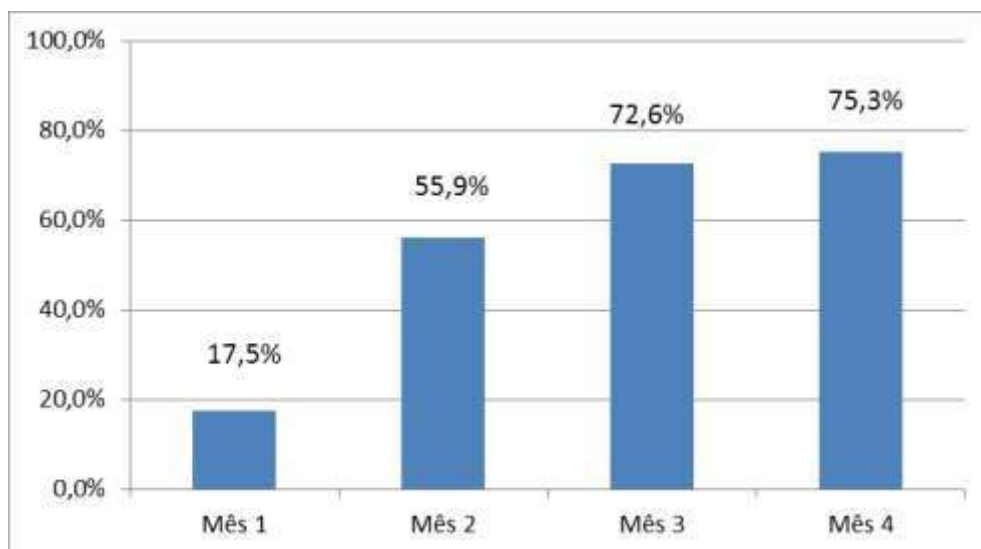


Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu-se 11 (17,5%) hipertensos, no segundo mês 66 (55,9%), no terceiro mês 138 (72,6%) e no último mês de intervenção 183 (75,3%). Conforme demonstra a figura 7. E para diabéticos a meta foi de 60% e atingimos 66,7% (47), conforme demonstra a figura 8.

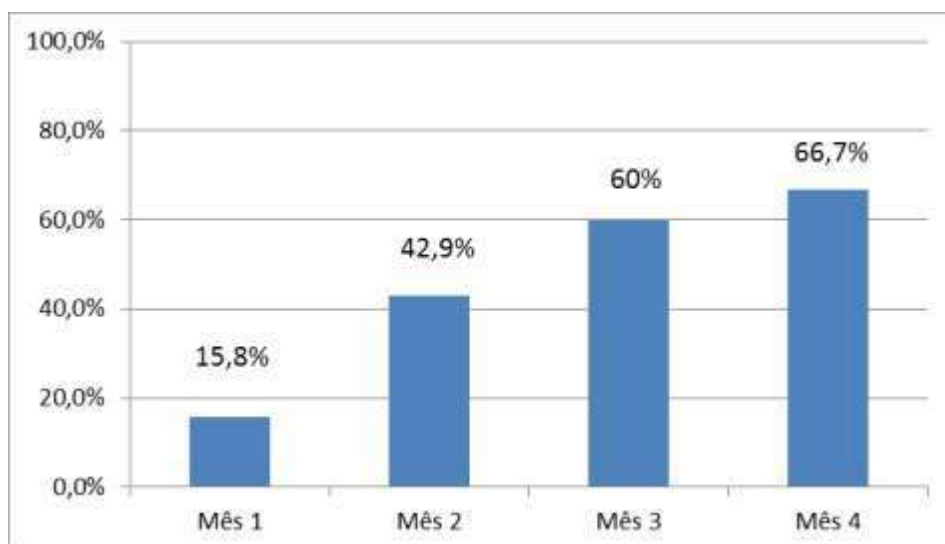


Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu 3 (15,8%) diabéticos, no segundo mês 12 (42,9%) no terceiro mês 24 (60%) e no último mês de intervenção 34 (66,7%).

Se fizermos uma correlação de quem realizou exame clínico apropriado para os que realizaram os exames complementares podemos observar que dos pacientes atendidos o percentual se diferencia somente em 3,2% para hipertenso e 1,9% para

diabéticos, portanto, um alto índice de exames complementares, isto se deve porque o pactuado com a SMS foi estabelecida em cima da meta de cadastros e como esta não foi alcançada em sua totalidade, conseguiu-se aumentar em exames complementares. Vale salientar que sendo assim o acompanhamento aumenta em muito o nível de qualidade, pois conseguimos monitorar o paciente em todos os aspectos.

Os medicamentos ofertados pela farmácia básica da unidade também ficaram em um percentual alto acima inclusive dos pacientes que realizaram exames clínicos apropriados e exames complementares, isto porque mesmo que não retornaram para consulta médica/enfermagem, teve acesso à medicação na farmácia da unidade, a meta foi estabelecida em 90% para hipertensos e foram alcançados 99,2% (241).

