

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA UBS UNIDADE SANITÁRIA DE
ARVOREZINHA/RS**

ANA PAULA ALMEIDA SERAFINI

Pelotas, 2015

ANA PAULA ALMEIDA SERAFINI

Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS Unidade Sanitária de Arvorezinha/RS

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

Orientadora: Alexandra da Rosa Martins

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

S481m Serafini, Ana Paula Almeida

Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS Unidade Sanitária de Arvorezinha/RS / Ana Paula Almeida Serafini; Alexandra da Rosa Martins, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

65 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da família (EaD) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Martins, Alexandra da Rosa, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que tem me acompanhado e tem me orientado na profissão que escolhi, aos meus pais pelo suporte dado às minhas escolhas, aos meus irmãos pelo companheirismo, ao meu noivo pela compreensão quanto à minha ausência durante o ano de 2014, motivada pelo trabalho e estudo.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração, especialmente à minha orientadora professora Alexandra Da Rosa Martins que não somente desempenhou seu papel com dedicação superando minhas expectativas como também me ouviu e aconselhou nos momentos árduos dessa caminhada.

Aos meus pais por depositarem em mim confiança desde pequena, por me fazerem seguir adiante em busca dos meus objetivos, superando as adversidades em busca da felicidade, e conseqüentemente pelo afinho pela profissão.

Aos meus irmãos Luis Gustavo Almeida Serafini e Paulo Ricardo Almeida Serafini por terem sido meus companheiros, por estarem sempre disponíveis para me ouvirem e me orientarem a buscar os meus sonhos.

Ao meu namorado, companheiro, colega e noivo Ernani Signor Romagna por ter dividido comigo esses últimos seis anos, por ter sido meu amigo desde o início da faculdade, meu colega disposto a discutir casos clínicos e a fornecer consolo sempre que requisitado

Aos meus amigos Bernardo de Lima, Vinícius Burille, Tamiris Strapazon, Anderson Souza, Bárbara Lupi, Aline Dal Pozzo Antunes por me encorajarem a sonhar e estabelecer metas além do que pensava serem minhas limitações, pois como já dizia Augusto Cury “Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir!”

À equipe da Unidade Sanitária de Arvorezinha e aos pacientes por terem me recebido de forma tão acolhedora e por demonstrarem por mim, confiança como profissional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde	42
Figura 2	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	43
Figura 3	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo	44
Figura 4	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada	45
Figura 5	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	46
Figura 6	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	47
Figura 7	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	48
Figura 8	Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	49
Figura 9	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	50
Figura 10	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	51
Figura 11	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	51
Figura 12	Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	52

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
CEO	Centro Especializado Odontológico
CP	Citopatológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JNC8	VIII Joint National Committee
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NAB	Núcleo de Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VD	Visitas Domiciliares

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	30
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	36
3 Relatório da Intervenção	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	40
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	41
4 Avaliação da intervenção	42
4.1 Resultados	42
4.2 Discussão	52
4.3 Relatório da intervenção para gestores	54
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	56
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	59

6 Bibliografia	61
Anexos	62
Anexo 1 – Documento do Comitê de Ética	62
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	63
Apêndices- Ficha Espelho	64

Resumo

SERAFINI, Ana Paula Almeida. **Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS Unidade Sanitária de Arvorezinha/RS**. 2015. 65f.; il. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

As doenças cardiovasculares representam no Brasil a maior causa de morte (BRASIL, 2006). Nesse contexto, faz-se necessária a utilização de medidas de controle dos agravos e prevenção de riscos dessa população, uma vez que o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também estão entre as primeiras causas de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013). Para tanto, considerou-se importante a implementação de ações que visassem o aumento do número de pessoas acompanhadas nas Unidades de Saúde acometidas por essas patologias, bem como a melhoria na qualidade do acompanhamento dessas pessoas, conseqüentemente a melhoria da atenção a esses usuários. Foram elaboradas ações de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica e realizou-se uma intervenção durante 12 semanas. Nossos resultados foram positivos, finalizamos o terceiro mês da intervenção com um total de 220 hipertensos (70,5%) e 42 diabéticos (89,4%) cadastrados e melhoramos a qualidade do atendimento, dos registros, e das orientações de promoção da saúde. As ações já foram incorporadas a rotina do serviço, e a equipe esta preparada para dar continuidade a essa ação programática, mesmo com a saída da médica da equipe.

