

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

**Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhorias no Atendimento a Pacientes Hipertensos e Diabéticos da Unidade
Básica de Saúde de Estação – RS**

Guilherme Pucci Stangler

Pelotas, 2015

Guilherme Pucci Stangler

**Melhorias no Atendimento a Pacientes Hipertensos e Diabéticos da Unidade
Básica de Saúde de Estação – RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Luíza Parcianello Cerdótes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S784m Stangler, Guilherme Pucci

Melhorias no atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Estação - RS / Guilherme Pucci Stangler ; Ana Luíza Parcianello Cerdótes, orientadora. — Pelotas, 2014.

106 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. Doenças crônicas. 4. Hipertensão arterial sistêmica. 5. Diabetes Mellitus. I. Cerdótes, Ana Luíza Parcianello, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

**Dedico este trabalho a meus pais,
avós e à minha companheira Juliana**

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo amor incondicional e estímulo para seguir sempre em frente.

Aos meus avós, pelo exemplo de humanidade e compaixão.

À minha companheira pela dedicação diária à realização de nossos sonhos.

Ao meu irmão, pelo companheirismo além dos laços de sangue.

À Universidade de Passo Fundo e seus professores, pela instrumentalização de uma vocação.

À Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

A Deus, pela oportunidade de exercer a arte da medicina em todas as suas dimensões.

Obrigado.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.	70
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.	71
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	71
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	72
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	73
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	73
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.	74
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.	74
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	75
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	75
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	76
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	76
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	77

Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	77
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	79
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	79
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	80
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	80
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	80
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	81
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	81
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	81
Figura 25	Comparativo entre cobertura esperada (meta) e obtida após intervenção.	87
Figura 26	Palestra na comunidade sobre alimentação saudável e exercício físico	91
Figura 27	Material impresso para divulgação do programa e educação em saúde.	92
Figura 28	Material adquirido com recurso do município para permitir o adequado exame físico dos pacientes hipertensos e diabéticos.	92

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitária de Saúde
BCG	Vacina com Bacilo de Calmette-Guérin
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
DM	Diabetes mellitus
ECG	Eletrocardiografia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da imunodeficiência Humana)
IDEAU	Instituto de Desenvolvimento Educacional Alto Uruguai
MS	Ministério da Saúde
PAHD	Programa de Atenção do Hipertenso e Diabético
PI	Projeto de Intervenção
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informações Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1	Análise situacional	13
1.1	Análise situacional inicial	13
1.2	Relatório da análise situacional	15
1.3	Comparativo entre análise inicial e relatório situacional	25
2.	Análise estratégica	28
2.1	Justificativa	28
2.2	Objetivos e metas	29
2.3	Metodologia	32
2.3.1	Ações	32
2.3.2	Indicadores	45
2.3.3	Logística	53
2.3.4	Cronograma	58
3.	Relatório de intervenção	59
3.1	Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	60
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	64
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados	65
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	66
4	Avaliação da intervenção	67
4.1	Resultados	67
4.2	Discussão	81
4.3	Relatório da intervenção para os gestores	84
4.4	Relatório da intervenção para a comunidade	88
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	92
6	Referências bibliográficas	95
	Anexos	97
	Apêndices	101

STANGLER, Guilherme Pucci. **Melhorias no Atendimento a Pacientes Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Estação – RS**. 2015. 109f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família - EAD) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Resumo

O presente trabalho de conclusão de curso é o resultado da necessidade contínua de melhorias no atendimento aos pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Através de ferramentas diagnósticas, foi possível perceber a extrema necessidade de instrumentos para qualificar a qualidade dos atendimentos, registros e capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica do município de Estação, Rio Grande do Sul. Juntamente com orientadores da Universidade Federal de Pelotas, foi realizada intervenção situacional na Unidade Básica de Saúde, com objetivo de estruturar um novo modelo assistencial aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Através de palestras, material informativo, consultas médicas e odontológicas, além de capacitação profissional, o projeto de intervenção obteve os seguintes resultados: 35,2% (155 de aproximadamente 440 usuários) de cobertura de hipertensos e 80% (72 de aproximadamente 90 usuários) de diabéticos, mantendo as metas de qualidade em 100%. Ao atingir suas metas de cobertura, o projeto trouxe melhorias para o atendimento na UBS, pois foi capaz de reestruturar a maneira como os pacientes portadores de enfermidades crônico-degenerativas são tratados no município em questão, ajudando a prevenir mortes evitáveis e morbidade permanente.

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

Abstract

The following coursework is the result of a continuous need for improvement in patient care within the Unified Health System (Brazilian healthcare program). Through diagnostic methods, it was possible to realize the urgent need for tools to qualify patient care as well as medical records and continuous education of healthcare professionals in the city of Estação, Rio Grande do Sul. With guidance from advisors from the Federal University of Pelotas, a situational intervention was designed with the purpose of structuring a new model to treat patients bearing illnesses such as Systemic Arterial Hypertension and Diabetes mellitus. Through lectures, creation of reading material, medical and dentistry check-ups besides professional education, the intervention ended with the following results: 35,2% (155 of approximately 400 patients) coverage of patients treated for high blood pressure and 80% (72 of approximately 90 patients) for diabetes mellitus. When achieving its goals, the Project was able to increase quality in patient care in this unit, for it succeeded in restructuring the way patients with chronic-degenerative diseases were treated, helping to prevent avoidable deaths, as well as permanent morbidity.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Chronic Disease; Diabetes Mellitus; Hypertension.

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC), realizado como parte integrante da conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas tem como objetivo estudar a situação de saúde no município de Estação – RS, bem como propor e testar soluções para a solução das deficiências encontradas nesta análise.

Guiado pelos orientadores da UFPel, foram realizados diagnósticos situacionais do município, com identificação de fraquezas passíveis de correção. Ao finalizar essa etapa, foi possível perceber o grande desconhecimento dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o número e estado de tratamento de seus pacientes hipertensos e diabéticos, em contraponto com serviços muito bem organizados como controle de câncer de mama e colo do útero.

As doenças cardiovasculares ocupam, no Brasil, o primeiro lugar em índices de mortalidade por causas (MS, 2013). Entre os principais fatores que colaboram para a manutenção desses altos índices destacam-se a elevação crônica da pressão arterial e a manutenção de altos níveis glicêmicos sanguíneos.

Tendo em vista a importância dessas duas patologias, bem como a necessidade do município de Estação de um melhor controle dos seus pacientes hipertensos e diabéticos, abordar-se-ão esses dois assuntos como tema central do presente volume e da intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde.

Ao final, discutem-se os resultados obtidos e o significado dos mesmos para os profissionais e pacientes do SUS em Estação, bem como faz-se um prospecto do esperado para os próximos anos no tocante ao serviço de saúde nesse município.

1 Análise Situacional

1.1 Análise situacional inicial

Ao chegar em Estação, algumas coisas chamam atenção. Logo ao entrar na cidade, é possível perceber que trata-se de um município pequeno, com boa parte de seus munícipes residindo na área rural e a parcela da população urbana vivendo especialmente do setor de indústria e de serviços. No caminho até a Unidade Básica de Saúde, é possível perceber também que a população preza pela limpeza e organização da cidade.

Inscrevi-me no PROVAB pois vi no programa uma ótima maneira de aliar vários pontos positivos, tais como: boa remuneração através da bolsa, realização de uma especialização e bonificação nos concursos de residência médica. Com a concorrência cada vez maior no mercado de trabalho, acredito que a especialização em saúde da família, além de uma excelente oportunidade de aprendizado, será um diferencial em meu currículo.

Minha principal expectativa com relação ao curso de Especialização em Saúde da Família é qualificar o atendimento à população através do melhoramento pessoal e da capacidade diagnóstica, além de modificar as possíveis falhas de cobertura e atuação da ESF no âmbito do SUS.

Chegando na UBS, fui muito bem recebido por toda a equipe de saúde e fui levado conhecer todas as dependências da unidade. Ao conversar com a Secretária de saúde, definimos o horário de trabalho bem como o dia de folga para a realização da especialização e quando seria realizado o mês de férias.

Os atendimentos são realizados de segunda a quinta-feira, durante manhã e tarde, sendo que 50% das fichas são destinadas a pacientes com horário marcado e 50% para demanda espontânea. Além disso, atendemos qualquer acolhimento de

urgência durante os turnos. As atividades de educação em saúde também são realizadas, de acordo com o cronograma realizado pela própria equipe, sendo que são palestrantes os seguintes profissionais: psicóloga, odontólogo, médico e enfermeira.

São realizados atendimentos gerais, incluindo pré-natal e puericultura (a unidade conta com o apoio de um ginecologista-obstetra e de uma pediatra, mas caso seja necessário todos os médicos estão disponíveis e aptos a atender estes pacientes, especialmente no caso de intercorrências). Na quarta-feira à tarde, destino o turno para a realização de pequenas cirurgias ambulatoriais em um ambiente preparado para isso.

É reservado um horário nas quartas-feiras pela manhã para que as reuniões semanais de equipe ocorram. Este horário foi escolhido para ter o menor impacto possível sobre as atividades de assistência em saúde na UBS.

O processo de trabalho geralmente é tranquilo, sendo que os profissionais raramente tem que lidar com excesso de demanda, podendo exercer suas atividades de maneira digna e adequada. A UBS conta atualmente com três médicos generalistas, um ginecologista-obstetra e uma pediatra, de modo que os atendimentos são planejados, agendados e ainda assim sobram vagas para os acolhimentos.

A maior dificuldade encontrada até o momento está em referenciar os pacientes para outras especialidades, bem como realizar exames de média e alta complexidade, o que acredito que seja uma queixa comum a todas as unidades do estado. Infelizmente, os pacientes com problemas mais graves muitas vezes esperam cerca de 6 meses até uma consulta com o especialista.

Na região, em virtude do trabalho ser essencialmente braçal, temos muitos casos de pacientes com problemas osteomusculares, de modo que um grande apoio é o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que aceita referência de uma cota mensal de pacientes, visando agilizar consultas com traumatologistas e exames como ressonâncias e tomografias, naqueles pacientes que se enquadram como trabalhadores.

Atualmente a unidade está abrigando duas Equipes de Saúde da Família (ESF), de modo que o atendimento médico e de enfermagem por vezes não é

territorializado. Em breve, uma das equipes estará deslocando-se para um novo espaço físico, o que permitirá uma maior adstrição da clientela. O território da equipe na qual estou inserido não apresenta áreas de grande pobreza ou miséria, de modo que as maiores preocupações estão na prevenção e detecção de doenças crônicas não tratadas.

Como metas principais em 2014, a ESF definiu: maior controle sobre o controle do rastreamento de câncer de colo uterino e mama; melhoria no controle de doenças crônico-degenerativas; controle de doenças infectocontagiosas e ampliação da gama de profissionais disponíveis na UBS.

Por ser um município pequeno, não há um Conselho local de saúde, apenas o Conselho Municipal, composto de maneira paritária entre usuários e demais participantes e delibera sobre as atividades a serem desenvolvidas no município.

A UBS conta com uma estrutura física antiga e uma nova, sendo que a última já encontra-se plenamente adaptada às solicitações do Ministério da Saúde (MS). A parte antiga, no entanto, ainda necessita de reformas nos espaços de dispensação e estocagem de medicamentos, além da criação de uma sala de nebulização e uma sala de para as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

As condições dos consultórios são ótimas, possuindo metragem adequada, boa iluminação, espaço para a maca e para acompanhantes dos pacientes. Além disso, o material para exame físico completo está disponível, incluindo otoscópios, oftalmoscópios e oxímetro de pulso. Caso necessário, está disponível na unidade o equipamento para atendimento de urgências, com as medicações mais utilizadas e material para intubação orotraqueal. Além disso, está disponível na unidade um ECG, que pode ser utilizado a qualquer momento em caso de dúvida diagnóstica por parte dos médicos.

Os fármacos são distribuídos amplamente tanto na farmácia do município e quanto nas farmácias privadas pelo programa Saúde não tem preço, de modo que a maioria da população adere aos tratamentos propostos, não encontrando dificuldade em adquirir sua medicação.

A referência hospitalar de nossa UBS é o Hospital São Roque, em Getúlio Vargas, distando cerca de 6 quilômetros da UBS. Os casos mais graves são

rapidamente levados para lá e, caso não consigam resolver o caso do paciente, o mesmo habitualmente é transferido para Erechim ou Passo Fundo.

Esta é a situação de saúde atual do município de Estação, onde muitos critérios já estão adequados, mas ainda há espaço para melhora, especialmente no acesso às especialidades e na introdução de novas medidas de educação e prevenção em saúde. Durante este ano, espero poder auxiliar na construção e ampliação dessas novas políticas de saúde, consolidando um modelo de atendimento centrado no indivíduo.

1.2 Relatório da Análise situacional

O município de Estação, emancipado de Getúlio Vargas em 1988, tem como marco do início do seu desenvolvimento a construção da estrada de ferro, pela qual aportaram os primeiros imigrantes colonizadores. Os imigrantes, em sua maioria italianos, alemães, poloneses e caboclos, introduziram na região, primariamente pecuarista, a agropecuária diversificada e a viticultura, além da cultura do milho, do trigo e do feijão. Com a falência do sistema ferroviário, a capacidade do município de transportar suas mercadorias e sua atividade de produção sofreram mudanças que originaram profundo impacto na vida e na saúde dos seus habitantes.

Hoje, Estação conta com cerca de 6011 habitantes, distribuídos em uma extensão territorial de mais de 100km. Nos últimos anos, houve um crescimento significativo do êxodo rural, tendo como resultado a permanência de apenas 991 pessoas no campo. Enquanto isso, indicadores de educação apontam para um maior nível de escolaridade entre os jovens, que buscam empregos na região urbana e em outros municípios.

Possui uma UBS central, sendo que nesta trabalham duas equipes de saúde da família, responsáveis pela atenção básica no município. Além disso, a cidade conta com um hospital de referência em município vizinho, que possui centro cirúrgico, centro obstétrico e leitos internação clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, onde eventualmente são enviados pacientes que necessitem atendimento de urgência/emergência.

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) já está aprovado pelo município e será implantado durante o próximo ano, com contratação dos novos profissionais para prestar assistência às ESF. Durante este ano também será inaugurada área física da segunda UBS, com o conseqüente deslocamento de uma das equipes para a área nova, permitindo mais comodidade aos usuários por ter a opção de uma UBS mais próxima de sua residência. Atualmente, o município não conta com o apoio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), mas está firmando um contrato com a faculdade de odontologia da IDEAU para prover essa assistência aos pacientes que necessitarem.

Os exames complementares são acessíveis à maioria da população, assim que solicitados pelos profissionais. Exames de sangue e radiológicos simples são geralmente realizados habitualmente na mesma semana da solicitação. Os exames radiológicos complexos, como tomografias e ressonâncias magnéticas, ou exames especializados como estudo urodinâmico e espirometria são habitualmente realizados na referência do município, que é Erechim. A média de espera para estes exames é de três a quatro meses, ainda longe do ideal, mas adequada levando em conta a média de outros municípios.

As consultas com o especialista são geralmente encaminhadas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou por convênios de especialistas com a prefeitura. A unidade conta com ginecologista e pediatra com carga horária de 20 horas, havendo alta resolutividade dos problemas mais comuns, evitando a busca pela atenção de especialistas externos. A média de espera por uma consulta em atenção especializada é de dois meses para especialidades comuns, mas pode chegar a até 6 meses para consultas com nefrologista ou pneumologista, por exemplo.

A UBS encontra-se localizada no perímetro urbano do município, possuindo fácil acessibilidade aos pacientes moradores das diversas partes da cidade. A equipe é formada por: dois médicos, uma enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 6 agentes comunitárias de saúde (cobrindo 100% da área da equipe). Até o ano de 2013 a UBS recebia para estágios de técnico em enfermagem os alunos da faculdade IDEAU, mas durante este ano ainda não foi solicitado pela faculdade.

As condições dos consultórios são muito boas, fornecendo um excelente

ambiente para o correto exercício da prática médica. São salas bem iluminadas, arejadas, com espaço adequado e material de exame físico sempre limpo e calibrado.

A estrutura da UBS também permite, na sala de procedimentos, a realização de pequenas cirurgias ambulatoriais. Esse serviço é de muita importância para o município, especialmente porque evita o encaminhamento do paciente a serviços secundários e terciários por problemas que podem ser facilmente resolvidos no âmbito da própria UBS. São realizados procedimentos como: biópsias de pele, drenagem de pequenos abscessos, cantoplastias e retirada de lesões suspeitas para câncer de pele.