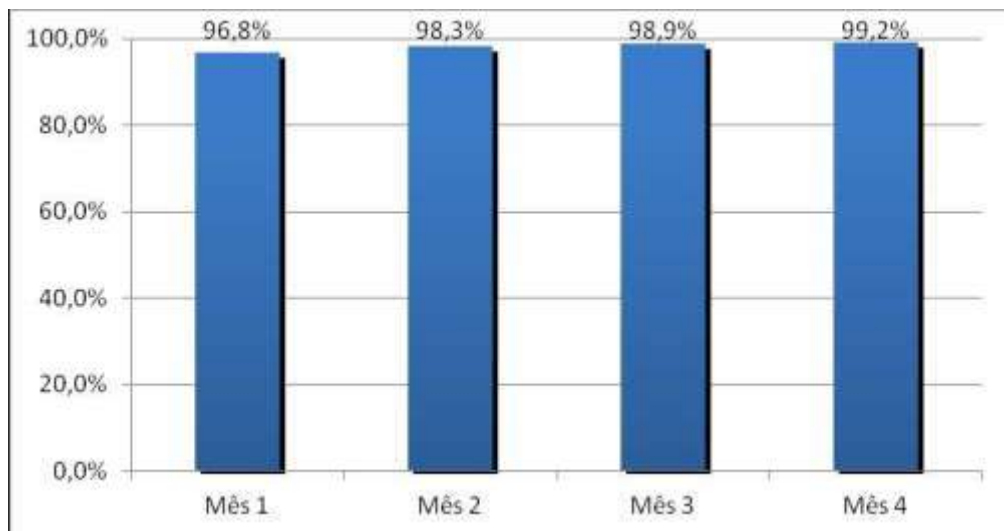


Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista Hiperdia ou da Farmácia Popular na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu 61 (96,8%) hipertensos, no segundo mês 116 (98,3%), no terceiro mês 188 (98,9%) e no último mês de intervenção 241 (99,2%).

Foram estabelecidos 80% para diabéticos e foram alcançados 100%. No primeiro mês atingiu 19 (100%) diabéticos, no segundo mês 28 (100%), no terceiro mês 40 (100%) e no último mês de intervenção 51 (100%).

O registro adequado em ficha de acompanhamento alcançou o esperado de 100%. Para os hipertensos, no primeiro mês atingiu 63 (100%) hipertensos, no segundo mês 118 (100%), no terceiro mês 190 (100%) e no último mês de intervenção 243 (100%) e diabéticos no primeiro mês atingiu 19 (100%), no segundo mês 28 (100%), no terceiro mês 40 (100%) e no último mês de

intervenção 51 (100%). Isto foi possível porque todos da unidade estavam preparados pelo treinamento.

No que diz respeito à estratificação de risco, toda equipe de enfermagem aproveitou bem as oportunidades, mesmo quando o paciente ainda não havia passado pela consulta médica/enfermagem ela foi realizada trazendo resultados bem próximos ao estabelecido de 100%, 96,7% para hipertensos.

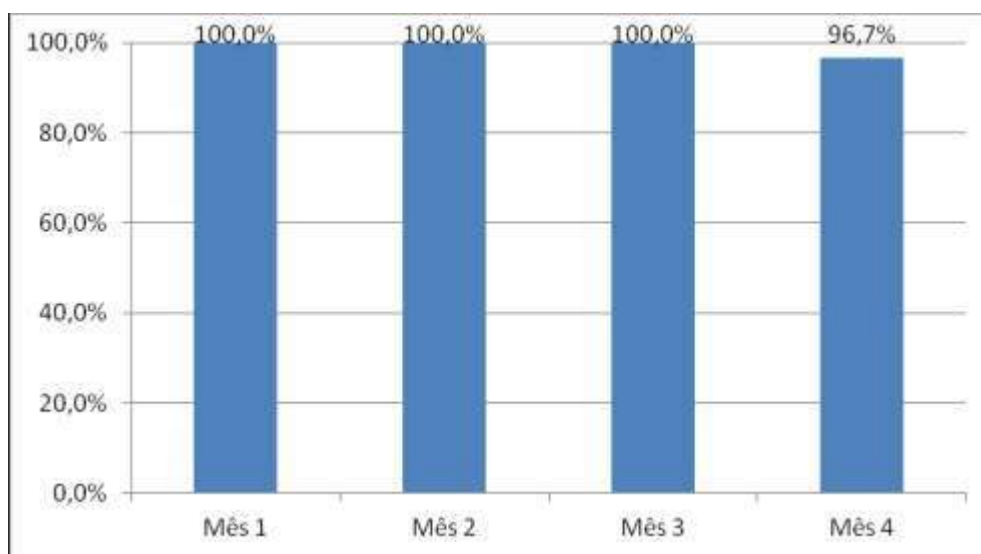


Figura 10 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Panorama, Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu 63 (100%) hipertensos, no segundo mês 118 (100%), no terceiro mês 190 (100%) e no último mês de intervenção 234 (96,7%), conforme demonstra a figura 10.