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

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas. Apresenta uma intervenção que teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde a pacientes hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Unidade Sanitária do município de Arvorezinha, Rio Grande do Sul. O volume está organizado em cinco tópicos. Na primeira parte observamos a análise situacional. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo de 12 semanas. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada. No quarto item encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Na quinta e última parte apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o trabalho, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1. Análise situacional

1.1 Situação da ESF/APS em meu serviço

A Unidade Sanitária de Arvorezinha conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Há aproximadamente um mês faço parte da equipe 2. A unidade de saúde dispõe de boa estrutura física e profissional, uma vez que também possui atendimento da pediatra e gineco-obstetra, que auxiliam na diminuição da demanda além de proporcionar melhor atendimento e manejo de pacientes que necessitariam de encaminhamento a centros de referência, assim o serviço se aproxima a comunidade desses especialistas pelo maior contato, além de diminuir o tempo de espera por essas consultas, e conta com o apoio do NASF. Senti-me mais segura quanto ao meu trabalho, pois a UBS possui recursos mínimos para que eu possa exercer Medicina de qualidade, conforme os conhecimentos obtidos ao longo da graduação. No entanto, devido à minha pouca experiência na Atenção Básica, há vários desafios a serem enfrentados, como o manejo de pacientes acamados, a dificuldade de acesso aos pacientes das áreas rurais, o uso abusivo de antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos pela população.

O funcionamento dos agendamentos ocorre da seguinte forma: os pacientes buscam a UBS antes do horário inicial de atendimento, para, assim que aberta, serem distribuídas 10 fichas de atendimento em cada turno. Por exemplo: nas segundas-feiras atendo o dia inteiro, logo, são distribuídas 20 fichas pela manhã; nos demais dias, atendo consultas somente pela manhã, pois nas terças-feiras à tarde temos a reunião da nossa equipe com a enfermeira, técnico de enfermagem e com 8 ACS em uma sala de reunião; nas quartas-feiras à tarde ocorre a VD e nas quintas e sextas à tarde são os meus turnos livres para estudos no EAD. Quanto à demanda espontânea, para aqueles pacientes que chegam com casos de diarreia, odinofagia, febre, pico hipertensivo ou outra situação de enfermidade, são acolhidos pela enfermeira, que informa ao médico a situação de saúde da pessoa e o médico avalia a necessidade da consulta imediata. Quanto aos ACS, todas as duas áreas possuem 8 ACS cada, não há sala específica para os ACS, sendo que eles se reúnem numa sala no subsolo da unidade destinada a reuniões. Percebo que as equipes interagem e também planejam ações em conjunto, assim a existência de duas equipes numa mesma UBS auxilia no atendimento dos pacientes, uma vez que quando uma das equipes não se

encontra presente, seja devido a estar em reunião ou em VD, a outra equipe a assiste, no entanto há a questão de as equipes possuírem certas peculiaridades e trabalharem de certo modo diferente, fato esse que pode ser fator desencadeante de conflitos entre as equipes por essas dividirem um mesmo ambiente físico.