No tocante à assistência farmacológica, o município tem um bom estoque da maioria das medicações de uso rotineiro. Em alguns casos, quando a prefeitura não dispõe dos medicamentos, é realizada a compra emergencial ou ajuda de custo para aquisição dos mesmos. Raramente há falta de alguma das medicações mais prescritas, evidenciando que o sistema de aquisição e distribuição é muito bem controlado. Adicionalmente, o uso do programa da Farmácia Popular também auxilia a população a ter acesso ao tratamento adequado.

A acessibilidade da estrutura é boa, havendo corrimãos nos corredores, escadas e rampas e ausência de tapetes em áreas comuns ou onde possam causar acidentes, especialmente com pacientes idosos. A Unidade possui também banheiro com acesso a deficientes físicos.

Há cerca de 8 anos a situação dos materiais para o trabalho dos cirurgiões-dentistas era péssima, não havendo nem mesmo luvas descartáveis para o atendimento. Essa situação mudou com o investimento de aproximadamente 70 mil reais na compra de duas estações completas e de todo o material necessário para restaurações e pequenos procedimentos de dentística. Atualmente, não há falta de equipamentos para a realização dos procedimentos mais comuns na área odontológica.

O material de vacina é adequado para a realização das atividades propostas. Todas as vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde encontram-se em estoque para pronta utilização, sendo que são realizados aqui inclusive o teste do pezinho e a BCG. A única vacina de uso rotineiro que não encontra-se na unidade é a Pneumocócica 23-valente, mas que é facilmente conseguida com o Centro de referência para imunobiológicos especiais (CRIE) caso seja necessária. Na sala de vacinas também está disponível material para lidar com as reações adversas às

imunizações, como oxigênio, adrenalina e material de intubação.

Os testes rápidos realizados rotineiramente na UBS são os de HIV, sífilis, hepatite B e C, sendo que os profissionais de enfermagem já foram capacitados para seu uso em abril deste ano.

Creio que as maiores deficiências de nossa área física estejam atreladas às instalações antigas, que não possuem ainda todas as especificações propostas pelo Ministério da Saúde e acabam por vezes sendo muito pequenas para a realização das atividades. Além disso, sente-se falta na unidade de uma sala onde seja possível deixar pacientes em observação para posterior liberação. Hoje, isso é feito na própria sala de espera ou em consultório vago, mas eventualmente será necessária a criação de um espaço próprio para este fim.

A ESF funciona de maneira eficiente, sendo que cada pessoa sabe exatamente o seu papel e suas atribuições. As agentes de saúde são responsáveis pelo cadastramento da população em nossa área, bem como por levantar as comorbidades da população, definir risco e vulnerabilidade social e servir como meio de comunicação entre a UBS e o usuário, levando informações pertinentes à saúde e trazendo para a Unidade as reclamações, dúvida e sugestões da população.

A enfermeira é responsável pela coordenação do trabalho das ACS, pela reunião e apresentação dos dados obtidos e pela avaliação e implantação de novas ações de saúde pública. Além disso, presta auxílio aos técnicos de enfermagem e aos médicos em caso de dúvidas sobre procedimentos e curativos. Também são as responsáveis por realizar a coleta do citopatológico de colo uterino e pela realização dos testes rápidos.

As técnicas e auxiliares de enfermagem são responsáveis pela aplicação de medicações, realização de curativos, medida dos sinais vitais antes das consultas e também pelo auxílio aos médicos durante os procedimentos de pequenas cirurgias.

O cirurgião dentista e a auxiliar em saúde bucal são responsáveis por programar, executar e avaliar a saúde bucal no município. Além disso, o cirurgião-dentista também tem a responsabilidade de realizar palestras no âmbito comunitário sobre promoção e manutenção da saúde bucal.

Os médicos tem a função de realizar o atendimento médico à população com demanda programada e espontânea. Além disso, são também responsáveis por

realizar tarefas educativas em escolas, empresas e centros comunitários, visando a promoção e recuperação da saúde sempre que for possível. Os médicos também realizam o cuidado domiciliar, juntamente com as ACS, mantendo um olhar mais próximo daqueles usuários que mais necessitam.

De uma forma geral, não há grandes falhas a serem corrigidas. Uma maior avaliação dos fatores de risco e patologias na população talvez seja necessária, sendo que nem sempre as informações são processadas rapidamente, o que dificulta o processo de conhecimento da população e a formulação de novas ações em saúde. Para contornar este problema, estamos realizando junto às ACS um mutirão para levantar dados da população e obter um perfil mais fidedigno à realidade do município.

A população abrangida pela equipe é de 3585 pessoas, de um total de 6011 habitantes do município. A população é composta majoritariamente por mulheres e possui algumas características demográficas próprias, como a baixa natalidade e o predomínio da população idosa. A observação desses indicadores é uma reflexão do êxodo que aconteceu, principalmente entre os jovens, de pessoas buscando oportunidades melhores de estudo e emprego nas grandes cidades próximas.

Como equipe, somos capazes de dar apoio a este número de pessoas adequadamente, sendo possível manter em alguns turnos atividades educativas e de visitas domiciliares sem prejudicar o acolhimento e a atenção à demanda espontânea. As agentes comunitárias de saúde também referem que são designadas a um número adequado de famílias, permitindo atenção adequada segundo os moldes do Ministério da Saúde (MS).

A maior parte das consultas realizadas na UBS é obtida através de agendamento prévio com as secretárias, sendo que aproximadamente dez fichas por turno ficam reservadas para a demanda espontânea. Habitualmente não há excesso de demanda pois o serviço é bem organizado e a população bem orientada sobre a maneira correta de utilizar as benfeitorias da UBS. Dessa forma, é possível evitar filas e longas esperas por consultas, bem como evitar que as pessoas tenham necessidade de chegar muito cedo para obter ficha de atendimento.

Quando há excesso de demanda habitualmente procede-se da seguinte maneira: se é algo que possa ser resolvido na UBS rapidamente é realizado o acolhimento e o atendimento extra. Caso o usuário procure o posto com alguma

patologia que irá requerer um período de observação maior, geralmente encaminhamos o mesmo para o pronto-socorro de Getúlio Vargas, que possui mais equipamentos e equipe à sua disposição.

Dessa forma, o serviço é capaz de atender satisfatoriamente a população do município, garantindo o acesso à saúde, bem como sendo acolhida de maneira integral em todas as suas necessidades pela equipe.

A puericultura em nossa UBS é realizada de forma rotineira, estando disponível cinco dias por semana, durante os dois turnos de funcionamento. Para o atendimento, estão disponíveis dois médicos generalistas e uma especialista em pediatria, que atende vinte horas semanais. Os registros de puericultura são realizados no próprio prontuário do paciente, possuindo uma ficha especial mas ficando guardado junto ao prontuário familiar, o que dificulta o acesso a algumas informações, pois torna mais difícil a identificação de crianças com atrasos em suas ações programadas.

A cobertura da puericultura é de 100%, sem haver excesso de demanda, pelo simples fato de contarmos com boa carga horária médica e pela natalidade do município ser abaixo da média brasileira. Além disso, possuímos muitas crianças que realizam acompanhamento de puericultura através de convênios e no sistema privado.

No momento, trinta e cinco crianças abaixo de um ano estão sendo acompanhadas na UBS, sendo que dessas apenas 2 estão com atrasos de mais de sete dias em suas consultas. A cobertura vacinal é de 100%, sendo realizada a busca ativa das crianças faltosas. A primeira consulta habitualmente é realizada dentro de 7 dias, na qual aproveita-se para realizar o teste do pezinho e revisar o status das vacinas realizadas no hospital. Durante essa consulta e em todas as subsequentes, é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e são repassadas orientações sobre alimentação saudável para a mãe e a criança, bem como reforço ao aleitamento materno, orientações sobre mamadas e prevenção de acidentes domésticos. A cobertura de saúde bucal nas gestante é quase total, sendo que a mãe é ensinada, durante a consulta, como realizar a higiene bucal da criança em todas as fases do desenvolvimento. Essa orientação também é realizada durante palestra realizada pelos dentistas durante o grupo de gestantes.

Avaliando nosso programa de puericultura através é possível perceber algumas falhas: Primeiro, o registro de puericultura é realizado em formulário especial mas fica guardado junto com prontuário familiar, o que dificulta a revisão das consultas atrasadas, com exceção do espelho de vacinas, que é guardado em local separado e revisado mensalmente. Segundo, não há nenhum grupo de puericultura na UBS. Por último, é ainda possível destacar que, pela falta de pessoal, não é realizado um controle adequado da qualidade do programa, sendo que não são emitidos relatórios periódicos sobre o mesmo. Sobre a resolução desses problemas, será possível resolver em curto prazo apenas o problema do arquivamento, já que os outros dois problemas dependem exclusivamente de pessoal contratado, o que dificulta sua resolução imediata.

A assistência de pré-natal no município de Estação é realizada com cobertura de 100% de suas gestantes. O município conta pra tal com o apoio de dois médicos do PSF e de um ginecologista-obstetra, que atende cerca de vinte horas semanais. O município tradicionalmente já registra uma queda nos níveis de natalidade de sua população, o que evidencia a baixa procura para assistência de pré-natal na unidade, muito abaixo das estimativas do caderno de ações programáticas.

O acesso das gestantes à nossa UBS é facilitado, acolhendo em todos os turnos quaisquer mulheres que procurarem o posto de saúde para planejamento familiar, anticoncepção, planejamento da gestação e diagnóstico de gestação ou mesmo aquelas que ingressam vindas de outra unidade e que já iniciaram seu pré-natal.

As consultas, pela disponibilidade de um ginecologista-obstetra, acabam sendo em sua grande maioria sendo realizadas pelo mesmo, principalmente pelo fato de que ele já as atende como ginecologista da unidade, respeitando o princípio de longitudinalidade do cuidado. O papel dos médicos generalistas no pré-natal é essencialmente atender intercorrências agudas nessas gestantes, como problemas clínicos e cirúrgicos não relacionados à gestação.

O registro dos pré-natais é feito no SISPRENATAL e em formulários e prontuários diferenciados, de modo que podem ser facilmente revisados caso necessário para garantir que todas as gestantes sejam adequadamente acompanhadas e estejam em dia com suas consultas, vacinas e exames.

Os indicadores de qualidade são adequados, sendo adequado o número de consultas realizadas durante a gestação, a vacinação, o registro e o seguimento dessas gestantes conforme preconizado pelo MS. A consulta de puerpério é realizada com todas as gestantes (exceto aquelas que permanecem internadas por outro motivo) dentro dos 10 primeiros dias do parto, sendo que é realizado o exame abdominal e ginecológico para identificar e tratar possíveis lesões. Todas as puérperas são acompanhadas com pelo menos duas consultas, uma até 10 dias e uma após cerca de 45 dias do parto, sendo que qualquer intercorrência é prontamente resolvida na UBS.

O acompanhamento pré-natal funciona bem no município, trabalhando sem excesso de demanda com a assistência de um especialista, que também está disponível sempre a discussão de casos e dúvidas que possamos ter como médicos generalistas. A forma de registro é adequada permitindo rápido acesso às informações. Como única queixa há o fato de muitos pré-natais serem realizados pelo ginecologista-obstetra, mas é realizado desta maneira por escolha do próprio profissional e de acordo com o princípio de longitudinalidade da atenção básica.

Em nossa UBS são realizadas ações preventivas do câncer de colo uterino e rastreamento do câncer de colo uterino e de mama. Em todas as consultas de enfermagem e com os médicos (ginecologista ou generalistas) as mulheres são orientadas sobre as estratégias de rastreamento, dados sobre prevenção, assim como a busca por atendimento regular para realizar o rastreio.

Especificamente sobre o câncer de colo uterino, o processo de rastreamento segue o seguinte planejamento: a mulher, passando pelo exame ginecológico durante a consulta e estando na faixa etária apropriada é referenciada para realizar a coleta do exame citopatológico do colo uterino, coletado em 2 dias da semana pela enfermeira da equipe ou durante o exame ginecológico pelo próprio ginecologista. Após cerca de um mês, o resultado é enviado para a UBS e a mulher é então chamada para reconsulta, onde serão transmitidas orientações sobre prevenção e seguimento do acompanhamento.

O registro dos citopatológicos coletado é feito em um livro apropriado para a ação, sendo que nele conta o nome, endereço, CNS e o resultado do citopatológico, bem como se a paciente foi orientada a procurar seguimento de sua lesão ou não.

Geralmente não são identificadas mulheres faltosas ou com atraso em seus exames, sendo que o trabalho é realizado exclusivamente com as mulheres que procuram atendimento, ao invés da busca ativa.

Quanto ao câncer de mama, a intervenção acaba também sendo feita nas mulheres que procuram o serviço, sendo oportunisticamente orientadas e realizar o exame, caso estejam dentro da faixa etária apropriada.

A maior falha nos programas de rastreamento acaba sendo que a informação que possuímos é das mulheres que realizam os exames periodicamente, enquanto os dados sobre as mulheres que não realizam acabam sendo ocultos, tendo em vista que revisar os prontuários em busca de todos os pacientes faltosos é inviável.

O atendimento dos diabéticos e dos hipertensos também é considerado prioritário, sendo que a eles é dada a possibilidade de marcar consultas com antecedência, facilitando o acesso ao sistema de saúde. Durante a consulta, são realizados o exame físico completo, incluindo exame dos pés trimestralmente, bem como exames laboratoriais semestralmente, caso sejam necessários. Não estão sendo realizadas atividades em grupo no momento em função da pouca disponibilidade de pessoal.

Atualmente, a área de abrangência da equipe cuida de cerca de 440 hipertensos, que consultam regularmente em nossa unidade. O atendimento aos portadores de HAS é realizado de forma eletiva, mas também nos casos de urgência, sendo que o posto de saúde conta com medicações e equipamentos de suporte caso seja necessária a remoção ou atendimento básico de alguma urgência/emergência hipertensiva.

De maneira geral, o rastreamento e cobertura de HAS é muito bom no município, mas apesar de contarmos com uma rede de apoio bem estruturada, creio que muitos dos profissionais não fazem uso de todos os recursos da UBS.

Na área de abrangência, foram identificados cerca de 90 diabéticos no último levantamento, sendo que a grande maioria possui DM e HAS concomitantemente. Os diabéticos diagnosticados são seguidos de acordo com a rotina do MS e tem anualmente avaliadas as lesões de órgãos-alvo. Na farmácia do município é disponibilizada a maioria das medicações utilizadas nos doentes crônicos, sendo que

algumas os pacientes buscam em outros lugares, geralmente farmácias filiadas à “Saúde não tem preço”.

O rastreamento do DM é realizado principalmente nas consultas de rotina clínicas, onde são solicitados periodicamente exames laboratoriais para aqueles pacientes que possuem fatores de risco para doença, tais como familiares de primeiro grau com a doença e obesidade, especialmente central.

Existe uma grande disparidade entre os número estimados pelo caderno de ações programáticas do curso e a realidade do município. No Caderno, estimava-se a presença de 802 hipertensos acima de 20 anos, sendo que só existem cerca de 440. Quanto aos diabéticos, nossas ACS tem conhecimento de apenas 90, enquanto o Caderno estima a presença de 229, número irreal para o município. Por mais que as ACS não conheçam todos os casos de hipertensão/diabetes, preferimos usar como estimativa o censo por elas realizado no último ano, acrescidos 10% de margem de crescimento.

No município de Estação, uma grande parcela da população é constituída de idosos, esse fato deve-se especialmente ao grande número de emigrantes com menos de 50 anos, causando um “envelhecimento relativo” da população. O atendimento aos idosos é prioritário, sendo que aos mesmos é garantida a vantagem de marcar consultas por telefone ou mesmo de receberem visita médica domiciliar em caso de dificuldade extrema de locomoção. As agentes de saúde são responsáveis pelo mapeamento dos idosos e da descrição de suas fragilidades específicas, permitindo traçar um plano de ação para atender toda a demanda adequadamente.

Ao ser atendido, o idoso é avaliado de maneira integral, levando em conta suas fragilidades e recebendo orientação e tratamento adequado à sua situação. Apesar disso, não são realizadas a Avaliação multidimensional do idoso em sua maneira clássica e nem o preenchimento de Carteira do idoso. Os registros dos idosos são realizados em prontuário normal do paciente, no prontuário odontológico e na ficha espelho de vacinas.