E 98% para diabéticos, no primeiro mês atingiram 19 (100%), no segundo mês 28 (100%), no terceiro mês 40 (100%) e no último mês de intervenção 50 (98%), conforme demonstra a figura 11.

O treinamento repassado para toda a equipe se mostrou bastante positivo, pois os dados mostram resultados bem próximos do esperado, o que se subentende o preparo da equipe para intervenção e sua continuidade em relação ao objetivo já citado!

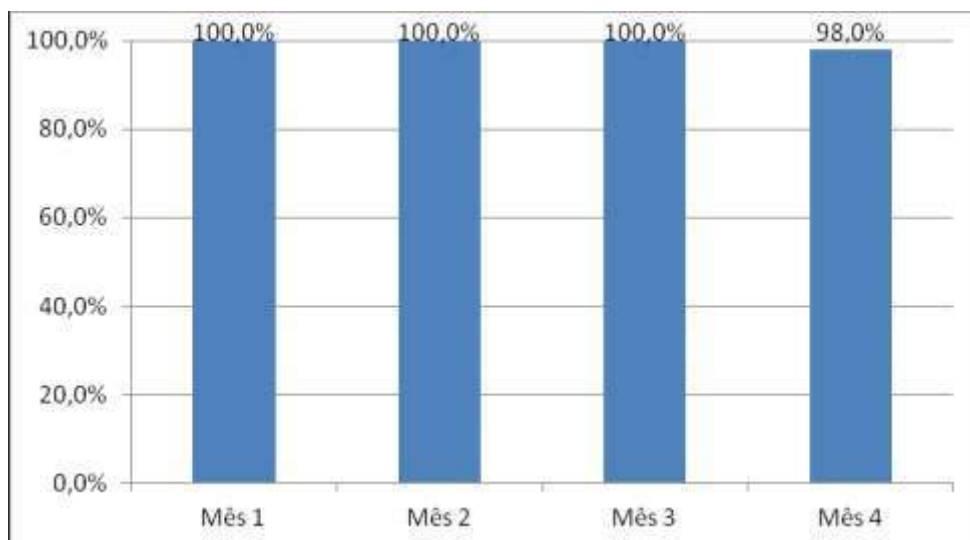


Figura 11 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

Em relação à avaliação odontológica a meta estabelecida foi de 50% para hipertensos e diabéticos, e foram alcançados 44% para hipertensos:

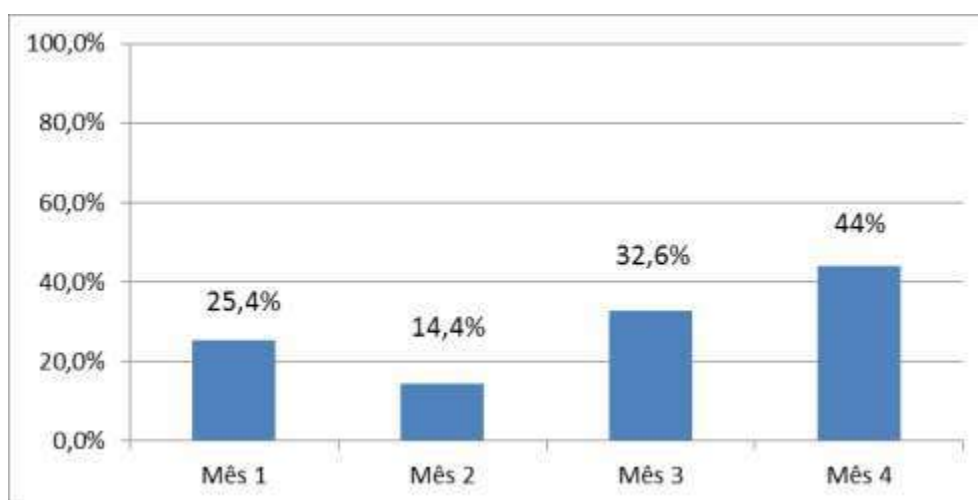


Figura 12 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu-se 16 (25,4%) hipertensos, no segundo mês 17 (14,4%), no terceiro mês 62 (32,6%) e no último mês de intervenção 107 (44%). E 54,9% para diabéticos:



Figura 13 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na UBS Panorama, Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu oito (42,1%) diabéticos, no segundo mês nove (32,1%), no terceiro mês 18 (45%) e no último mês de intervenção 28 (54,9%), conforme demonstra figura 13.

Gostaria de destacar que um dos grandes benefícios da avaliação odontológica foi a quantidade de lesões de boca encontrada nos pacientes examinados, 7% (10) apresentaram lesões de boca, encaminhados para biópsia e/ou avaliação da especialização odontológica.



Figura 14 - Lesão intra-oral localizada no palato (Abril, 2014), paciente usuário de prótese total.



Figura 15 - Lesão intra-oral localizada no palato (Maio, 2014), paciente usuário de prótese total.