Quanto aos programas de pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo uterino, saúde do idoso, cuidado ao portador de diabetes e hipertensão, ocorre da seguinte forma: o pré-natal é realizado pela Gineco-Obstetra que atende 1 vez na semana na UBS do centro (Unidade Sanitária de Arvorezinha) e 1 vez na UBS do bairro (Unidade Nossa Senhora das Graças). Quanto à puericultura, ocorre da mesma forma pelo pediatra. Não há na UBS programas específicos para saúde do idoso ou para manejo de hipertensão e diabete. No que tange à prevenção de cânceres de mama e colo de útero, sempre durante as consultas as pacientes são abordadas sobre a importância do rastreio, e assim que deixam o consultório médico, agendam com a enfermeira a data para coleta do CP e agendam a mamografia, nos municípios de Ilópolis ou Passo Fundo, sendo essas transportadas pela van do município.

Espero que a especialização em Saúde de Família auxilie no aprimoramento do meu trabalho a fim de que possa desempenhar um atendimento completo à população, atuando não só no manejo das patologias crônicas, bem como podendo atuar na promoção de saúde, criando vínculo de respeito e confiança com a população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Conforme últimos dados do IBGE de 2010, o município de Arvorezinha possui em torno de 10.225 pessoas, população rural de 3.952, e urbana de 6.273 habitantes, havendo, no município, duas UBS: a Unidade Sanitária de Arvorezinha, que conta com duas equipes de ESF; e a Unidade Nossa Senhora das Graças, que conta com uma equipe de ESF. No município há um hospital que não atende o SUS. No entanto, há convênio com o município. Assim, os pacientes avaliados na UBS como urgência ou emergência são encaminhados ao hospital e transportados pela ambulância, sendo esses, atendidos gratuitamente (as despesas são arcadas pelo município).

Quanto aos exames realizados na UBS, realiza-se somente hemoglicoteste, os demais como os laboratoriais são realizados no município, também via convênio com a prefeitura, sendo a maioria dos exames cobertos somente em parte

(conhecidos como desconto) pelo município. Os encaminhamentos para a atenção especializada são disponíveis em várias áreas, a grande maioria via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Esses levam um período (entre trinta a sessenta dias, aproximadamente) para terem as consultas realizadas, sendo que os casos de maior urgência têm espera de sete dias. É o caso de encaminhamento para Mastologista, quando se tem um diagnóstico de câncer de mama. Há também um convênio municipal com o hospital local, em que há possibilidade de encaminhamento para cirurgia geral e para avaliação clínica ou internação nos casos que demandem essas ações, sendo que o paciente é atendido gratuitamente. O município não conta com CEO.

Em relação à Unidade Sanitária de Arvorezinha, atuam duas equipes de ESF (ESF 2 e ESF 3), compostas, cada uma, por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico e 8 ACS por equipe.

A UBS possui equipe de apoio composta por uma técnica de enfermagem responsável pela sala de vacinas, juntamente com o coordenador das equipes de ESF que é enfermeiro, duas recepcionistas, uma psicóloga, uma ginecologista e um obstetra, que atendem uma vez na semana em cada UBS, assistente social no CRAS. Não há atendimento odontológico na UBS, esse atendimento ocorre somente na outra UBS do município, o que dificulta o acesso dos nossos pacientes pela distância e falta de vínculo com aquela UBS.

A Unidade Sanitária de Arvorezinha conta com boa estrutura física, com sala de vacina, de procedimento, três consultórios médicos, um de enfermagem, um de acolhimento, farmácia, sala de reuniões, sala da secretaria de saúde e de sua secretária, cozinha, expurgo, sala de esterilização com autoclave, 2 banheiros para funcionários e 2 para a população sendo um para cadeirante). Um dos aspectos negativos em relação à estrutura é o fato da secretaria de saúde dividir o mesmo prédio da UBS e também a presença de duas equipes de ESF na mesma estrutura física, isso gera impressão de serem uma única equipe, o que prejudica o vínculo. Nesse sentido, entendo que a autonomia das equipes de ESF deveria ser mais estimulada.