A maior dificuldade encontrada pela equipe é trazer ao consultório aqueles pacientes reclusos do interior, que tem mais dificuldade no acesso ao sistema de

saúde e não possuem o mesmo grau de informação dos pacientes residentes em áreas mais densamente povoadas quanto aos serviços que a UBS oferece e a importância de realizar prevenção e rastreio de doenças.

Concluindo, é fácil perceber que o principal problema em Estação não é o acesso do paciente ao SUS e nem a cobertura de nossos serviços, mas sim a informação da real situação de saúde do município, sendo que a mesma é essencial para que possamos programar táticas de controle e diminuição de comorbidades. São necessárias mudanças profundas no sistema de cadastramento e informação sobre as comorbidades dos pacientes, de modo a facilitar a obtenção de dados quando necessário. Reforçar a importância do cadastramento junto às ACS é uma parte da solução, bem como incentivar os médicos a preencherem adequadamente os prontuários e fichas-espelho. Dessa forma, poderemos efetivamente afirmar qual é exatamente o grau de cobertura e aonde são necessários ajustes e reforços.

1.3 Comparativo entre análise inicial e relatório situacional

Observando o primeiro relatório escrito no início do período da análise situacional e comparando-o com o produto final da mesma, é possível perceber que houve grande mudança no conhecimento específico sobre a ESF onde atuo. Através dos questionários e relatórios semanais, foi possível avaliar quantitativa e qualitativamente o serviço de saúde no município de Estação.

Com o conhecimento obtido, foi possível perceber quais são os maiores desafios apresentados para a adequação da ESF: falta de conhecimento epidemiológico sobre a área e falta de monitorização e avaliação das ações de rastreamento em saúde.

Identificar os pontos fracos, no entanto, é apenas o começo de uma longa jornada em busca da excelência no atendimento ao usuário. Ouvir os pacientes, suas opiniões, queixas e sugestões, deve ser parte inerente do sistema de trabalho de uma ESF, pois de nada adianta o funcionamento interno estar equilibrado se o usuário não usufrui de um atendimento rápido, completo e resolutivo.

Outro ponto fundamental é a educação em saúde, pois um sistema gratuito e aberto à demanda espontânea como o SUS está sujeito aos problemas inerentes a este tipo de prática, como o uso excessivo de consultas sem necessidade e a realização de exames complementares que não sejam custo-efetivos. Dessa forma, é essencial informar e educar a população a utilizar o direito que lhes é fornecido pela constituição de forma racional, permitindo que todos sejam beneficiados e possam ter sua saúde avaliada adequadamente pelos profissionais da ESF.

Havendo esta perspectiva, é mais fácil situar uma meta para a excelência no atendimento e, através desse insight, planejar e executar ações pequenas e complementares que ajudem a UBS a crescer e consolidar seu processo de trabalho visando cumprir os princípios da atenção básica de ser o primeiro contato do paciente com o SUS, atendendo-o de maneira integral durante todas as fases de sua vida e servindo como elo e coordenador do cuidado de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Estratégia de Saúde da Família, tendo como principal meio de atuação o exercício da Atenção Primária em Saúde, constitui-se em um excelente meio de trabalho para os profissionais da área médica (DUNCAN, 2006) (GHC, 2009). Por meio do envolvimento em suas atividades, o profissional tem a oportunidade de ajudar a desenvolver um sistema de saúde que, apesar de já atuar fortemente em diversas frentes, ainda apresenta inúmeros desafios à sua implantação plena. Entre estes desafios encontra-se em posição de destaque a diminuição das mortes por doença cardiovascular decorrentes de fatores de risco controláveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Estes agravos, somados, representam mais da metade dos usuários que são vitimados por eventos cardiovasculares maiores, gerando morbimortalidade importante além de um alto custo para o Estado. (MS, 2006) (CAMPOS, 2010)

Na Unidade Básica de Saúde do município de Estação a equipe é composta por: Dois médicos, uma enfermeira, um odontólogo, seis agentes comunitárias, três técnicas em enfermagem e três auxiliares de enfermagem. Os consultórios são adequadamente equipados para o atendimento dos pacientes diabéticos e hipertensos e contam com maca de exame físico, esfigmomanômetro, martelo de reflexos, monofilamento de 10g, oftalmoscópio entre outros. A unidade conta também com uma sala de procedimentos e observação caso seja necessário. Além disso, há também a disponibilidade de uma sala de reuniões para a realização dos grupos comunitários, caso sejam implantados. Torna-se claro, portanto, que a infraestrutura não é empecilho para a instalação de um programa de assistência aos pacientes com HAS e DM.

O município de Estação ainda não conta, no momento, com nenhum programa fixo estabelecido para o controle de HAS e DM. Os pacientes tem suas consultas agendadas e são atendidos conforme os protocolos do Ministério da Saúde (MS) mas, apesar disso, não dispõe-se de instrumento e registro interno capaz de avaliar rapidamente o nível de controle dos níveis pressóricos e glicêmicos. Estima-se que na área coberta pela Equipe 1 da UBS existam cerca de 440 adulto hipertensos e 90 diabéticos, mas ainda não existe uma forma adequada de guardar estas informações e convocar os pacientes faltosos para a consulta. Ou seja, os pacientes que vêm regularmente às suas consultas não são o problema, mas sim aqueles em que residem em locais de difícil acesso ou com baixa adesão às consultas e ao tratamento de sua doença. A equipe sente, como um todo, a necessidade de implantar tais sistemas, pois muitas vezes a falta de informações, juntamente com a falta de um atendimento sistematizado, acaba levando a complicações desses usuários, com grande impacto no processo de trabalho da UBS e gerando importante morbimortalidade para os pacientes. A motivação da equipe é o fator fundamental que possibilitará a mudança, pois apenas com a distribuição e cumprimento adequado das tarefas é que será possível mudar o panorama atual do município no tocante a essas duas importantes doenças.

Dessa forma, torna-se necessária a implantação de um novo esquema de trabalho, registro e avaliação, que permita de maneira rápida determinar os usuários faltosos e buscá-los para consultas de rotina, bem como manter atualizado o tratamento, rastreamento de complicações e exames realizados pelos pacientes da faixa de risco. Acreditamos que será fácil implementar as atividades propostas pelo projeto, pois a necessidade criada pela comunidade chegou até os profissionais da UBS, sensibilizando-os a agir. Todos estão motivados a aderir às modificações propostas e participar das mudanças no processo de trabalho. As principais limitações da UBS são: a dificuldade de organizar a agenda; a falta de alguns materiais de exame físico específico dos diabéticos e a dificuldade em realizar alguns exames complementares e consultas com os especialistas. Entretanto, com dedicação dos profissionais, estamos confiantes que conseguiremos atingir os objetivos propostos, melhorando a qualidade de vida da população, bem como diminuindo internações e mortes evitáveis decorrentes de doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Estação – RS.

Objetivos específicos

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos;

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Objetivo 1

Meta 1.1. Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

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

Objetivo 2

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4

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

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

Objetivo 5

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

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

Objetivo 6

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Trata-se de uma intervenção a ser executada na UBS Estação, do município de Estação, localizado no estado do Rio Grande do Sul. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas (de agosto a novembro de 2014). O público-alvo será composto de usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência e que estão cadastrados por suas patologias. A intervenção propõe envolver todos os trabalhadores da UBS em ações que contemplem os seguintes eixos: Organização e gestão do serviço; Monitoramento e avaliação; Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Todos os momentos da intervenção serão registrados em relatórios de pesquisa, que servirão como base para elaboração das conclusões. Serão utilizados como protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde referentes a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus.

2.3.1 Ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O Monitoramento será realizado pela

enfermeira da equipe através do preenchimento das fichas-espelho, com posterior transcrição das informações em planilha eletrônica específica, que permitirá a contagem e análise dos números obtidos.

Organização e Gestão do Serviço

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. A organização e gestão do serviço será realizada através do esforço conjunto da Equipe de Saúde da Família e da Gestão municipal, garantindo que os profissionais tenham os meios de registrar os atendimentos prestados, bem como os materiais para realização da consulta médica. Além disso, trabalhar juntamente com as recepcionistas para melhorar a qualidade do acolhimento e do fluxo de atendimento dentro da UBS.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. O Engajamento público será atingido através da realização de palestras para a comunidade, elaboração de materiais didáticos e orientações durante as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Nessas oportunidades, serão abordados diversos temas, incluindo os supracitados.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde; 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 de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que

135/80 mmHg. Para a qualificação da prática clínica serão realizadas, em momentos oportunos, capacitações da Equipe de Saúde da Família, permitindo a educação continuada e garantindo assim melhorias no cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos e hipertensos.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. O monitoramento será realizado pela enfermeira da equipe através da revisão das fichas-espelho, que será realizada mensalmente de maneira sistemática pelos membros da ESF. Ao ser identificado atraso em qualquer um dos itens monitorados, o médico da equipe será notificado e realizará busca ativa ao paciente em questão.

Organização e Gestão do Serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na 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 e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na organização e gestão do serviço, será importante a comunicação com a gestão municipal, que será essencial para evitar que faltem recursos para a equipe e para os pacientes. A equipe, por sua vez, será responsável por dar contrapartida e justificar à gestão de maneira adequada os pedidos de exames, medicamentos especiais, entre outras ações.

Engajamento Público

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 à necessidade de realização de exames complementares; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a 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. Esses objetivos serão alcançados através das palestras, material informativo e informações durante as consultas médicas. Como maneira de evitar o esquecimento por parte dos profissionais, será elaborado um roteiro de consulta, o qual poderá ser consultado para facilitar a execução de todas as ações propostas em consulta.

Qualificação na Prática Clínica:

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 e diabete; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Na

qualificação da prática clínica, novamente será importante a capacitação continuada da equipe. Serão realizadas capacitações periódicas (semanal para ACS, mensal para a equipe de enfermagem) onde objetiva-se a melhoria do cuidado aos pacientes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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). No monitoramento das consultas, realizado pela enfermeira da equipe, será utilizada a ficha-espelho, monitorada mensalmente pela ESF. Em sua última coluna, consta espaço para registro da data da próxima consulta, facilitando o reconhecimento de pacientes em atraso com consultas/retornos. Em caso de atraso, serão encaminhados para visita domiciliar e busca ativa.

Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar hipertensos os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares; Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos; Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Na organização, serão identificados os pacientes com faltas a consultas, sendo os mesmos comunicados por telefone das consultas. Caso o paciente possa vir à UBS, será marcada consulta de maneira ordinária. Caso contrário, o médico irá deslocar-se ao domicílio para a consulta, em dia propício para este fim. Após a visita domiciliar, será

novamente programado o esquema de tratamento do paciente, ficando o mesmo e a ACS responsáveis pelo cumprimento da agenda proposta pelo médico, melhorando assim o acolhimento na Unidade.

Engajamento Público

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; Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. No engajamento público, planeja-se ouvir a população durante as consultas, as palestras na comunidade e também nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Nesses momentos, serão abertos espaços para críticas por parte dos pacientes, visando construir um projeto plenamente efetivo juntamente com a população de Estação.

Qualificação da prática Clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Na qualificação da prática clínica, serão repassadas informações às ACS para que as mesmas possam ser difusoras na comunidade. Além disso, as mesmas podem buscar ativamente pacientes faltosos não inscritos no programa para que façam seu cadastro e passem a realizar suas consultas com periodicidade adequada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde; Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. No monitoramento, que será realizado pelo médico da equipe, serão realizadas checagens semanais das fichas-espelho manipuladas naquela semana, revisando-as quanto à qualidade do preenchimento, tanto quanto à parte médica quanto à legibilidade.

Organização e gestão do serviço

Manter as informações do 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. Na organização do serviço, serão realizados esforços durante as reuniões de equipe para organizar a periodicidade da atualização do SIAB, pactuar as formas de registro e monitoramento das ações proposta, bem como instituir a revisão mensal como forma de evitar situações de atraso.

Engajamento público

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. No engajamento público, os pacientes serão informados durante as consultas, palestras e por material escrito sobre seus direitos com relação a seus registros.

Qualificação da prática clínica

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 da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Na qualificação dos profissionais, será dada ênfase ao modo correto de preenchimento das informações no prontuário e na ficha-espelho do paciente, visando evitar erros e facilitar a revisão dos dados.

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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. Isso será realizado pelo médico da equipe através da verificação mensal das fichas-espelho e dos prontuários, buscando situações de atraso.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda; Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Na rotina da UBS, serão priorizados paciente considerados de alto risco para a realização de exames em consultas médicas com especialistas, bem como no atendimento de rotina de saúde.

Engajamento público

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; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como

alimentação). Nas consultas médicas, os pacientes serão informados sobre seu nível de risco cardiovascular e serão oferecidas todas as alternativas de tratamento disponíveis, discutindo-se em conjunto com o mesmo o melhor curso terapêutico.

Qualificação da prática clínica

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 realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Na qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada para o registro do risco cardiovascular do paciente, bem como receberá informações sobre fatores de risco e como modifica-los, podendo repassar essas informações aos pacientes.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabético; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. O monitoramento das ações será realizado pelo médico da equipe através do registro dessas orientações repassadas na ficha-espelho em local apropriado, permitindo a checagem de atrasos.

Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes; Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; 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 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; 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". Na organização e gestão do serviço, serão realizadas ações para permitir a adequação da saúde bucal, informações nutricionais, sobre tabagismo e exercício físico aos pacientes diabéticos, reforçando sempre a importância do apoio dos gestores para que essas adequações sejam viáveis.

Engajamento público

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; 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; 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. No engajamento público, será dada ênfase nas informações sobre exercício físico, saúde bucal, tabagismo e alimentação saudável. Essas informações serão repassadas nas consultas médicas, palestras e também por materiais informativos impressos.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso; Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso; 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 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 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 da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Na qualificação da prática clínica, será dada ênfase na capacitação em informações sobre exercício físico, saúde bucal, tabagismo e alimentação saudável, tornando os membros da ESF capazes de informar os pacientes de maneira adequada sobre estes fatores importantes no tratamento.

2.3.2 Indicadores

Serão considerados indicadores para avaliação da eficácia da intervenção os abaixo citados:

Meta 1.1. Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicadores: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicadores: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicadores: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicadores: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O trabalho começará na reunião semanal da equipe, com a estruturação da capacitação dos profissionais. Nesse estágio, uma rápida revisão das atribuições de cada profissional da unidade no atendimento ao paciente hipertenso e diabético será realizada, servindo também para o esclarecimento de dúvidas quanto à organização do trabalho dentro da unidade. Serão apresentados à equipe os manuais que serão seguidos para estruturação da intervenção (Cadernos de atenção básica números 36 e 37), qual será a periodicidade com que serão revistos e atualizados os mesmos e também será frisada junto ao gestor a importância de haver, em cada sala de atendimento, pelo menos uma cópia de cada um dos manuais utilizados na unidade, bem como resumos e cópias de suas principais tabelas e fluxogramas. Nesse momento, os profissionais também decidirão qual será a periodicidade da atualização dos profissionais para, junto aos gestores, ser possível organizar treinamentos, palestras e atividades educacionais de modo a cumprir esta meta. A enfermeira da equipe será responsável por coordenar as atividades de capacitação, mantendo os membros informados sobre cursos e palestras, online e presenciais, que possam contribuir para a prática clínica.

A equipe será, em momento oportuno ao final do expediente, novamente capacitada para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa (incluindo informações sobre o manguito) e realização do hemoglicosteste e suas indicações verdadeiras. Aos profissionais competentes, será reforçada a importância da realização do exame clínico apropriado e padronizado em toda a UBS, de forma a não esquecer nenhum passo do mesmo. Do mesmo modo, reforçar junto aos profissionais de saúde que preencham de forma adequada as informações no prontuário, facilitando o atendimento posterior do paciente e evitando gastos desnecessários com exames complementares repetidos antes da data prevista. Alertar aos médicos, na reunião, que durante a consulta médica é imprescindível que seja realizada a estratificação de risco do paciente, para orientar adequadamente sua conduta.

À equipe de saúde bucal, frisar a importância de seguir o protocolo adotado pela unidade para tratamento do paciente hipertenso e diabético, de modo a haver uma só linguagem entre a equipe, facilitando a troca de informações. Aos agentes

comunitários de saúde de modo especial, realizar treinamentos para o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como orientações sobre a periodicidade das consultas médicas.

Para encerrar a capacitação, será realizado um treinamento para toda a equipe, visando tornar todos veículos das seguintes informações: disponibilidade dos medicamentos na Farmácia popular/Hiperdia; Práticas de alimentação saudável; Estratégias de controle de risco modificáveis; Promoção da atividade física e Malefícios e opções de tratamento do tabagismo. Assim, após as devidas informações, a equipe estará com atualização teórica no assunto e pronta para executar a segunda leva de ações, de ordem prática, visando a melhoria do atendimento e registro.