Em relação à orientação nutricional superou a expectativa de 40% para hipertensos e diabéticos, conseguimos atingir 71,6% para hipertensos:

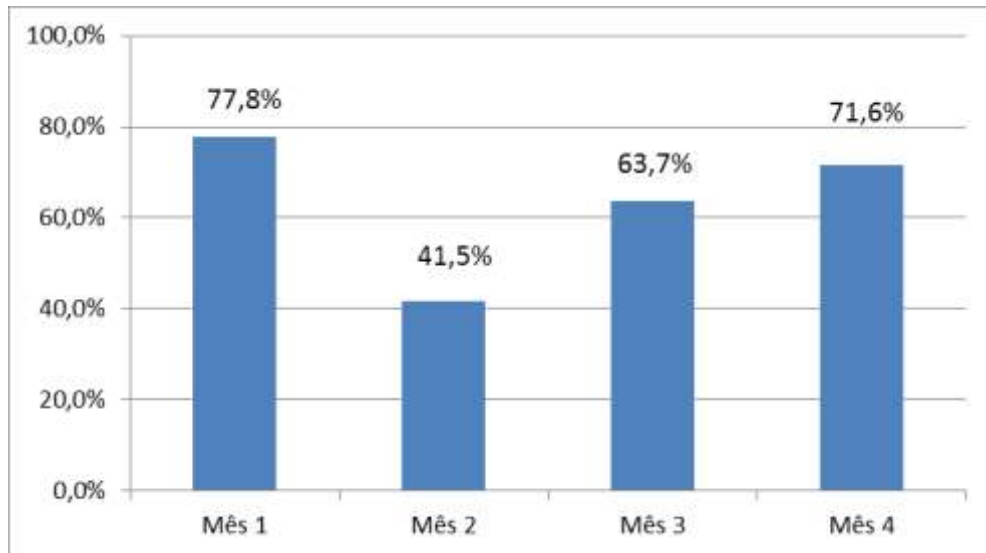


Figura 16 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu 49 (77,8%), no segundo mês 49 (41,5%), no terceiro mês 121 (63,7%) e no último mês de intervenção 174 (71,6%), conforme demonstra figura 16

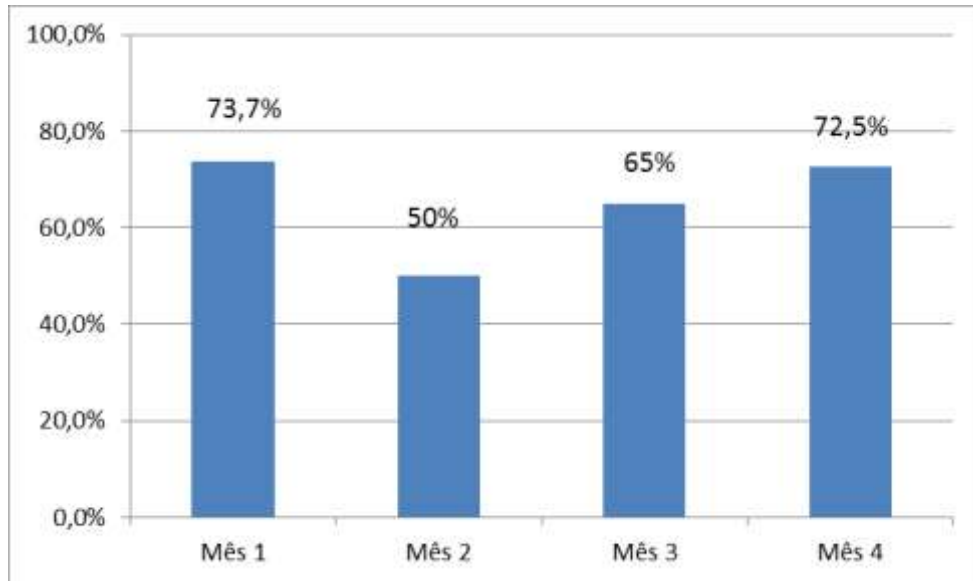


Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

E 72,5% para diabéticos, que gerou um grupo de acompanhamento para a nutricionista do NASF. No primeiro mês atingiu 14 (73,7%), no segundo mês 14 (50%), no terceiro mês 26 (65%) e no último mês de intervenção 37 (72,5%), conforme demonstra a figura 17.