Em relação às equipes de ESF, essas são muito peculiares, a minha área de abrangência (ESF 2) situa-se no centro do município e boa parte da região rural, sendo que a população domiciliada no centro possui as melhores condições sociais do

município: 17,63% possuem planos de saúde e muitos consultam com o clínico particular que atende no hospital. Nesse contexto, a demanda da ESF 2 é um pouco menor que a da ESF3, que possui como região de atuação parte da periferia do município (região em torno do centro), região essa, mais vulnerável socialmente, porém menos vulnerável que o conhecido “bairro” do município, onde há atuação da ESF 1 (localizada na unidade de saúde Nossa Senhora das Graças). Quanto às atribuições da equipe, percebo que os profissionais são responsáveis e comprometidos, os mais envolvidos na minha equipe são o técnico, a enfermeira e as 8 ACS, que são responsáveis por ações como participação de territorialização, identificando grupos vulneráveis, realizando atualização /cadastramento das famílias, atuando no cuidado da saúde da população adscrita, com ações determinadas pelas necessidades de saúde da população local, participando do acolhimento dos usuários, na realização de busca ativa, na realização de reuniões de equipe semanais, no acompanhamento e avaliação de ações implementadas, além das demais atribuições específicas de cada profissional.

Em relação à população adscrita, conforme os dados do SIAB, a Unidade Sanitária de Arvorezinha (abrangendo ESF 2 e 3) fornece atendimento a 2011 famílias, totalizando número de 6079 consultas, não incluídas nessas as consultas de puericultura, pré-natal e puerpério, pois essas são realizadas pelos especialistas que atuam na unidade. Do total de atendimentos, 1183 dizem respeito a consultas de idosos (desses, 539 homens e 644 mulheres), 141 diabéticos e 853 hipertensos.

Quanto à demanda espontânea, os pacientes são acolhidos pela equipe (técnico e enfermeira). Os pacientes não agendados são ouvidos por esses profissionais e de acordo com a necessidade são encaminhados para consulta médica. Ao chegar à UBS, o paciente é conduzido a uma sala de triagem onde é realizado a escuta do paciente e aferidos os sinais vitais do mesmo. Sendo uma consulta não agenda, a enfermeira se dirige ao profissional médico e informa o resumo do quadro clínico do paciente, motivos que o trouxeram ali naquele momento e resultado dos sinais vitais aferidos. Em linhas gerais, o paciente usualmente não aguarda mais que trinta minutos entre a sua chegada a UBS e seu acolhimento, podendo levar pouco mais tempo para consulta médica.

Constatando-se a real necessidade de atendimento naquele momento, seja devido ao risco biológico à saúde ou por vulnerabilidade social, este paciente é encaminhado à consulta médica. Em contrapartida, os casos julgados não imediatos,

são orientados por mim a retornarem em outro momento através do agendamento de consulta. Caso haja excesso de demanda espontânea e conforme o quadro clínico, o usuário é atendido e eu acabo sobrecarregando-me.

A UBS também realiza serviço de cuidado no domicílio do paciente, quando a condição do mesmo não o permita ou ao menos dificulte sua locomoção ao posto de saúde. As visitas domiciliares (VD) são realizadas pelo profissional médico acompanhado da enfermeira ou da técnica em enfermagem e, às vezes, do ACS.

Em relação à saúde das crianças de 0 a 72 meses, os atendimentos em sua maioria são realizados pelo pediatra. A médica da ESF atende somente os casos de demanda espontânea ou quando o pediatra não esteja atendendo. Não há, no serviço, protocolo ou manual técnico, não há monitoramento e avaliação do programa de puericultura e o que se percebe é que, embora haja registro desses pacientes, a qualidade dos registros não é muito boa. Além disso, a população é acostumada a levar os filhos à consulta com o pediatra e não são muito receptivas ao acompanhamento desses pelas enfermeiras ou pela clínica, pois já possuem vínculo com o especialista.

Quanto ao atendimento de pré-natal e puerpério, a cobertura é de 98%, sendo que são realizados apenas pela Ginecologista-Obstetra. Embora essa ação programática tenha uma boa cobertura, se formos analisar a qualidade das ações, esbarramos na falta de registros; não há ficha específica para seguimento destas pacientes e os prontuários não apresentam registros completos; assim, no mesmo contexto da puericultura, detectamos fragilidades.