Visando a melhoria do atendimento ao paciente hipertenso e diabético, serão instituídas ações que têm como objetivo fundamental garantir periodicidade, qualidade e efetividade das consultas, evitando gastos desnecessários de tempo e recursos, ao mesmo tempo em que se dá ao paciente plenas condições de controle de sua doença.

Para alcançar esses objetivos, será de vital importância garantir junto à gestão da saúde municipal o material adequado para a tomada da pressão arterial no consultório, bem como glicosímetros, fita métrica, balança, estesiômetro de 10g, martelo de reflexos, oftalmoscópio, entre outros. Também será reforçada a necessidade de garantir à população o acesso ágil aos exames complementares de rotina, agilizando o encaminhamento do paciente para o tratamento de complicações sempre que necessário. Da mesma forma, espera-se que a gestão tome parte o processo educacional de saúde, ajudando a equipe na organização de orientações nutricionais, de atividade física e de abandono ao tabagismo, auxiliando com a contratação de profissionais e com a compra de medicamentos para o auxílio ao “abandono do cigarro”.

O agendamento dos pacientes será feito de forma preferencial de modo a serem atendidos nas segundas-feiras à tarde e nas terças-feiras pelo turno da manhã, para as consultas de rotina. Para permitir um tempo adequado de consulta e exame físico, serão agendados 6 pacientes programados por turno. Logicamente, as complicações agudas serão atendidas dentro do protocolo de acolhimento da unidade, sempre atentando em melhorar a qualidade do mesmo. Dentro deste grupo de

pacientes, uma subcategoria terá ainda mais alta prioridade no momento da marcação de consultas, e estes são os pacientes de alto risco cardiovascular. Identificar estes pacientes, dessa forma, é vital no planejamento do acompanhamento do mesmo. Os pacientes faltosos, identificados pelo não-comparecimento às consultas ou pela revisão dos prontuários, serão visitados em seu domicílio de acordo com a disponibilidade da equipe, de modo a trazê-los novamente à unidade e ao tratamento e, além disso, aproveitando para identificar em sua residência possíveis fatores que possam contribuir com o abandono ao tratamento.

As visitas domiciliares para pacientes com restrição de mobilidade e pacientes faltosos será realizada no turno da terça-feira à tarde, com veículo e motorista disponibilizados pela Secretaria de Saúde para este fim. Durante a visita, será dada atenção especial às condições do ambiente, sanitárias e econômicas, para que possa ser realizado o melhor planejamento do curso de tratamento de cada usuário.

Na consulta médica, devem ser garantidos a todos os pacientes a realização do exame físico completo e padronizado na unidade de saúde, a realização da estratificação do risco cardiovascular e a solicitação de exames complementares em periodicidade adequada, além de informações sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Durante a prescrição, os médicos deverão priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, além de realizar, junto à farmácia da unidade, um breve registro do consumo de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, permitindo uma compra mais eficiente nos próximos meses.

A equipe de saúde bucal também será orientada a garantir a todos esses pacientes a avaliação da necessidade de atendimento odontológicos, bem como organizar a agenda de modo a possibilitar essa atenção especializada. Junto ao resto da equipe, estabelecer prioridades quanto ao risco odontológico, encaminhando o usuário sempre que necessário.

Após os atendimentos, pactuar com equipe o preenchimento adequado das informações no prontuário do paciente, que será então guardado em arquivo metálico separado dos prontuários comuns, permitindo assim o rápido acesso aos mesmo quando necessário. Os prontuários serão identificados por meio de adesivos coloridos, representando o risco cardiovascular aferido na consulta médica. Na capa do prontuário também será identificada a data prevista de retorno do paciente,

permitindo o rápido reconhecimento dos pacientes faltosos. Será definido, no início da intervenção, qual membro da equipe ficará responsável pela manutenção e revisão dos registros, sendo que esse profissional, mensalmente, revisará os prontuários em busca dos pacientes com ações em atraso.

Assim, será possível melhorar o atendimento e acolhimento ao usuário hipertenso e diabético, formando laços entre o mesmo e o Sistema Único de Saúde. A melhor maneira de evitar complicações futuras é inserir o paciente em um sistema onde ele sinta-se parte integrante. Assim sendo, torna-se indispensável fortalecer o controle social e o diálogo com a comunidade. Tendo isso em vista, estabelece-se o terceiro momento da intervenção, que trata de educação em saúde e reforço do controle social.

Para a execução do projeto, será utilizada a planilha de coleta de dados e ficha0espelho fornecidas pelo curso, sendo que da última serão impressas 500 cópias, permitindo o cadastramento de até 100% da população-alvo. Serão impressos também 500 folders sobre cada um dos seguintes assuntos: Alimentação saudável; Alimentação do paciente diabético e Quantidade de sódio nos alimentos mais comuns.

Através de anúncios de jornais, chamadas e rádio e palestras nas reuniões comunitárias, serão abordadas informações relevantes, como: existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos; Importância do rastreamento oportuno de DM; Fatores de risco para HAS e DM; necessidade da realização de consultas regulares e exames complementares; Direitos do usuário; Importância da atividade física e alimentação saudável e incentivo à cessação do tabagismo, entre outros.

Será decidida pela equipe a forma mais adequada de veicular cada informação, sendo que a médica da equipe ficará responsável pela coordenação nas atividades de extensão comunitária, de modo a facilitar o controle e desenvolvimento da mesma.

Através do Conselho Municipal de Saúde, será também reforçada a necessidade de envolver a população em um feedback sobre a efetividade do Programa de HAS/DM do município, bem como trazer às reuniões as dúvidas, sugestões e reclamações da população, para que as mesmas possam ser ouvidas, processadas e incorporadas ao processo de trabalho da Unidade.

Dessa forma, fortalecendo os laços com a comunidade, será possível tornar o projeto parte inerente do processo de trabalho, pois a comunidade também sentir-se-á parte do Programa, tomando parte do trabalho e divulgação e ajudando a convencer os gestores da importância de manter intervenções como essas de maneira fixa na unidade. Entretanto, para que os gestores a nível municipal e estadual continuem a investir no projeto, é necessário o monitoramento dessas ações, de forma a recolher dados para melhorar, desenvolver e apresentar os benefícios de forma avaliável por meio de indicadores.

O monitoramento das ações será realizado pelo médico e pela enfermeira através da análise dos prontuários, de onde serão retirados dados como: número de hipertensos e diabéticos cadastrados, número de pacientes com consultas, exames complementares e avaliação de saúde bucal em dia, número de pacientes com acesso aos medicamentos da farmácia popular, número de pacientes com estratificação de risco anual e número de pacientes orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física e abandono ao tabagismo. Além disso, será avaliada de maneira subjetiva a qualidade do preenchimento dos prontuários (legibilidade e correção, especialmente). Essa atividade será realizada pelo autor do projeto, médico, já contando como início para a coleta dos dados da intervenção.

Ao final da intervenção, portanto, espera-se uma significativa melhoria nos indicadores da Unidade Básica de Saúde de Estação, refletindo uma melhora do atendimento e acolhimento do paciente hipertenso e diabético. Assim, capacitando a equipe e melhorando a qualidade do registro, é possível dar continuidade ao trabalho, de forma que a intervenção perca o caráter de temporariedade e assuma um lugar fixo na rotina da equipe, beneficiando, em especial, o usuário do Sistema Único de Saúde.

3 Relatório da intervenção

Em setembro de 2014, a Equipe de Saúde da Família 1 de Estação, aliada ao PROVAB e à Especialização em Saúde da Família da UFPEL, deu início ao projeto de intervenção denominado: Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético (PAHD). Durante os próximos três meses, tivemos como metas: Atingir 50% de cobertura em pacientes diabéticos e 30% de cobertura em pacientes hipertensos. Para atingir tais metas, foram designadas tarefas a serem cumpridas pelos membros da equipe, tais como: Organizar a capacitação da equipe; Garantir os meios para realização do projeto junto à Gestão; Pactuar junto à equipe os responsáveis pela monitorização do projeto; Implantar novo prontuário de hipertensos e diabéticos; Realizar a confecção de material informativo à população; Capacitação da Equipe; Realizar o controle de estoque das medicações; Manter o SIAB atualizado; Monitorar os prontuários; Organizar visitas domiciliares para buscar os pacientes faltosos; Organizar a agenda para comportar o novo fluxo de pacientes; Realizar consultas médicas e odontológicas aos pacientes hipertensos e diabéticos; Cadastrar os pacientes no PAHD; Realizar ações de educação em saúde junto à população; Ouvir a comunidade, através do CMS; Realizar reuniões para receber o feedback da equipe, sendo que a última serviria para concluir a avaliação do projeto pela equipe.

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Todas as tarefas previstas acima foram realizadas, de maneira parcial ou completa, dentro do prazo estipulado pelo cronograma. Para cumprir seus objetivos, foi exigida da Equipe de Saúde da Família muito trabalho e comprometimento, esforço este que rendeu muitos resultados positivos ao final da intervenção.

As ações organizacionais e de gestão foram todas realizadas dentro do prazo e de maneira completa. Inicialmente, realizamos a capacitação da equipe para utilizar os instrumentos do PAHD e familiarizar-se com a sua rotina. No mesmo momento, definimos quais membros da equipe seriam responsáveis pelo monitoramento de cada ramo do projeto de intervenção.

Após esse momento inicial, definimos o modo de funcionamento da capacitação profissional: Periodicidade semanal para as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e mensal para a equipe de enfermagem, tendo em vista que nem sempre as mesmas conseguem fazer-se presentes na reunião da equipe devido à programação de atendimentos.

Na reunião de capacitação semanal das ACS, foram abordados até agora temas como: Bioética; Funções da ACS na Atenção Primária; Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Lesões de pele / Câncer de pele; Acidentes com animais peçonhentos; Alimentação saudável e Exercício físico.

Com a equipe de enfermagem, discutiu-se: Atendimento primário de urgências/emergências na Unidade de Saúde (com instituição de protocolo de atendimento a casos graves) e, em um segundo momento, foram realizadas sessões práticas de treinamento em método eletrocardiográfico (o aparelho está disponível na unidade).

A gestão sempre apoiou o projeto, tornando fácil cumprir a ação: Garantir junto à gestão os meios para executar o projeto. Todo o material requisitado pela equipe foi rapidamente fornecido pela Gestora, sendo que a mesma colocou-se à disposição para ajudar no planejamento e da intervenção. Durante a execução do projeto, foram adquiridos: 4 esfigmomanômetros novos (incluindo 2 para pacientes com diâmetro braquial elevado); 4 estesiômetros; 2 otoscópios; 1 oftalmoscópio, além de cerca de

400 cópias de folders sobre HAS/DM, contendo informações para a população poder ler em sua residência.

O material informativo foi confeccionado pela enfermeira da equipe, que cuidou do texto, diagramação e da impressão dos mesmos. Essa tarefa, portanto, foi cumprida de forma completa e não houveram dificuldades em sua execução. Os pacientes recebiam os folders na saída de sua consulta, além de terem acesso aos mesmos na sala de espera da Unidade Básica de Saúde.

A implantação do novo prontuário para hipertensos e diabéticos também foi uma tarefa cumprida de maneira completa. Após duas reuniões para definir texto e diagramação, foi elaborado um novo modelo de prontuário que permite uma cópia fiel das informações contidas na ficha-espelho, facilitando com que a equipe localize os dados necessários. Foram impressos inicialmente 500 prontuários, pois era o número aproximado de doentes na área de abrangência. Houve dificuldade apenas por termos esquecido de colocar em campo próprio um espaço para anotação das imunizações realizadas pelo paciente, mas que foi resolvido dividindo uma coluna de texto.

O controle das medicações foi realizado mensalmente pela farmacêutica responsável, com relatório completo entregue e discutido com a equipe. Nos três meses de acompanhamento, não foi notada falta de medicações, sendo que as que não estavam disponíveis na Unidade Básica de Saúde seriam encontradas facilmente pelos usuários nas farmácias através do Programa Saúde não tem Preço, do MS. Dessa forma, foi possível perceber que a cobertura de medicação é adequada no município, funcionando de forma harmônica com o sugerido pelas diretrizes do SUS (medicação no posto de saúde, com o mínimo de deslocamento possível). Essa tarefa também foi cumprida de maneira completa, tendo como dificultador somente a impossibilidade dos funcionários da farmácia participarem de nossas reuniões, mesmo que eventualmente. Por esse motivo, buscávamos o relatório da farmácia e discutíamos entre os membros da Equipe, mas sem a interação com esse ramo da saúde tão importante que é o do controle e dispensação de medicamentos.

Já na primeira semana, iniciamos os atendimentos previstos no projeto. Semanalmente, atendemos cerca de dez pacientes com horário marcado previamente para avaliação de HAS e DM. Nas reuniões semanais de quartas-feiras, as ACS recebiam 10 fichas para marcação de consultas, podendo distribuí-las entre os

pacientes sabidamente hipertensos e/ou diabéticos de suas listas (cada ACS tem uma lista com os pacientes acometidos). Apesar de existir o atendimento programado, todo e qualquer paciente de nossa área de abrangência de chegasse até a unidade buscando atendimento também seria cadastrado e atendido conforme o programa. A marcação de consultas foi apenas um dos incentivos planejados para atrair os pacientes idosos ou trabalhadores para a consulta médica.

Após o atendimento conforme os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, os pacientes eram encaminhados para serviços de especialidade (caso necessário) e para avaliação com o dentista, naqueles casos em que houvessem alterações ou desejo do paciente. Os dentistas foram nossos parceiros durante todos os meses de intervenção, enviando sempre a contra-referência ao consultório.

O resultado das consultas e exames foi sempre registrado na ficha-espelho fornecida pela Especialização em Saúde da Família da UFPEL, sendo que os mesmos eram guardados junto ao prontuário familiar para fácil acesso à revisão. O envelope do prontuário do paciente também era sinalizado com um pequeno adesivo vermelho, mostrando que este paciente deve sempre vir à consulta com a ficha-espelho para anotações.

Os prontuários e fichas-espelho são revisados uma vez por mês para conferência da legibilidade e correção das informações obtidas em consulta. Além disso, são conferidas informações sobre o status vacinal, exame físico, orientações de estilo de vida, além de permitir identificar pacientes faltosos às consultas.

Naqueles pacientes faltosos, foram realizadas visitas domiciliares para buscar as informações e exames necessários. Fora os poucos casos em que tivemos que buscar o paciente por falta, outras visitas domiciliares realizadas no período tiveram como objetivo cadastrar e examinar aqueles pacientes hipertensos e diabéticos com dificuldade/impossibilidade de locomoção até o Posto de Saúde. Cerca de 15 pacientes foram cadastrados dessa maneira e, na maioria dos casos, foi verificado mau controle das doenças de base, mostrando a importância da assistência médica domiciliar nesses casos.

Tínhamos como objetivo também a realização de palestras na comunidade, com divulgação de temas importantes sobre hipertensão e diabetes. No primeiro mês,

foram realizadas duas palestras com a comunidade sobre “Alimentação saudável e exercício físico”, com presença de cerca de 40 pessoas cada uma. Após isso, dedicamos nossa atenção para a elaboração de um projeto para a criação do Grupo de Hipertensão e Diabetes, pleiteando junto à Secretaria de Saúde verba para a compra de materiais que viabilizem a execução do projeto. No momento, estamos com o cronograma pronto e as atividades iniciar-se-ão em janeiro de 2015, após a compra do material necessário para as palestras (datashow e computador). Apesar de ter ocorrido com menor frequência do que o planejado, creio que o esforço para a conscientização em educação em saúde foi o maior ganho da equipe, com a sensibilização da gestão para esse aspecto da Atenção Básica. Como fruto dessa sensibilização, estaremos iniciando um Grupo de Hipertensos e Diabéticos em janeiro de 2015, com objetivo de complementar as ações educativas do Projeto de Intervenção.