A atividade física ficou abaixo da média, a meta estabelecida foi de 100% para hipertensos e diabéticos e atingiu 84,8% para hipertensos e 76,5% para diabéticos por conta de que a educadora física divide suas atividades com outras unidades e por isso não pode estar presente em todas as reuniões do grupo de orientação:

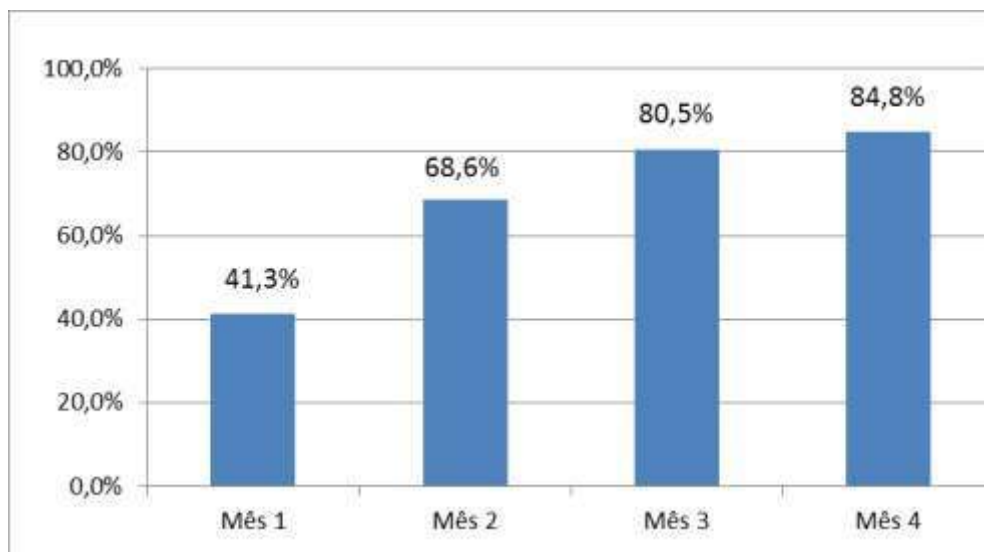


Figura 18 - Proporção de hipertensos sobre prática de atividade física regular na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês para os hipertensos, atingiu 26 (41,3%), no segundo mês 81 (68,6%), no terceiro mês 153 (80,5%) e no último mês de intervenção 206 (84,8%), conforme demonstra figura 18.

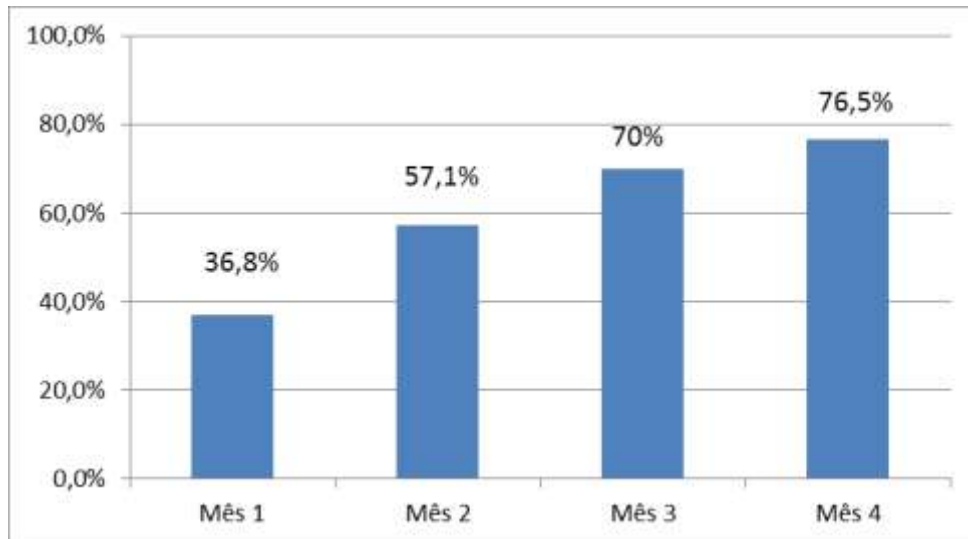


Figura 19 - Proporção de diabéticos sobre prática de atividade física regular na UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês para os diabéticos, atingiu sete (36,8%), no segundo mês 16 (57,1%), no terceiro mês 28 (70%) e no último mês de intervenção 39 (76,5%), conforme demonstra figura 19.

As orientações sobre tabagismo teve meta de 100% para diabéticos e hipertensos e conseguimos chegar muito próximo 97,9% para hipertensos.