Em relação a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de mama, a coleta tanto do Papanicolaou quanto a marcação das mamografias são realizadas pela enfermeira. Nesse contexto, esses dados não ficam registrados na planilha de produção médica e os registros ficam somente num livro dos preventivos com os nomes das pacientes e resultados dos preventivos. Não há, assim, ficha de seguimento específico para essas ações de rastreamento, o que dificulta o monitoramento e avaliação das ações dirigidas a estas mulheres.

A atenção aos hipertensos e diabéticos apresenta cobertura de 64%, percentual que poderia ser melhorado. No que tange a avaliação dos indicadores de qualidade, novamente encontramos dificuldades, pois não há fichas específicas e também não são desenvolvidas ações direcionadas a esta população.

A Unidade Sanitária de Arvorezinha atende um número expressivo de idosos

(20% das consultas), mas a grande maioria é demanda espontânea. Não possuímos um cadastro desses idosos. Todos os atendimentos são registrados no prontuário do paciente, o que dificulta o monitoramento e avaliação das ações realizadas a essa população. Não desenvolvemos nenhum tipo de atividade direcionada a essa faixa etária e também não utilizamos protocolos para o atendimento.

Enfim, a análise situacional permitiu à equipe uma reflexão acerca da estrutura da UBS e do processo de trabalho e com isso podemos concluir que todas as ações programáticas citadas acima possuem fragilidades e que o problema comum a todas foi a falta de protocolos, de registros específicos, monitoramento e avaliação das ações realizadas. Algumas mudanças, mesmo que pequenas, já ocorreram e, recentemente, iniciamos o sistema de agendamento, proporcionando facilidade de acesso e organização do atendimento à comunidade.

1.3. Texto comparativo entre o texto inicial “Situação da ESF/APS em meu serviço” e “Relatório da Análise situacional”.

Como já explorei no texto anterior, pude ver um crescimento por minha parte quanto à visão da minha ESF, crescimento esse que foi auxiliado pelo tempo em que estou no serviço, como também pela especialização realizada pela UFPel, pois os questionários realizados e os textos têm promovido reflexão sobre os pontos a serem melhorados na UBS tanto na questão da estrutura, quanto na qualidade dos cadastros (necessidade de fichas para pacientes diabéticos e hipertensos, por exemplo) e na promoção de saúde através de eventos. Nesse contexto, acedito que essa visão da unidade de saúde promovida pelo UNASUS irá auxiliar na melhoria do atendimento, como já houve através da mudança do sistema das consultas, antes ficha-dia, agora agendadas com uma semana de antecedência.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares representam no Brasil a maior causa de morte (BRASIL, 2006). Nesse contexto, faz-se necessária a utilização de medidas de controle dos agravos e prevenção de riscos dessa população, uma vez que o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também são a primeira causa de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013). Para tanto, considera-se importante a implementação de ações que visem o aumento do número de pessoas acompanhadas nas Unidades de Saúde acometidas por essas patologias, bem como a melhora na qualidade do acompanhamento dessas pessoas.

Em relação à população adstrita, possuímos 312 hipertensos e 47 diabéticos conforme os dados do SIAB. A equipe (ESF 2) fornece atendimento anual a 967 famílias, totalizando número de 2866 consultas, não incluídas nessas as consultas de puericultura, pré-natal e puerpério, pois essas são realizadas pelos especialistas que atuam na unidade

Atualmente, foi realizada uma análise situacional e os resultados demonstraram fragilidades nas ações direcionadas aos hipertensos e diabéticos. Temos 64% dos hipertensos e 36% dos diabéticos na área de abrangência da equipe em que são atendidos na UBS, percentual que pretendemos aumentar, além de realizar melhora na qualidade do atendimento aos pacientes. Além disso, ao analisar os dados referentes ao seguimento desse grupo, constatamos que não há registro adequado e formulário específico para o acompanhamento desses pacientes; os atendimentos e a situação de saúde são registrados apenas no prontuário. Quanto ao cadastramento dessa população específica da área de abrangência da unidade de saúde, este é realizado pelas ACS, mas no que se refere aos usuários da UBS acometidos por essas patologias, não há cadastros. Na UBS não há grupos de HIPERDIA ou ações de educação em Saúde direcionadas a esta população específica.