As reuniões de equipe, realizadas nas quartas-feiras pela manhã, impreterivelmente, foram de grande ajuda no planejamento e execução do projeto. Com todos os membros da equipe reunidos, torna-se fácil distribuir as tarefas e cobrar os resultados necessários. A equipe não tinha horário definido de reunião antes do meu ingresso no PROVAB e esse foi um dos pontos em que mais tive que ser irredutível junto à gestão para que se mantivesse. Mas após 8 meses de trabalho, os resultados estão finalmente aparecendo na melhoria do cuidado aos pacientes, de modo que é evidente a melhora proporcionada pelo diálogo e intercâmbio de informações entre os membros da equipe. O momento das reuniões também é utilizado para distribuir as fichas de consulta bem como para receber o feedback da equipe sobre os problemas encontrados na comunidade.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Apesar de todo o esforço da equipe, duas ações ficaram devendo em qualidade ao que esperávamos poder cumprir: Manutenção do SIAB atualizado e Obtenção da participação popular nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

As ACS foram incentivadas a manter o SIAB atualizado, pois o mesmo estava defasado ao iniciarmos o projeto de intervenção. Esse processo não obteve muita aderência nos últimos meses pois as ACS só possuem um computador para a digitação, o que atrasa em muito o trabalho.

Além disso, as mesmas estiveram ocupadas transcrevendo os cadastros para a implantação do E-SUS, para o qual a migração deve ocorrer nos próximos meses. Entretanto, por ser um problema focal devido à infraestrutura e que irá melhorar, julgamos que a atualização será facilmente retomada com a melhoria dos computadores.

Outro ponto importante do Projeto de Intervenção era ouvir a comunidade através das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Infelizmente, devido às frequentes trocas de data e horário das reuniões, conseguimos participar apenas uma vez da reunião, na qual fomos muito elogiados pelos membros da comunidade sobre o trabalho que desenvolvemos. Ficamos muito felizes, pois o reconhecimento da comunidade mostra que estamos chegando com a atenção básica até as pessoas de maneira igualitária. Apesar de não ter sido cumprida em sua totalidade, creio que a ação foi realizada ao menos parcialmente.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Durante a fase de coleta e sistematização dos dados, não foram encontradas dificuldades maiores. Isso se deve ao fato de que as fichas-espelho foram muito bem preenchidas por todos os membros da equipe, não deixando campos em branco ou preenchidos parcialmente. O cálculo dos indicadores também foi realizado de maneira automática pela planilha, sendo que não houveram dificuldades em sua interpretação.

Com as fichas-espelho prontas, digitávamos na planilha de coleta de dados as informações do paciente, obtendo o cálculo dos percentuais de cobertura e de qualidade do projeto de intervenção automaticamente.

A maior dificuldade nesse processo foi a formatação dos gráficos para inclusão no trabalho de conclusão de curso, pois os mesmos estavam em diferentes formatos, não padronizados. Entretanto, com auxílio, fui capaz de formatar os gráficos de maneira adequada para apresentação.

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

Avaliando a intervenção como um todo, é possível perceber que obtivemos grande êxito na execução do projeto, com poucas ações sendo realizadas de forma parcial e nenhuma sendo completamente negligenciada. Ao longo dos três meses, atendemos 163 pacientes com metas de qualidade em 100%, ou seja, todos com encaminhamentos, exames, medicações e ações preventivas em dia de acordo com os protocolos.

Atingimos cobertura de 80% dos pacientes diabéticos e de 35,2% dos pacientes hipertensos e estamos felizes com os números obtidos, pois sabemos que o risco cardiovascular é maior nos pacientes diabéticos.

Com relação à qualidade do atendimento prévio, vimos que muitos pacientes, especialmente os diabéticos, estavam com mau controle glicêmico e pressórico, sendo necessárias repetidas consultas para o ajuste das medicações. Junto a essas medidas farmacológicas, o reforço à prática de exercício físico, cessação do tabagismo e à alimentação saudável tiveram espaço importante nas consultas.

A implantação do projeto aconteceu de maneira gradativa e suave na rotina da Equipe de Saúde da Família, de modo a não sobrecarregar nenhuma das partes envolvidas. Será melhorada a infraestrutura da UBS no próximo ano, permitindo que realizem-se mais atendimentos com maior qualidade, além de permitir a informatização do prontuário.

Observando como a equipe portou-se diante dos desafios impostos, creio que não teremos dificuldade em manter o projeto não só como intervenção, mas sim como rotina. Cadastrar os pacientes e trazê-los para as consultas, bem como investir em equipamento e educação são algumas das ações que viraram vitrine da nossa UBS na comunidade, com grande apreço por parte da população. O sucesso do projeto serve como exemplo para que possamos implantar ainda outras melhorias em nossa UBS, primando pela saúde e qualidade no atendimento de nossos pacientes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados relatados no presente documento foram obtidos após intervenção populacional com duração de três meses na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) número um do município de Estação, Rio Grande do Sul. O projeto teve como objetivo principal a melhoria do atendimento aos pacientes portadores de enfermidades crônico-degenerativas, sendo que em primeiro momento foram trabalhadas a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Para cálculo da estimativa de doentes na população, não foram utilizadas as proporções disponibilizadas no site da UFPEL devido à grande discrepância entre os dados lá apresentados e os inquéritos populacionais prévios do município. Através das agentes comunitárias de saúde (ACS), que mantém uma lista atualizada dos pacientes enfermos, incluindo doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas (como HAS e DM), foi possível estimar com certa precisão o número de pacientes acometidos por estas moléstias na área de atuação. Aos números obtidos no inquérito foram adicionados 10%, de modo a permitir uma margem de erro para os pacientes com diagnóstico recente (após último inquérito) ou que por algum motivo não tenham revelado seu estado de saúde às ACS. Ao final, foi obtido o número de: 440 hipertensos e 90 diabéticos (alguns pacientes fazendo parte das duas categorias).

Ao iniciar o projeto, a meta de cobertura populacional era de 30% para as duas classes: hipertensos e diabéticos. Acreditávamos que seria possível atender esse número de pacientes pelo cálculo de consultas semanais ofertadas no posto de saúde. Ao final do primeiro mês, contávamos com 8,9% de cobertura para hipertensos e 22,2% para os diabéticos. No segundo mês obtivemos um salto, com 21,1% dos hipertensos e 48,9% dos diabéticos cadastrados. Por fim, no último mês de

intervenção, chegamos ao número de 35,2% dos pacientes hipertensos e 80% dos pacientes diabéticos devidamente cadastrados no programa.

Apesar de acima da meta por poucos pontos percentuais, o resultado com os pacientes hipertensos não surpreendeu a equipe. Entre as dificuldades encontradas para cadastrar os pacientes puramente hipertensos (sem diabetes mellitus associada) estão: despreocupação com a doença, bom nível de controle, uso de medicina privada e dificuldades com horário de expediente. Mesmo informados de que o posto forneceria atestado para o horário das consultas, muitos pacientes deixaram de consultar-se por medo de descontos em seu salário ao final do mês. Isto configura agressão à saúde de nossa população, devendo o serviço de saúde permanecer incansável na busca pelos direitos de nossos pacientes à vida, ao tratamento e à educação em saúde.

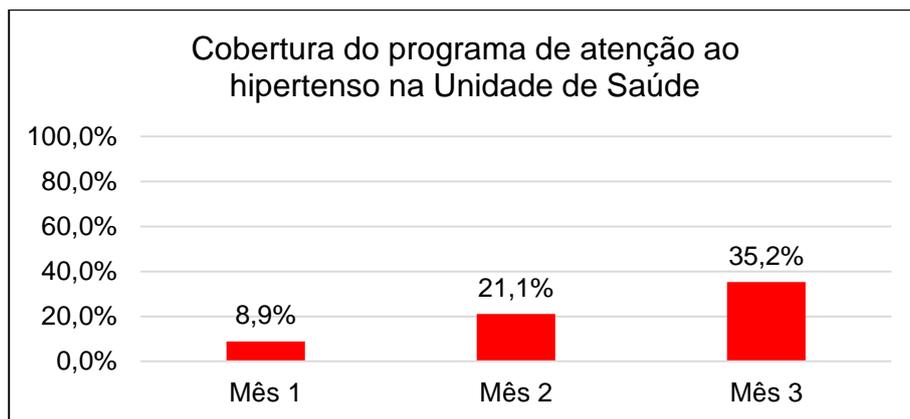


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados

Apesar de encontrarem-se nesse grupo pacientes extremamente desafiadores clinicamente, os diabéticos também são o grupo com maior vulnerabilidade e mais suscetível à redução de risco através do tratamento e educação em saúde. Durante a marcação de consultas voluntárias, pedimos às ACS que priorizassem os pacientes diabéticos (fator que pode ter levado à assimetria de resultados), especialmente daqueles com HAS associada. Esta medida tinha como objetivo atingir o maior número possível de diabéticos e verificar, de maneira fiel, o controle glicêmico dos mesmos. Espantamo-nos ao encontrar muitos pacientes com péssimos resultados em exames laboratoriais, apesar de “controlados” à visão dos próprios. Isso nos mostrou como é frágil o entendimento dos pacientes sobre a doença, o tratamento e os objetivos de controle da patologia.

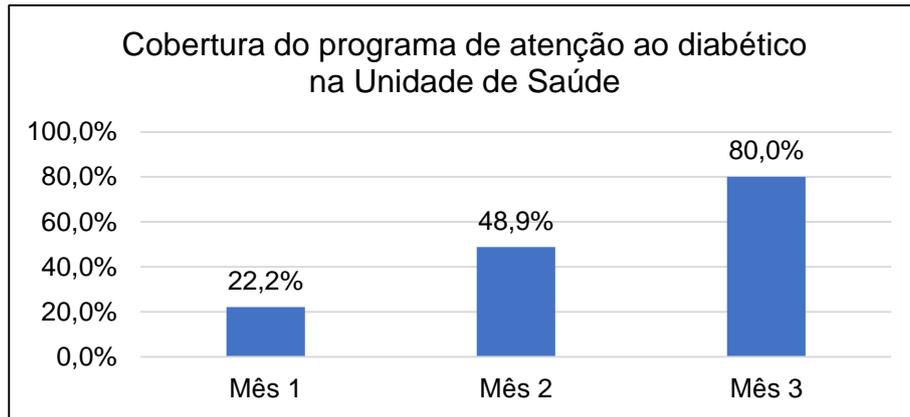


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados

O maior sucesso da equipe, durante esses três meses, foi a manutenção dos indicadores de qualidade dentro da meta esperada de 100%. O protocolo extraído do manual: Cadernos de Atenção Básica (HAS e DM) foi seguido à risca durante as consultas sendo que, junto à gestão, conseguimos garantir agilidade nos encaminhamentos e exames, que na maioria das vezes não demoravam duas semanas para retornar ao consultório e receberem apreciação médica.

O exame físico dos hipertensos consistia em um exame físico completo, com minúcias do sistema cardiovascular, tais como exame completo dos pulsos periféricos e aferição da PA nos dois membros, por exemplo. Exames que exigiam um grau maior de complexidade, tais como medida do Índice tornozelo-braquial, não eram realizadas em consultório. Nos três meses, o indicador “Proporção de hipertensos com exame físico em dia de acordo com o protocolo” obteve 100% como resultado.

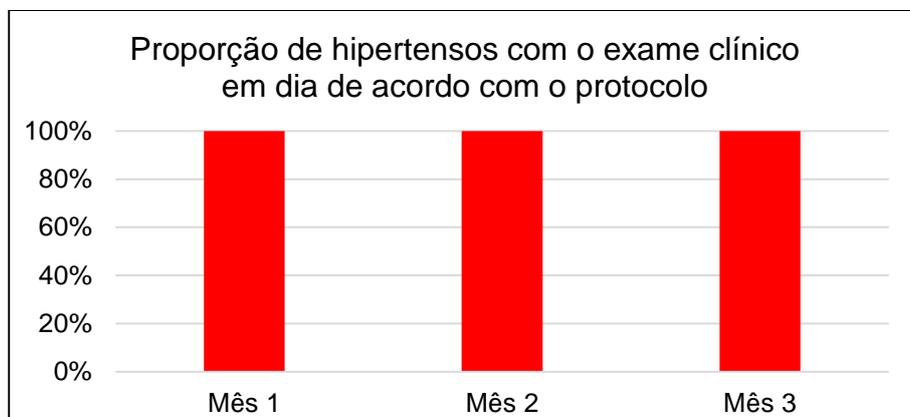


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados.

De maneira semelhante, o exame físico dos diabéticos consistia em um exame físico normal, de maneira completa, com adição do exame das extremidades através do monofilamento para teste da sensibilidade periférica. A proporção de diabéticos com exame físico em dia de acordo com o protocolo também foi de 100%. Esses indicadores foram reflexo direto do empenho dos profissionais em realizar uma consulta adequada, levando o tempo necessário para examinar adequadamente os pacientes.

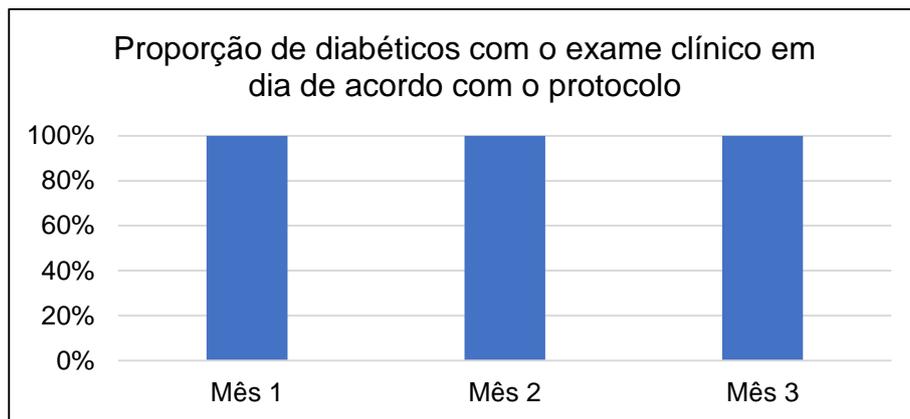


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Já os indicadores de proporção de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi um indicador particularmente sensível às ações tomadas pela gestão para garantir o acesso universal aos testes. Atingimos, ao final dos três meses, 100% de adesão à realização dos exames, com posterior gravação dos exames laboratoriais na ficha-espelho fornecida pelo curso. Os exames forneceram à equipe dados importantes sobre o nível de controle real em comparação com o esperado. Logicamente, aqueles pacientes com exames prévios de acordo com o protocolo não foram submetidos a novas testagens, mas apenas orientados sobre a periodicidade dos exames de acompanhamento.

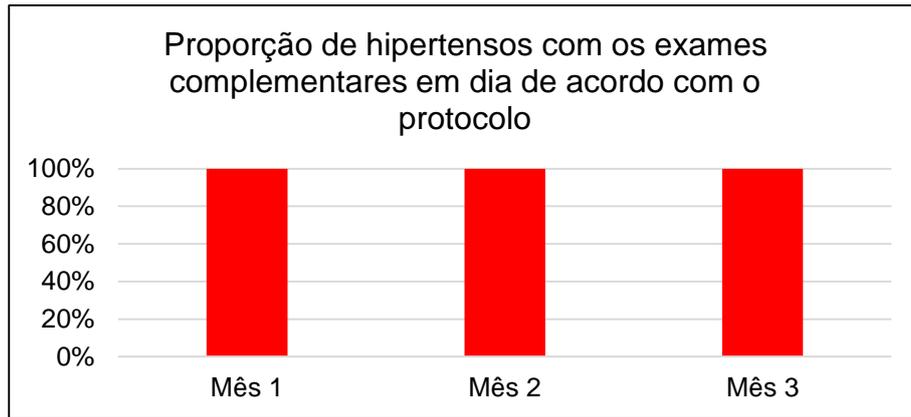


Figura 5 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados.

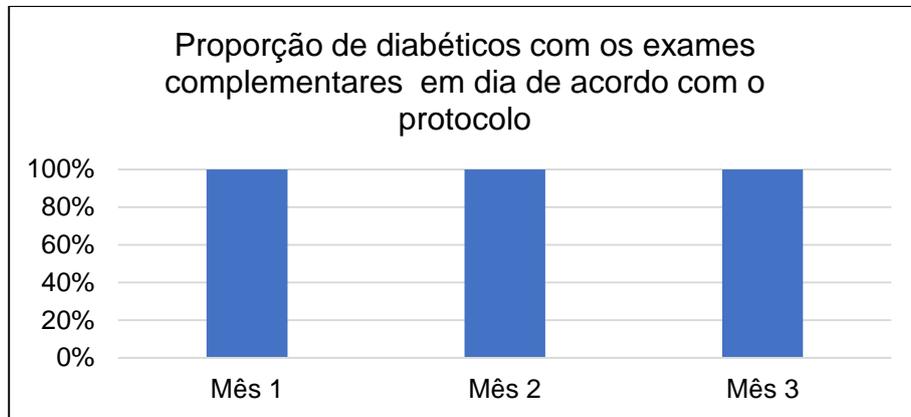


Figura 6 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Com relação às prescrições, deu-se prioridade para medicações fornecidas pelo SUS ou pelo Saúde não tem preço. Alguns pacientes que já faziam uso por indicações de outros médicos de produtos/marcas referência optaram por permanecer fazendo uso dos mesmos, o que foi respeitado pela equipe. Quanto aos outros, foram respeitadas as indicações de cada droga mas, na medida do possível, substituídas por outras de mais fácil acesso com perfil semelhante de eficácia. O percentual de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com prescrição revisada foi de 100%.