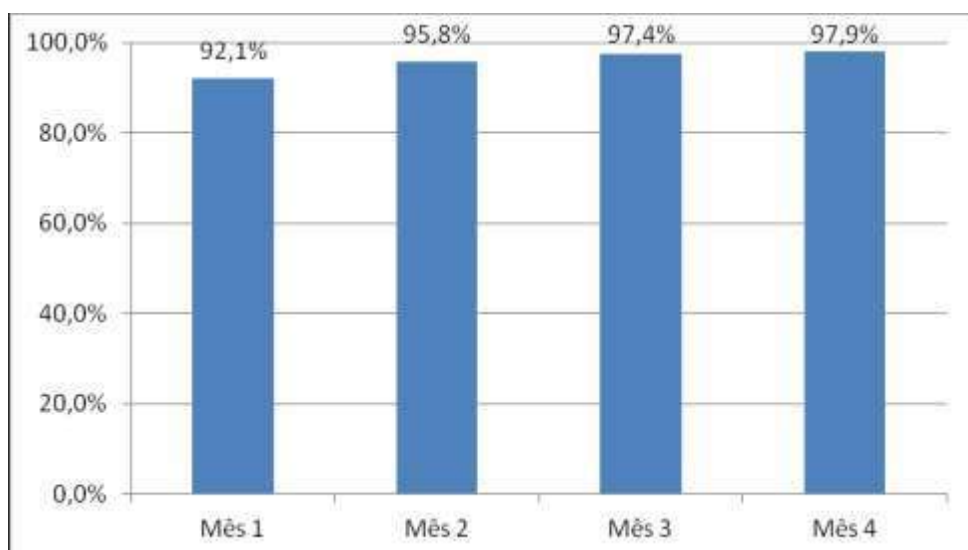


Figura 20 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

No primeiro mês atingiu 58 (92,1%) hipertensos, no segundo mês 113 (95,8%), no terceiro mês 185 (97,4%) e no último mês de intervenção 238 (97,9%), conforme demonstra figura 20.

E 98% para diabéticos, no primeiro mês atingiram 18 (94,7%), no segundo mês 27 (96,4%), no terceiro mês 39 (97,5%) e no último mês de intervenção 50 (98%), conforme demonstra figura 21.

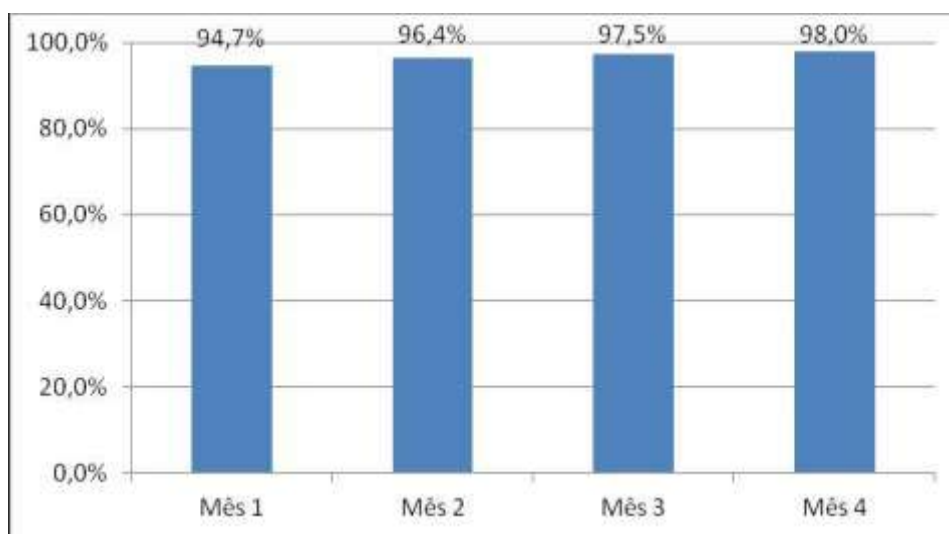


Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo UBS Panorama. Umuarama/PR, 2014.

Este resultado foi alcançado porque aproveitamos a estratificação de risco para orientar sobre o tabagismo conforme o atendimento, se compararmos podemos observar que: os diabéticos possuem o mesmo percentual para estratificação de risco e orientação sobre tabagismo, no caso do hipertenso temos 1,2% de acréscimo em relação à estratificação de risco que receberam orientação sobre o tabagismo, isto se deve porque são pacientes que mesmo que não realizaram estratificação de risco na hipertensão, mas participam do grupo terapêutico de tabagismo!

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde qualificou o atendimento de hipertensos e diabéticos, havia registros dos pacientes que pegavam a medicação na unidade, mas não se realizava busca ativa e monitoramento. Vale salientar que não se seguia protocolo para o atendimento, ou seja, em geral não havia muita dificuldade na adesão ao tratamento medicamento pelo paciente, mas não havia preocupação em estratificar risco e rotina de exames necessários.

O diferencial se refere à prevenção da odontologia que semanalmente tem encontrado alterações bucais importantes! A intervenção disciplinou a equipe ao uso do protocolo, com este treinamento mudou bastante a rotina em que todos profissionais na unidade têm responsabilidades específicas. Antes o trabalho se resumia em atendimento médico para os pacientes descompensados e somente para estes era realizada solicitação de exames de rotina, as auxiliares e técnicos de enfermagem realizava somente teste de glicemia e verificação de peso e pressão arterial, a enfermeira realizava orientação do uso da medicação e os ACS, somente convidava os pacientes mensalmente para comparecer na entrega de medicamentos, não se realizava acompanhamento odontológico/orientação sobre tabagismo, educação física e nutricionista como rotina. Esporadicamente realizamos evento para estas orientações.