Mediante ao exposto, pretendemos melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, envolvendo toda a equipe e desenvolvendo ações de monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço, bem como implementar formulários para acompanhamento desse grupo na UBS, contendo informações como os valores dos níveis tensionais, exames laboratoriais preconizados anualmente para os hipertensos

e para diabéticos e outros. Utilizaremos como parâmetro, os exames e demais abordagens recomendadas pelo último consenso para hipertensão (VIII Joint Hypertension) e pelo último consenso de 2014 da Associação Americana de Diabetes (ADA), bem como os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esperamos, com essas ações, melhorar principalmente a qualidade da atenção a esta população, e sabemos que o desafio será grande, pois há vários pacientes que não manejam essas comorbidades por se apresentarem assintomáticos, e, no entanto, é de conhecimento universal que tanto o diabetes quanto a hipertensão lesam os órgãos vitais de forma progressiva e assintomática, e quando apresentam sintomas, a lesão já se encontra avançada. Nesse sentido é fundamental o manejo da glicemia, dos níveis tensionais e do rastreamento de lesões em órgãos-alvos para se evitar complicações maiores.

Enfim, a equipe se encontra motivada e decidida a modificar essa realidade e espera, com a intervenção, aumentar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão desses pacientes ao Programa, a qualidade do atendimento dessa clientela, o registro das informações, mapear todos os pacientes para o risco de doenças cardiovasculares, melhorar as atividades de promoção à saúde para que a maior parte desses usuários receba orientações nutricionais, de práticas de atividade física e tabagismo.

2. 2 Objetivos e Metas

Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

Objetivos Específicos e Metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

Meta 2.2. Garantir, a 100% dos hipertensos e 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 diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

2. 3. Metodologia

Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1. Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da

unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Revisar a planilha de cadastro de hipertensos e diabéticos semanalmente para acompanhar a cobertura desses usuários.

Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Será elaborada uma ficha clínica individual com todos os dados dos pacientes e ações realizadas. Também será elaborada planilha eletrônica para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. A fim de mantermos os dados atualizados, designaremos um auxiliar de enfermagem que realizará a revisão semanal junto à enfermeira da equipe, dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos. A médica e a enfermeira irão monitorar a cobertura de acordo com a meta.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes e HAS. Oferecer datas das consultas aos usuários com antecedência, evitando que os mesmos não consigam realizar o agendamento, além de estabelecer dias específicos para as consultas de diabéticos e hipertensos, assim facilitará a coleta dos dados; elaborar um informativo a respeito do programa de Hipertensão e Diabetes da Unidade Básica de Saúde para esclarecer a população sobre a importância do controle adequado da pressão arterial e da glicemia e hábitos de vida saudáveis; garantir que todo usuário hipertenso e diabético que procure o serviço, seja acolhido por um membro da equipe e tenha acesso à agenda quando necessário.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro calibrado anualmente, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Será solicitado à secretaria de saúde que essa permaneça fornecendo o material necessário para desenvolver essas ações.

Engajamento Público

Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à

Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de aferir 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. As ações do Programa serão divulgadas pelos ACS e também em sala de espera e durante os atendimentos. Serão distribuídos folhetos explicativos sobre o programa e cartazes serão afixados em locais estratégicos na comunidade (bares, mercados, padaria, açougues), bem como será veiculada na programação de rádio e jornal local, informações sobre o programa.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para que o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da equipe de ESF seja aprimorado. A capacitação será realizada na primeira semana de intervenção, de forma que os ACS possam identificar os hipertensos e diabéticos que ainda não estão cadastrados e os encaminhem à unidade básica de saúde.