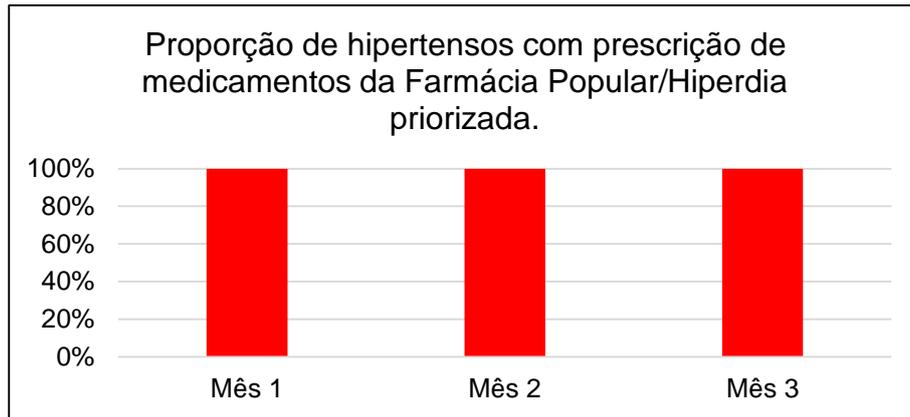


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia. Fonte: Planilha de coleta de dados.

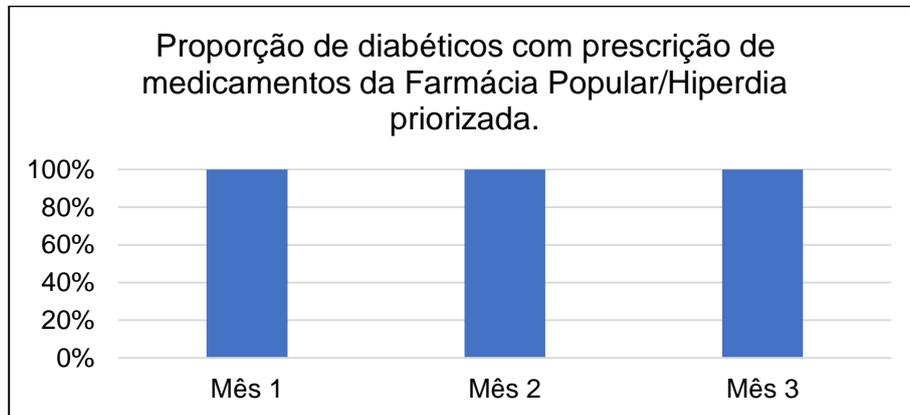


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Durante a consulta médica, também era realizada uma breve anamnese quanto ao passado odontológico do paciente, onde eram investigados fatores como: última profilaxia, uso de próteses, tabagismo, uso rotineiro de bebidas quentes, etilismo e passado prévio de câncer de boca. Após, os pacientes eram referenciados, quando necessário, para atendimento odontológico na própria unidade, onde possuíam prioridade para marcação de consultas. A avaliação foi realizada em 100% dos pacientes, conforme a meta estabelecida previamente.



Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados.

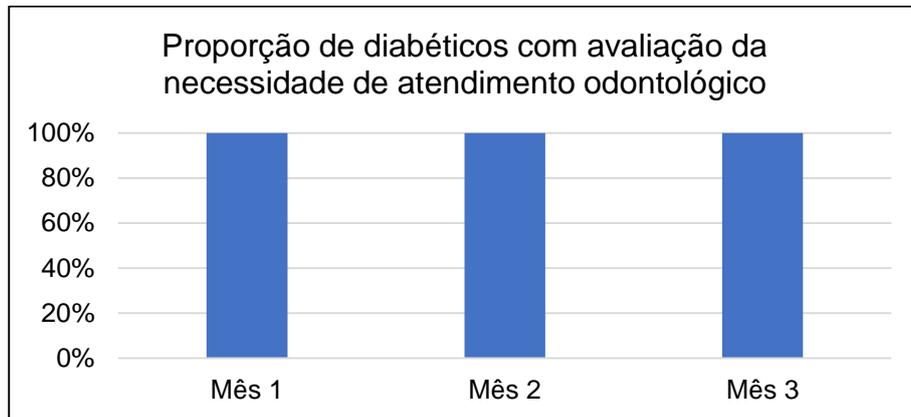


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Com relação aos pacientes faltosos, a equipe foi extremamente cuidadosa em registrar aqueles pacientes que eram convocados para o cadastro no programa, tendo através da ficha-espelho um parâmetro fidedigno para prever a data de retorno dos pacientes. Durante os três meses de acompanhamento, houve apenas três casos de hipertensos e/ou diabéticos que evadiram do cuidado médico, durante o segundo mês. No entanto, através das visitas domiciliares, conseguimos resgatar os três para realizarem as consultas e exames, permanecendo com a meta adequada de nenhum paciente faltoso às consultas.



Figura 11 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados.

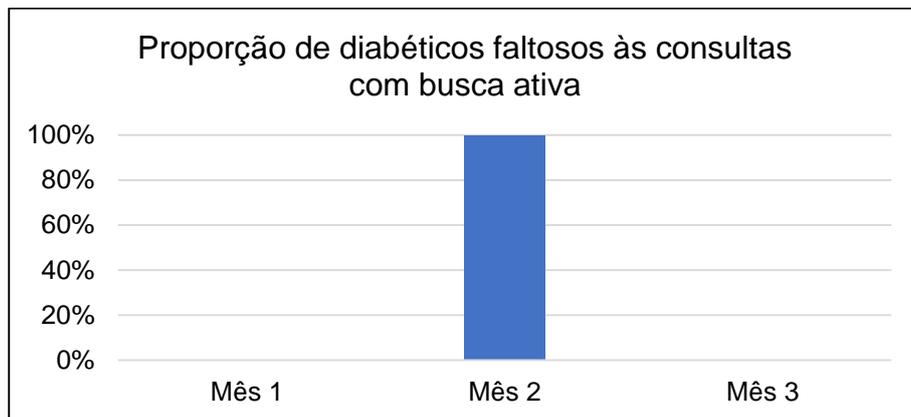


Figura 12 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Durante os três meses de intervenção, nas reuniões de quartas-feiras, também era acompanhado de maneira fiel o correto preenchimento de legibilidade dos prontuários. Todos os prontuários revistos estavam de acordo com o preconizado, contendo as informações pertinentes ao caso clínico e com letra cursiva de fácil entendimento. Assim sendo, a equipe atingiu a marca de 100% neste importante quesito, a qualidade do registro de seu trabalho.



Figura 13 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados.

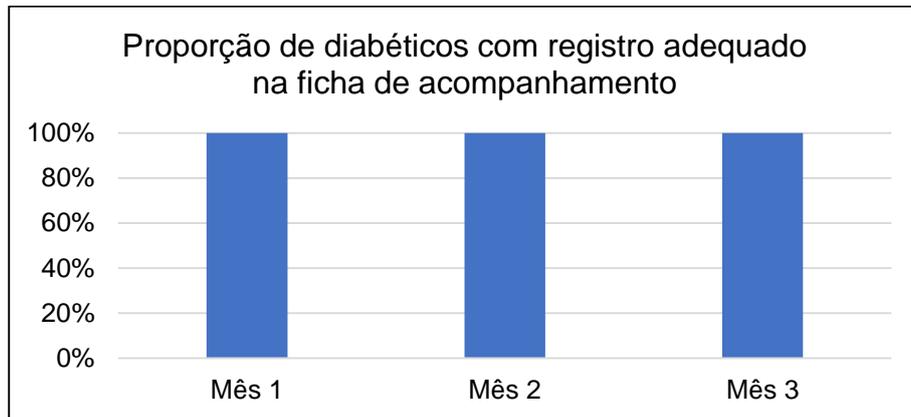


Figura 14 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados.

A estratificação do risco cardiovascular, de acordo com o Escore de Framingham, foi realizada de maneira rotineira em todas as reconsultas (após o resultado dos exames laboratoriais, necessários ao cálculo). De acordo com o risco apresentado, muitos pacientes foram encaminhados para especialistas para terem outros parâmetros de sua saúde avaliados e devidamente protegidos. Creio que esta foi a principal intervenção em todo o projeto. Através da estratificação adequada, foi possível de maneira clara separar os pacientes de acordo com grupos de risco. Com esta informação em mãos será possível, em breve, controlar de maneira mais firme os parâmetros alterados nos pacientes de alto risco, prevenindo mortes evitáveis.

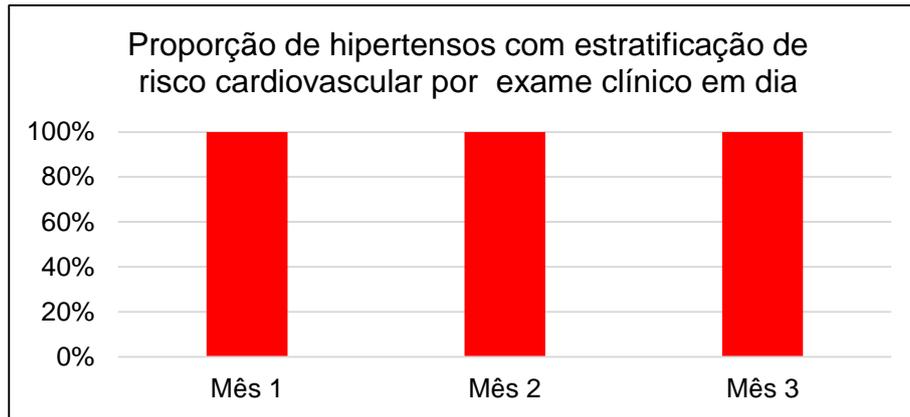


Figura 15 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados.

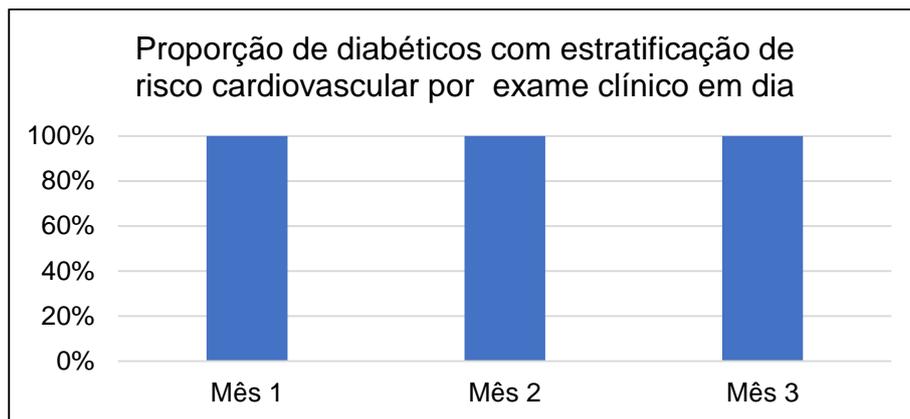


Figura 16 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Na consulta médica, através de orientações verbais e através de folders preparados exclusivamente para este fim, os pacientes foram orientados sobre: hábitos de vida saudáveis, alimentação e dieta, exercício físico, cessação e riscos do tabagismo, além de uma explicação detalhada sobre a importância e técnica da higiene bucal. Apesar de não ser formados nesta área, os médicos receberam treinamento adequado dos dentistas da equipe, estando capacitados a orientar os pacientes sobre os passos básicos da higiene bucal. Os casos mais graves, como já citado anteriormente, eram referenciados para avaliação odontológica. Julgamos esse passo muito importante na intervenção, pois somente através do pleno entendimento

do paciente sobre suas patologias é que podemos almejar um maior controle sobre os efeitos nocivos das mesmas. Compreender que HAS e DM são patologias crônicas, de controle estrito e com potencial de lesão gravíssimo é essencial para que possamos, no futuro, reduzir o número de mortes atribuíveis a essas duas doenças.

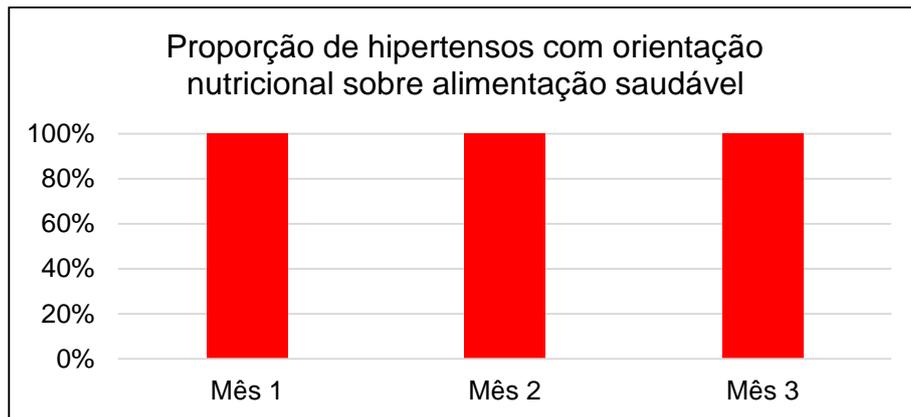


Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Fonte: Planilha de coleta de dados.

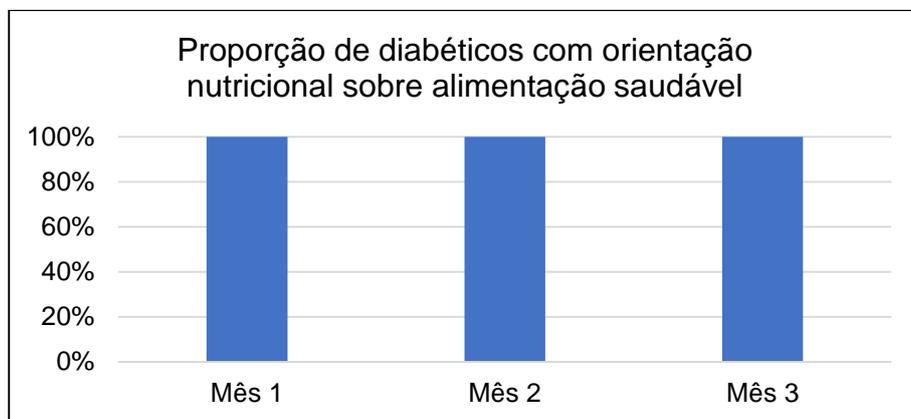


Figura 18 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Fonte: Planilha de coleta de dados.

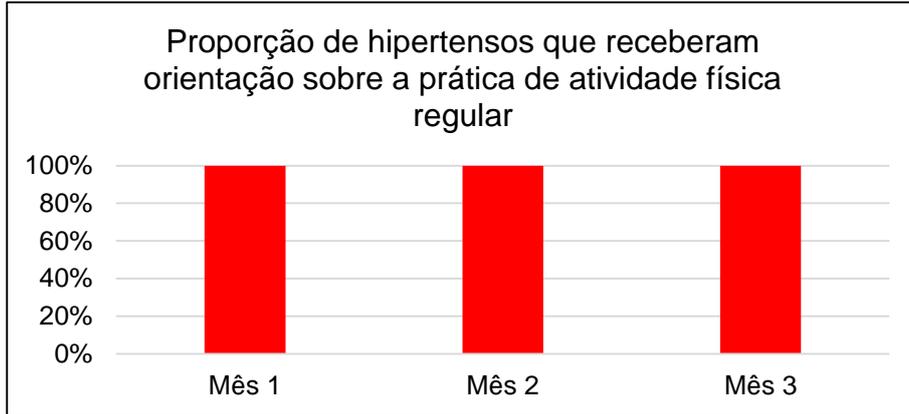


Figura 19 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Fonte: Planilha de coleta de dados.