Vale ressaltar que houve uma grande mudança em qualidade no que se refere aos exames laboratoriais de rotina que antes não se realizava, o cuidado de controle para que não falte a medicação da farmácia básica em especial para hipertensão e diabetes, o trabalho do NASF agora de maneira bastante organizada e o olhar da equipe em relação a rotina e assistência é perceptível o zelo e conhecimento.

Para adequar o trabalho desenvolvido pela equipe foi necessário mudar outras rotinas já existentes. No primeiro momento houve uma reação negativa da população, tanto para os pacientes específicos, que tiveram que dispor de um tempo maior para a realização de todo o processo da intervenção como para o público em geral que demonstrou insatisfação pela equipe estar dispondo de maior tempo a esta demanda, com o passar dos meses se percebeu uma tímida compreensão e início de adaptação da comunidade.

Apesar de ser perceptível a mudança na rotina em especial na atenção aos hipertensos e diabéticos, ainda não conseguimos perceber na íntegra o impacto do resultado na comunidade pelo pouco tempo de evolução da intervenção.

Entretanto já é possível apontar situações como, maior investimento da equipe, se iniciasse hoje a intervenção. Um ponto que se intensificaria e a capacitação para equipe, pois houve uma demora/dificuldade demasiada na adaptação dos profissionais.

A necessidade de ter me afastado por licença maternidade em meio à intervenção também prejudicou a evolução desta, por conta desta situação não houve muita possibilidade de discussão dos passos da estratégia de intervenção, foi

repassado de várias formas para a comunidade as mudanças estabelecidas, mas quando estas já estavam acontecendo. Penso que poderia ter sido feito com antecedência bem no início de todo o processo.

Agora no final da intervenção que foi possível visualizar com maior clareza o que poderia ter sido feito de maneira diferente. Portanto essa reflexão foi importante para darmos continuidade com mais tranquilidade/agilidade e conhecimento. Apesar da rotina já estar incorporada, temos que nos atentar para que os dados sejam adequadamente coletados e utilizados no monitoramento da atenção a população. Na atividade cotidiana da equipe, o que pretendemos desenvolver é uma parceria com a universidade local para agilizar o atendimento dos encaminhamentos odontológicos alterados, pois o CEO está com uma fila de espera longa e a universidade dispõe de profissional para este atendimento. Além disso, é também necessário pactuarmos com a central de regulação de consultas especializadas um fluxo de agendamento para as especialidades de cardiologia e endocrinologia, conforme protocolo com a finalidade de termos maior agilidade no acesso dos pacientes a estas consultas.

Por fim cabe discutirmos com o analista de sistema responsável, a possibilidade de incorporar a ficha espelho e monitoramento no sistema que usamos, para diminuirmos a quantidade de papéis e otimizar a utilização do tempo que se dispõe, tendo em vista o tempo em que se leva para preenchimento manual e compreensão, quando a escrita do colega é pouco legível. Já estamos discutindo com a equipe a possibilidade de usarmos a ficha espelho e monitoramento para todos os programas.

4.3 Relatório de intervenção para o gestor

A Estratégia Saúde da Família do Panorama realizou a intervenção para hipertensos e diabéticos com a finalidade de qualificar o atendimento para esta demanda. Temos 570 hipertensos vinculados à unidade, em que a meta estipulada foi de atingir 60% de cobertura pelo programa, entretanto ao final de quatro meses atingiu-se 243 (42,6%) e temos 141 diabéticos em que a meta estipulada para cobertura foi de 50% e atingiu-se 51 (36,2%).

Compreendemos com o trabalho de intervenção que a prevenção para estas patologias não se resume em controle do uso de medicamento como vinha

sendo desenvolvido. Com a incorporação da rotina foi possível observar a qualidade no atendimento direcionado pelo protocolo, em que realizamos consulta médica/enfermagem, com estratificação de risco, exames laboratoriais e orientações pertinentes, como: atividade física, tabagismo e nutrição, sem contar a triagem odontológica que conseguiu trazer dados imediatos de casos alterados e com todos os dados monitorados semanalmente, sendo realizada busca ativa dos faltantes.

No final dos quatro meses tiveram 56 hipertensos faltosos em que conseguimos realizar busca ativa de 48 (85,7%) e oito diabéticos faltosos com busca ativa de sete (87,5%). Realizamos capacitação todas as semanas para a equipe a fim de que todos contribuíssem e pudessemos aproveitar todas as oportunidades possíveis, por exemplo, no dia da entrega de medicamento, a equipe inteira está voltada para o atendimento destes, cada profissional com sua função específica qualificando o atendimento em que se destacam alguns resultados, como: os exames clínicos segundo protocolo alcançamos (191) 78,6% para hipertensos e (35) 68,6% para diabéticos e os exames complementares, (183) 75,3% para hipertensos e (34) 66,7% para diabéticos, podemos perceber que os exames complementares foram realizados em quase a totalidade dos pacientes que realizaram exames clínicos específicos.