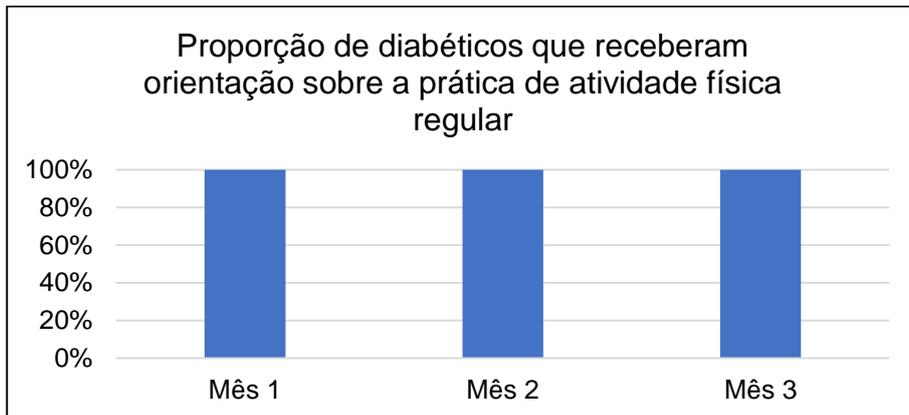


Figura 20 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Fonte: Planilha de coleta de dados.



Figura 21 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Fonte: Planilha de coleta de dados.

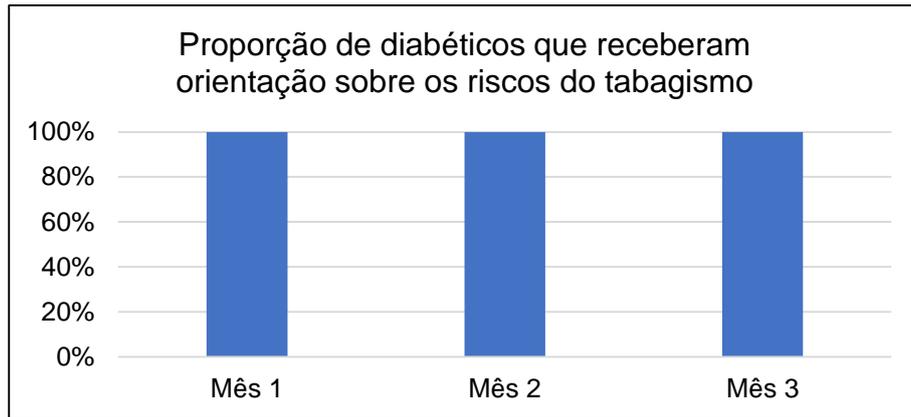


Figura 22 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Fonte: Planilha de coleta de dados.

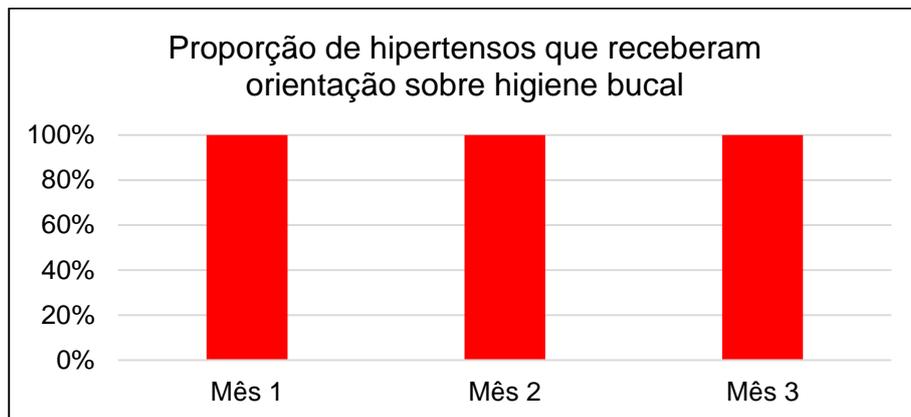


Figura 23 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Fonte: Planilha de coleta de dados.

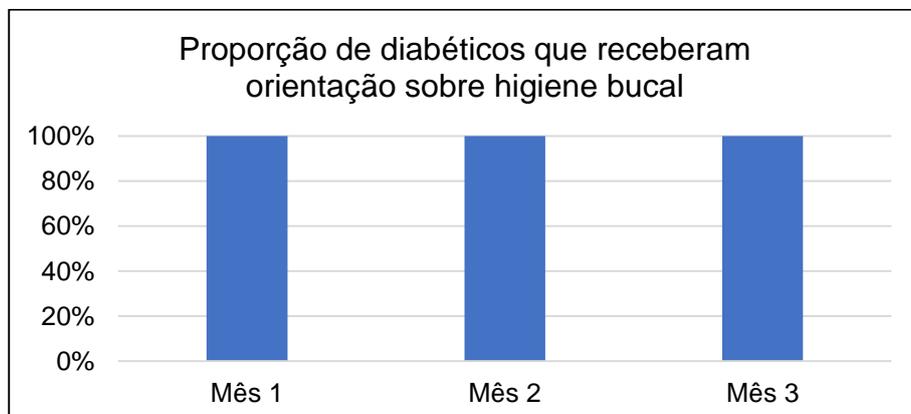


Figura 24 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Fonte: Planilha de coleta de dados.

De maneira geral, os resultados obtidos em três meses de trabalho estão adequados ao empenho e dedicação de toda a equipe. Certamente não teria sido possível atingir as metas propostas, mesmo que parcialmente, sem o apoio de todos os membros da ESF 1 de Estação. É importante, quando chega-se ao fim de uma etapa, olhar para trás e ver o caminho percorrido: no nosso caso, a implementação de uma nova maneira de olhar o paciente portador de doenças crônico-degenerativas. Todos saímos enriquecidos da experiência, com vontade de persistir em nosso cuidado aos pacientes e certamente planejando novas maneiras de melhorar a saúde da população brasileira.

4.2 Discussão

A partir da introdução do projeto de intervenção (PI) “Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético” no município de Estação, houveram muitas mudanças no modo de atender os pacientes portadores dessas duas patologias. Além do benefício clínico pela estruturação das consultas baseadas em manuais padronizados, pôde-se observar melhorias claras na maneira de arquivar as fichas e prontuários, na qualidade dos registros médicos e da equipe de enfermagem além de uma maior agilidade no pedido e resultado dos exames complementares. No tocante à parte clínica, deu-se ênfase na realização do exame dos pés (somente dos diabéticos) e na estratificação de risco cardiovascular (para ambos os grupos), pois não eram medidas realizadas rotineiramente do serviço.

Para que o trabalho fosse possível, foi necessário o esforço conjunto de toda a equipe de saúde da família, composta atualmente de: 2 médicos, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 6 agentes de saúde, 1 técnica de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem, além de 2 recepcionistas e arquivadoras e dos funcionários da farmácia municipal. Inicialmente a equipe mostrava-se bastante apreensiva com o trabalho extra que poderia ser gerado com a inclusão do PI na rotina, mas essa expectativa foi corrigida através da correta programação e divisão igualitária de tarefas entre os membros, de modo a não sobrecarregar nenhuma das partes.

À enfermeira, coube em um primeiro momento providenciar junto à gestão a aquisição e impressão dos materiais necessários (fichas-espelho, folders, tensiômetros, estesiômetros, entre outros). Após essa primeira tarefa, a mesma ficou responsável pelo controle do fluxo de medicações na farmácia do município, acompanhando de perto a dispensação de medicamentos junto com os funcionários da farmácia e prevenindo adequadamente que os mesmos faltassem aos pacientes.

As agentes de saúde ficaram responsáveis, durante esses três meses, por convidar os pacientes sabidamente hipertensos e diabéticos para consultas de revisão, orientando-os para que trouxessem toda a medicação em uso bem como os últimos exames de laboratório. Os pacientes também eram orientados a vir com roupas folgadas de modo a facilitar o exame físico pelo médico. As recepcionistas ficaram responsáveis pela marcação, nas agendas dos médicos e dentista, das

consultas requeridas pelas agentes de saúde aos pacientes-alvo do Projeto. Não houve dificuldades, segundo as mesmas, por estarmos com dois médicos na equipe e a demanda espontânea do município permitir a execução de ações programáticas.

A técnica e auxiliares de enfermagem tinham como principal função o preenchimento do cabeçalho da ficha-espelho. O paciente, após ser atendido por elas, já era encaminhado à consulta com peso, altura, pressão arterial e HGT (caso diabético) medidos e anotados na ficha-espelho. Ao dentista e aos médicos couberam a realização das consultas programadas. Com a marcação de consultas previamente e planejamento, foi possível ter um tempo de consulta adequado permitindo o correto exame físico e anamnese dos pacientes.

A reestruturação do atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos teve um impacto positivo no dia-a-dia do serviço, pois mostrou que o Posto de Saúde é plenamente capaz de atender, além da demanda espontânea, pacientes programados para qualquer ação em saúde de que faça necessária.

Antes da instituição da intervenção, o atendimento era realizado de forma a atender exclusivamente a demanda dos pacientes, sem realizar qualquer tipo de busca ativa para promoção de saúde. Os pacientes retiravam ficha pela manhã ou, em caso de idosos, crianças pequenas, gestantes e pacientes do interior, poderiam realizar marcação da consulta via telefone, com limite de 5 por dia para os médicos. Este esquema é capaz de atender às principais reivindicações dos pacientes, mas não faz jus aos princípios do SUS, que orientam a educação em saúde como pilar da Atenção Básica.

A partir da implantação do PAHD foi possível observar como o serviço é capaz de absorver estas mudanças e adaptar-se para suprir as necessidades do Projeto. Todos da equipe ficaram positivamente surpresos com a facilidade que tivemos, tanto com a gestão como com os próprios pacientes em implementar ações que, até pouco tempo atrás, seriam consideradas complexas demais para ser implementadas na rotina da equipe.

As melhorias trazidas pelo projeto, tanto na atenção em saúde quanto nas medidas de educação e registro, certamente elevaram a um novo patamar a saúde do município de Estação. Resultados já começam a aparecer conforme os pacientes retornam com exames de screening para doença coronariana e carotídea alterados e

são encaminhados para correção ou tratamento clínico adequado. Através dessas medidas esperamos reduzir o risco cardiovascular de nossa população, minimizando o impacto das doenças crônico-degenerativas na saúde do paciente.

A comunidade também respondeu de forma positiva às mudanças do cuidado recebido no Posto de Saúde, exaltando medidas como: atendimento prioritário aos hipertensos/diabéticos; consultas com horário marcado; controle de peso/altura; reforço junto à gestão da necessidade de contratar nutricionista através do NASF e, principalmente, as medidas de educação em saúde através das palestras e folders distribuídos pelas ACS. Por serem priorizados na marcação, mas não na ordem de atendimento (continua sendo efetuado por ordem de chegada), não houve descontentamento da população geral com relação às medidas adotadas. Além disso, toda a comunidade (e não somente os pacientes HAS/DM) é convidada a participar das educações em saúde, pois esperamos transformá-los também em replicadores do conhecimento dentro de seus círculos sociais.

Apesar de termos aumentado a cobertura aos pacientes acima da meta, estamos longe de obter 100% nas duas categorias, mas o trabalho que já foi realizado certamente não será perdido e continuará crescendo para abranger mais doentes.

Embora as ações tenham obtido êxito, poderiam ter sido facilitadas caso as fundações para a implantação do projeto tivessem sido estabelecidas ainda no período de diagnóstico do município. Apesar disso, pelo fato do projeto estar agora incorporado à rotina da equipe, pequenos problemas e ajustes com relação aos horários, pacientes, material e exames complementares serão solucionados aos poucos.

O PAHD já está plenamente incorporado à rotina da equipe, de modo que cada membro sabe suas funções e executa-as normalmente. Algumas dificuldades serão esperadas nos próximos meses conforme nossos registros, em papel, serão passados ao e-SUS para a implantação do prontuário eletrônico, mas já estamos planejando como contornar esses problemas.

De maneira geral, o prognóstico do projeto é muito bom, pois temos apoio da gestão e vontade da equipe em fazer o mesmo funcionar de maneira contínua em nosso serviço. Ficamos muito felizes com os resultados obtidos e esperamos, ao longo dos próximos meses, aumentar a cobertura para chegar o mais próximo possível

de 100%, incluindo tanto pacientes que realizam seu tratamento exclusivamente no SUS quanto aqueles que consultam médicos privados. Prezamos, durante todo o curso da intervenção, pela proteção dos princípios da Atenção Básica: Funcionar como primeiro contato com o SUS; Longitudinalidade; Integralidade e coordenação do cuidado ao paciente com hipertensão e diabetes.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Exma. Sra. Secretária Municipal de Saúde,

Venho por meio deste relatar as atividades realizadas durante o projeto de intervenção em saúde “Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético”, bem como os resultados obtidos após sua conclusão.

Durante os meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2014, por orientação do Programa de valorização da atenção básica (PROVAB), vinculado à Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e no desempenho de minha função como médico da Unidade Básica de Saúde de Estação, desenvolvi um projeto que tinha como objetivo principal a melhora na atenção em saúde oferecida aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes mellitus residentes no município de Estação, Rio Grande do Sul.

O projeto foi aprovado pelos professores e coordenadores da UFPEL, sendo então elaborada, juntamente com a equipe, uma logística de implantação das ações programáticas. Após este período de planejamento, a equipe foi plenamente capacitada a exercer suas funções dentro do projeto e munida com os meios necessários para que estas fossem devidamente registradas. Após uma checagem dos instrumentos a serem utilizados, a equipe deu início ao projeto.

Inicialmente, realizamos um cálculo da estimativa de pacientes portadores de HAS/DM em nosso município. Esse cálculo foi baseado nos relatórios prévios das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), entregues no ano passado. Aos números apresentados, foram acrescentados 10% de modo a permitir uma discreta margem de erro

para os pacientes com diagnóstico recente (após o inquérito) ou que, por algum motivo, não tenham referido patologias às ACS. Ao final, obtivemos uma estimativa de 440 hipertensos e 90 diabéticos, sendo que alguns pacientes fazem parte dos dois grupos.

Ao iniciar o projeto, a meta de cobertura populacional era de 30% dos hipertensos e 50% dos diabéticos. Ao final do primeiro mês, contávamos com 8,9% de cobertura para hipertensos e 22,2% para os diabéticos. No segundo mês obtivemos um salto, com 21,1% dos hipertensos e 48,9% dos diabéticos cadastrados. Por fim, no último mês de intervenção, chegamos ao número de 35,2% dos pacientes hipertensos e 80% dos pacientes diabéticos devidamente cadastrados no programa.

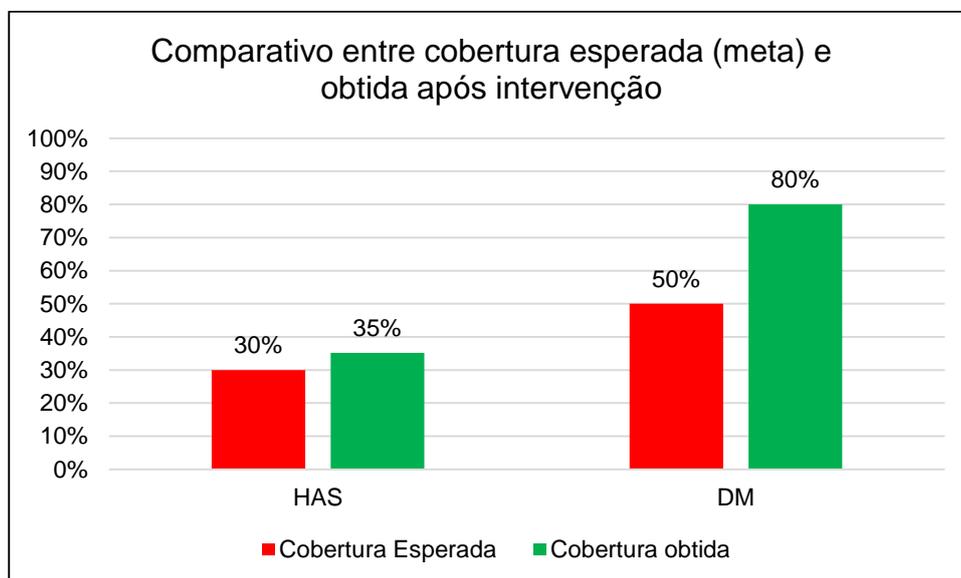


Figura 25 – Comparativo entre cobertura esperada (meta) e obtida após intervenção. Fonte: Planilha de coleta de dados

Entre as dificuldades encontradas para cadastrar os pacientes puramente hipertensos (sem diabetes associada) estão: despreocupação com a doença, bom nível de controle, uso de medicina privada e dificuldades com horário do expediente do posto de saúde.