Durante o desenvolvimento da intervenção observamos que poderíamos ter maior resolutividade se pudesse contar com algumas benfeitorias necessárias, por exemplo, temos usuários que possuem limitação para deambular e necessitam de atendimento ao domicílio e fazem uso de algum tipo de medicação dentre eles medicamentos para hipertensão e diabetes, sendo o carro disponível somente uma vez por semana restringe nosso atendimento conforme a necessidade, outro fator que dificulta nosso trabalho é a falta de calibragem nos aparelhos de pressão arterial que sem dúvida é a ferramenta primordial para esta prevenção e precisamos realizá-la com segurança e por fim se for possível corrigir a entrada da unidade que possui barras para cadeirante como preconizada, mas, no entanto a entrada possui um ressalto no piso o que impossibilita o trânsito dos mesmos.

Vale lembrar que tivemos o apoio desta gestão que confiou no nosso trabalho permitindo cotas de exames laboratoriais necessárias e colaborou nos momentos de falta de medicamentos, e para que a continuidade do trabalho tenha a mesma qualidade, precisamos discutir uma rotina com o agendamento para as

especialidades: cardiologia e endocrinologia. E para que a equipe mantenha a rotina vamos manter a capacitação uma vez por semana e para aumentar a adesão dos pacientes precisamos intensificar a divulgação para a comunidade.

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

A Estratégia Saúde da Família do Panorama realizou um trabalho para melhorar a qualidade do atendimento de hipertensos e diabéticos, visto que existe uma grande procura de usuários todos os dias na unidade por conta diabetes e hipertensão descompensada e/ou por outras consequências referentes a estes descontrole. Temos 570 hipertensos vinculados à unidade, em que a meta estipulada foi de atingir 60% de cobertura pelo programa, entretanto ao final de quatro meses atingiu-se 243 (42,6%) e temos 141 diabéticos onde a meta estipulada para cobertura foi de 50% e atingiu-se 51 (36,2%).

No início algumas atividades da UBS sofreram restrição para que houvesse aproveitamento em todos os momentos possíveis para coleta de dados necessários e organização da intervenção, logo que a rotina foi incorporada compreendemos que a prevenção para hipertensão arterial e diabetes não se resume em controle do uso de medicamento como vinha sendo desenvolvido, foi possível observar a qualidade no atendimento direcionado, onde realizamos consulta medica/enfermagem, com estratificação de risco, observando se a necessidade do usuário era de atendimento básico ou de maior complexidade onde necessitaria de especialista, exames laboratoriais específicos que fazem o controle evitando consequências maiores para saúde, e orientações pertinentes, como: atividade física, tabagismo e nutrição, cuidados essenciais para manter os níveis da pressão arterial e diabetes controlados, sem contar a triagem odontológica que conseguiu trazer dados imediatos de casos alterados, conseguimos encontrar lesões de boca importantes onde estão sendo avaliados por especialista, sendo que para isso bastou uma avaliação visual da profissional de odontologia, e com todos os dados monitorados semanalmente, sendo realizada busca ativa dos faltantes.

Vale lembrar que tivemos o apoio do Gestor que confiou no trabalho permitindo cotas de exames laboratoriais necessárias e colaborou nos momentos de falta de medicamentos. A nova rotina terá continuidade, mas precisamos melhorar e intensificar a divulgação para comunidade e as orientações para equipe, a fim de que se mantenha o monitoramento e não se perca a qualidade no atendimento.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

E interessante observar que, quando iniciei o curso a ideia da especialização se referia a algo distante que deveria ser direcionado a saúde da família, esta era a minha expectativa, com o desenvolvimento das atividades elaboradas e o início da intervenção foi clareando o objetivo da especialização de maneira bastante concreta e de forma surpreendente, afinal ela se fez presente no meu dia a dia, em cada atividade, orientando mudanças de conceitos. Por exemplo, não compreendia a necessidade de um conselho de saúde e posso dizer inclusive que não conseguia perceber os benefícios de acolher a “fala” dos participantes, na evolução do engajamento público, não havia uma percepção em relação à possibilidade de resolutividade através do uso de governabilidade em situações agravantes, como: criar uma estratégia quando faltar medicação na farmácia básica ou houver ausência do profissional médico.

E no que diz respeito diretamente ao trabalho, a organização incorporada valorizou a assistência através dos resultados monitorados, e se fez compreender a necessidade de realizar os passos do protocolo para que se desenvolva em cada um deles a prevenção de maneira qualificada. Observo que somente terminou o período de acompanhamento, mas o processo é contínuo e evolutivo.

Vejo que o conhecimento produziu um olhar diferente, faz sentido fazer acontecer a Estratégia Saúde da Família em cada profissional quando se faz a diferença, na busca ativa do ACS que é imprescindível para continuidade do acompanhamento ou na triagem da odontóloga que traz números de casos alterados de pacientes que não procuraram a unidade por livre e espontânea vontade, mas por estratégia de prevenção, e por fim é perceptível a necessidade de se manter continuamente treinamento para que se percebam as intercorrências e não se perca o foco.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde - Vigitel , 2011.

ANEXO

Anexo C - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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