O resultado obtido com os pacientes diabéticos, no entanto, foi muito positivo. Apesar de encontrarem-se nesse grupo pacientes desafiadores clinicamente, são o grupo mais suscetível à redução de risco através do tratamento e educação em saúde. Durante a marcação de consultas voluntárias, pedimos às ACS que priorizassem a

marcação dos pacientes diabéticos (fator que pode ter levado à assimetria de resultados), especialmente daqueles com HAS associada. Esta medida tinha como objetivo atingir o maior número possível de diabéticos e verificar, de maneira fiel, o controle glicêmico dos mesmos.

O maior sucesso da equipe, durante esses três meses, foi a manutenção dos indicadores de qualidade dentro da meta esperada de 100%. O protocolo extraído do manual: Cadernos de Atenção Básica (HAS e DM) foi seguido à risca durante as consultas com agilidade nos encaminhamentos e exames, busca ativa aos pacientes faltosos e rigorosidade nas atividades educativas à população.

Durante os três meses de intervenção, nas reuniões de quartas-feiras, também era acompanhado de maneira fiel o correto preenchimento de legibilidade dos prontuários. Todos os prontuários revistos estavam de acordo com o preconizado, contendo as informações pertinentes ao caso clínico e com letra cursiva de fácil entendimento.

A estratificação do risco cardiovascular, de acordo com o Escore de Framingham, foi realizada de maneira rotineira em todas as consultas. De acordo com o risco apresentado, muitos pacientes foram encaminhados para especialistas para terem outros parâmetros de sua saúde avaliados e devidamente protegidos. Através da estratificação adequada, foi possível de maneira clara separar os pacientes de acordo com grupos de risco. Com esta informação em mãos será possível, em breve, controlar de maneira mais firme os parâmetros alterados nos pacientes de alto risco, prevenindo mortes evitáveis.

Na consulta médica, através de orientações verbais e através de folders preparados exclusivamente para este fim, os pacientes foram orientados sobre: hábitos de vida saudáveis, alimentação e dieta, exercício físico, cessação e riscos do tabagismo, além de uma explicação detalhada sobre a importância e técnica da higiene bucal. Julgamos esse passo muito importante na intervenção pois somente através do pleno entendimento do paciente sobre suas patologias é que pode-se almejar um maior controle sobre os efeitos nocivos das mesmas. Compreender que HAS e DM são patologias crônicas, de controle estrito e com potencial de lesão gravíssimo é essencial para que possamos, no futuro, reduzir o número de mortes atribuíveis a essas duas doenças.

O esforço da Equipe de Saúde da Família 1 em garantir o sucesso do projeto de intervenção foi louvável, sendo a mesma merecedora de grande apreço por toda a população abrangida.

V. Sr.^a teve um papel fundamental na execução de nosso projeto, fornecendo os meios com os quais pudemos realizar nossas atividades. Através dos recursos fornecidos pela Secretaria de Saúde, o Posto de Saúde adquiriu: 4 estesiômetros, 4 esfigmomanômetros, 4 fitas métricas, 2 martelos de reflexos profundos, além de todo o material impresso para o registro e divulgação de nossas atividades. Por sua dedicação em prol do projeto, a Equipe de Saúde da Família 1 lhe agradece e reforça a certeza de que o projeto continuará de forma permanente na rotina da equipe, melhorando cada vez mais e expandindo-se para abranger toda a população do município.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

A Secretaria de Saúde, juntamente com a Equipe de Saúde da Família número 1, vem através desse relatório divulgar as mudanças obtidas através do projeto: “Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético”

Durante os meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2014 a equipe realizou atividades que tinham como objetivo principal a melhora da atenção aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes, duas doenças muito comuns em nossa comunidade e que, se não tratadas, podem causar complicações como: Infarto do miocárdio, Cegueira, Insuficiência renal, Acidente vascular cerebral (Derrame), entre outras.

A Secretaria de Saúde foi essencial na realização do projeto, fornecendo verba para que fossem comprados novos materiais para a Unidade Básica de Saúde. Através dessa compra, o município dispõe de meios para que as doenças e complicações sejam diagnosticadas a tempo, melhorando o serviço de saúde.

Os resultados obtidos após a intervenção foram:

1. Cadastramento de 35,2% dos HIPERTENSOS ao final de 3 meses;
2. Cadastramento de 80% dos DIABÉTICOS ao final de 3 meses;
3. 100% dos pacientes com exames de laboratório em dia;
4. 100% dos pacientes com eletrocardiografia em dia;
5. 100% de presença nas consultas, por parte dos pacientes;
6. 100% da verba gasta com materiais que permanecerão na unidade após o término do projeto;
7. 100% dos pacientes receberam informativos sobre alimentação saudável, exercício físico, riscos do uso de cigarro e saúde bucal;
8. 100% dos pacientes receberam avaliação quanto à necessidade de avaliação com o dentista.

Seguem alguns depoimentos de membros da comunidade sobre o projeto, colhidos após as consultas:

PACIENTE A: “A realização das consultas foi muito legal, pois sou jovem e iniciei desde muito cedo meus quadros de pressão alta. Durante a consulta, o médico me explicou sobre os riscos que a pressão alta pode trazer para minha vida no futuro e que a melhor maneira de prevenir essas doenças é cuidando a alimentação e fazendo atividade física, além de usar os remédios todo dia.”

PACIENTE B: “Gostei muito da atenção recebida de todos no posto de saúde. Nunca tinha vindo aqui, pois consultava somente com médico particular. Fiquei muito feliz com o atendimento e, apesar de manter acompanhamento com meu médico que me trata há muito tempo, sei que posso contar com o atendimento de qualidade no posto sempre que precisar.”

PACIENTE C: “Me trato no posto há 20 anos mais ou menos para a pressão alta e diabetes. Nunca tinha sido feito um atendimento tão completo, com exame até dos pés! Espero que o atendimento continue assim, pois agora sim senti firmeza no tratamento.”



Figura 26 – Palestra na comunidade sobre alimentação saudável e exercício físico



Figura 28 – Material impresso para divulgação do programa e educação em saúde.



Figura 29 – Material adquirido com recurso do município para permitir o adequado exame físico dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Como todos podem perceber através dos depoimentos dos membros da comunidade, a percepção de todos sobre o projeto foi muito positiva, sendo que poucas críticas foram relatadas.

Ficamos muito felizes em receber o apoio da comunidade para que projeto tivesse sucesso. Afinal, somente através da colaboração dos pacientes é que conseguimos atingir nossas metas de atendimento e proporcionar um melhor atendimento médico, odontológico e de enfermagem.

Gostaríamos de lembrar que a parte inicial do projeto foi realizada nesses 3 meses, mas que o mesmo continuará como rotina da equipe, ou seja, aqueles pacientes que ainda não foram atendidos serão buscados através das Agentes de Saúde para que realizem consulta médica e/ou odontológica.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar minhas atividades no Curso de Especialização de Saúde da Família, tinha muitas expectativas e incertezas: será que o meio de comunicação (internet) será adequado ao aprendizado? Será que conseguirei entregar as tarefas em dia? Será que a intervenção será bem sucedida? Será que utilizarei as informações obtidas na prática diária?

Conforme conheci o ambiente virtual, pude perceber a seriedade com que os professores orientadores do curso coordenam o processo de ensino. Desde o início, fui motivado a entregar as tarefas em dia e não deixar conteúdos atrasados, pois me prejudicaria no futuro. Semana após semana, realizei e enviei minhas atividades pelo espaço virtual, com feedback rápido e construtivo de minha orientadora.

Inicialmente, o preenchimento dos questionários era muito cansativo, mas sabia que iriam ser utilizados para o diagnóstico situacional da UBS, que por sua vez seria muito importante para o planejamento da intervenção. Conforme o tempo passou aquelas tarefas que inicialmente pareciam desconexas acabaram tornando-se a base para a construção de meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), através do Projeto de Intervenção (PI).

Essa atitude do Curso ensinou muito sobre as vantagens de fragmentar o trabalho para facilitar sua conclusão, pois caso o não fosse exigida semanalmente a entrega das atividades, ao invés de um trabalho quase concluído estaria agora com uma pilha de dados desorganizados e sem ideia de como montar o volume final.

As atividades de caso clínico também foram de grande valia, pois através delas pudemos testar nossos conhecimentos e aprimorar nosso raciocínio diagnóstico. Além de resolver as tarefas propostas, tivemos a oportunidade de discutir nos fóruns sobre os casos interativos do curso, bem como dúvidas clínicas da prática diária dos colegas. Esse intercâmbio de informações é essencial para o

desenvolvimento do pensamento crítico com relação ao atendimento dos pacientes no SUS.

Por mais que o Brasil tenha evoluído muito em saúde nos últimos 20 anos, ainda temos problemas crônicos em nossas instituições, tais como: demora nas consultas com especialistas, demora na realização de exames complementares, atrasos nos pagamentos e deficiência de profissionais. Através dos mesmos fóruns, conseguimos conversar com os outros profissionais, saber como é a situação nos municípios deles e sugerir soluções para os problemas identificados. Tudo isso com a supervisão e orientação dos professores do Curso, sempre presentes nos debates.

Através do Teste de Qualificação Cognitiva (TQC), o aluno pode avaliar como está seu processo de aprendizagem ao resolver questões elaboradas pela coordenação do curso. Isso é muito importante pois frequentemente o profissional da saúde vai enfrentar situações similares às questionadas, devendo ter raciocínio rápido e seguro para o bem do paciente.

Com a análise situacional pronta, coube aos alunos desenvolver um Projeto de Intervenção, com intuito de melhorar algum aspecto da Atenção Básica do município em que atua. Em Estação, o projeto mais relevante seria melhorar o atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos.

O município já possuía um excelente atendimento clínico, mas pecava nos registros de qualidade de seus atendimentos e pela ausência de um indicador fiel de cobertura populacional. Através do Curso de especialização, fomos guiados através do processo de elaboração e implantação de uma intervenção em saúde. Muitas vezes, o próprio curso disponibilizou materiais e planilhas para facilitar o trabalho dos alunos, tornando muito mais fácil administrar o tempo disponível e as atividades do dia-a-dia.

Ao final de intervenção, olhando para trás, é possível perceber o enorme crescimento que esse processo proporcionou a mim, como médico, e à equipe como um todo. Fortaleceu nossa habilidade de planejamento, de comunicação e nosso senso de dever. Além disso, despertou na equipe a vontade de mudar a realidade da população através de atos simples que unem-se para compor uma grande mudança.

Mudei minha concepção sobre educação à distância. Antigamente pensava que não era possível aprender satisfatoriamente sem um professor presencial para tirar as dúvidas, mas vi que a internet é uma excelente ferramenta para proporcionar ao aluno os meios de aprender.

Os ensinamentos repassados durante este ano certamente permanecerão comigo por toda a vida profissional, pois serviram para qualificar meu atendimento e entendimento da metodologia científica. Foi muito importante ter a oportunidade de implantar um projeto de intervenção e ver seus frutos, bem como aprender a redigir adequadamente o trabalho de conclusão. Espero aprender ainda mais nos próximos anos sobre saúde da família, pois é um tema essencial a todos os médicos brasileiros, em especial aos que trabalham na Atenção Básica.

6 Referências bibliográficas

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes care**, vol. 37, p. 14-80, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônicos**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132p.

CAMPOS, G. A. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411 p.

DUNCAN, B; SCHMIDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1976p.

GRANDI, A. et al. Logitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal of Hypertension**, vol. 19, p. 140-145, 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Apoio técnico em monitoramento a avaliação em Ações de saúde: Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outro fatores de risco para doenças cardiovasculares**. 1.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 54 p.

JAMES, P. et al. Evidence-based guideline for the management os high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the eight Joint National Committee. **Journal of the American Medical Association**, vol. 311, p. 507-520, 2014.

ONYSKO J. et al. Large increase in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. **Hypertension**, v. 48, p. 853-860, 2006.

SCHMIDT, M. et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, p. 1949-1961, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 95 (supl. 1), p. 1-51, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. 1.ed. Genebra: World Health Organization, 1999. 59 p.

ANEXO D – Documento do comitê de ética em pesquisa



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



APÊNDICE A – Material informativo impresso



Prefeitura Municipal de Estação
Secretaria Municipal de Saúde
Estratégia de Saúde da Família
Equipe de Saúde da Família 01

Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS:

- ▶ 1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos: Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.
- ▶ 2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!
- ▶ 3. Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).
- ▶ 4. Prefira temperos naturais como: alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros. Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.



- ▶ 5. Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.
- ▶ 6. Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.
- ▶ 7. Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.
- ▶ 8. Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi). Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.
- ▶ 9. Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.
- ▶ 10. Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.



Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2012).



Orientação geral para a dieta do Diabético:



INGERIR A QUANTIDADE DESEJADA (LIVRE)

Acelga, agrião, alface, almeirão, mostarda, brócolis, taioba, chicória, repolho, couve, espinafre; Pepino, pimentão, tomate, rabanete, couve-flor, abobrinha (tipo italiana); Palmito, aspargo, broto de bambu, aipo, jiló, maxixe, berinjela; Cebola cebolinha, coentro, hortelã, salsa, chás e sucos de limão com adoçante.



INGERIR CONFORME PLANEJAMENTO ALIMENTAR (MODERADO)

Abóbora, beterraba, cenoura, chuchu, nabo, quiabo, vagem; Ervilha fresca ou seca, feijão, grão-de-bico, lentilha, milho-verde; Leite, manteiga ou margarina, queijo, iogurte, coalhada; Pão, arroz, macarrão, farinhas, biscoito de sal ou água; Mandioca, batata inglesa, batata doce, cará, inhame; Carne bovina (magra), aves, peixes, ovos, vísceras e moluscos; Maionese, carne e pescado defumados, salsicha, linguiça, chouriço, salame; **Produtos dietéticos tipo:** pudim, "flan", chocolate, refrigerantes, geleia, gelatina.



VOCÊ DEVE EVITAR

Doces, bolos, leite condensado, chocolate e biscoitos não dietéticos; Achocolatados (Nescau, Toddy), farinha Láctea; Carnes salgadas e toucinho, frituras; Bebidas alcoólicas e refrigerantes comuns.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 01

Quantidade de sal nos alimentos ricos em sódio:

Fontes de maior teor de sódio	Equivalente de sal	Porção
Salgadinhos industrializados	1,5 g de sal	1 pacote pequeno
Pizza e salgados	1,5 g– 2,5 g de sal	1 unidade média
Biscoitos salgados e pães	0,5 g – 1 g de sal	1 unidade pão(50 g)
Queijos	1 g – 0,3 g de sal	1 fatia 20 g
Embutidos: linguiça, salame, presunto, salsicha, hambúrguer, patê	1 g – 0,5 g de sal	1 fatia, ½ unidade (20 g)
Condimentos: mostarda, maionese, ketchup, shoyo	2 g – 0,5 g de sal	1 colher de sobremesa rasa
Conservas e enlatados: milho, ervilha, extrato de tomate, azeitona, pepino	0,5 g – 1 g de sal	1 colher de sopa rasa
Temperos e caldos prontos, sopas instantâneas; massas pré-cozidas e temperadas	4 g – 5 g de sal	1 unidade
Carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca, defumados)	6 g – 8 g de sal	1 pedaço pequeno (60 g)

APÊNDICE B – Camiseta do grupo de HAS/DM



APÊNDICE C – Convite para consulta

CONVITE PARA CONSULTA

Estimado(a) _____, você está sendo convidado(a) para participar do **Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético (PAHD)** do Município de Estação. Você será encaminhado para consulta médica, a ser realizada no dia ____ de _____ de _____, no turno da _____, sendo o horário de chegada _____ na UBS.

Solicitamos que tragam no dia da consulta:

- Lista ou receita das medicações em uso;
- Exames mais recentes (de sangue);
- Outros exames (eletrocardiograma, teste de esforço, etc.) (se os tiver);
- Atestados de consultas com cardiologista e outros médicos (se os tiver);
- Carteira do hipertenso/diabético (se tiver);
- Ao chegar para consulta passar diretamente com a Enfermagem (Sala de Pressão)



No dia da consulta, favor comparecer com roupa confortável para facilitar o exame físico e com calçados adequados para exame dos pés. Contamos com sua presença!

APÊNDICE D – Encaminhamento para avaliação odontológica

 <p>Prefeitura Municipal de Estação Secretaria Municipal de Saúde Estratégia de Saúde da Família Equipe de Saúde da Família 01</p>	<p>PAHD - PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E</p> <p>Encaminhamento Médico para avaliação Odontológica:</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Data da consulta odontológica: ___/___/___ () Manhã () Tarde</p> <p>Dr.: _____</p>
---	---