Capacitar a equipe para realização correta da aferição da pressão arterial e glicemia capilar, bem como, sensibilizá-los para a captação desses usuários, além disso, atualizá-los sobre as orientações de controle da doença e prevenção de agravos. Essa capacitação será realizada na primeira semana da intervenção. A médica será responsável pela organização da capacitação.

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 através da revisão semanal dos dados contidos nas fichas dos pacientes. Os dados serão transcritos para uma planilha de coleta de dados eletrônica e a avaliação será realizada mensalmente.

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.

A fim de acompanhar esses pacientes, temos de fornecer estrutura mínima necessária, através de materiais para a realização tanto do exame físico adequado (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, oftalmoscopia, estesiômetro para avaliar neuropatia diabética), garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Além disso, é necessário avaliação das comorbidades nesses pacientes, as chamadas lesões em órgão-alvo nos hipertensos e complicações nos diabéticos, que acometem principalmente os seguintes órgãos: coração (avaliado através do exame clínico cardiovascular e eletrocardiograma de repouso), rim (pela albuminúria, uréia e creatinina) e cérebro, este último avaliado pela fundoscopia.

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.

Essa informação ocorrerá, como já exposto acima através da fixação de cartazes em locais de amplo acesso pela população e pela veiculação de informações sobre o programa em rádio e jornal local.

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 diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Conforme já abordado, realizaremos a capacitação dos profissionais ainda na primeira semana da intervenção com a coordenação da médica.

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

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e 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). O monitoramento será realizado através da revisão semanal dos dados contidos nas fichas dos pacientes. Os dados serão transcritos para uma planilha de coleta de dados eletrônica e a avaliação será realizada

mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Nesse contexto, facilitaremos o acesso dos pacientes, e assim, possibilitando maior aproximação da unidade de saúde, o que propiciará maior acompanhamento. A busca aos faltosos será realizada através das visitas domiciliares pelas ACS de saúde e pela VD realizada semanalmente por toda a equipe, conforme a gravidade do caso.

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 e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).

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

Orientaremos a população sobre a necessidade de consultas semestrais (os pacientes serão estratificados conforme o escore de *Framingham*, sendo que será preconizada aos pacientes com baixo risco cardiovascular (<10%) consultas anuais, médio risco cardiovascular (10-20%) consultas semestrais e alto risco cardiovascular (>20%) quadrimestral. Os pacientes descompensados da doença de base, que necessitem de consultas mais seguidas, serão avaliados conforme orientação médica.

Qualidade da Prática Clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Essa capacitação será realizada pela médica na primeira semana da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. As fichas serão atualizadas após as consultas e seus dados transcritos para planilha de Excel, a qual será atualizada semanalmente. Os indicadores referentes a essas ações, contidos na planilha eletrônica serão avaliados mensalmente.

Organização e Gestão dos Serviços

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.

As informações do SIAB são mantidas atualizadas através da colocação no sistema dos dados da planilha de atendimento da equipe e dos pacientes cadastrados pelas ACS; essas permanecerão cadastrando os pacientes hipertensos e diabéticos. Quanto à definição de responsável pelo monitoramento do registro, será designado um técnico de enfermagem, juntamente com o médico de equipe, responsáveis pela atualização da planilha. Quanto ao sistema de alerta previsto para captar os pacientes com exames atrasados, esse será realizado através da avaliação semanal da planilha, assim que verificarmos os pacientes com exames atrasados não preenchidos na tabela, não estratificados para risco cardiovascular. Colocaremos um lembrete fixado com um clipe na ficha do paciente, e o nome será repassado aos ACS para que seja realizada a busca.

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. Orientar os pacientes que a manutenção e atualização de seus registros são importantes para o manejo das comorbidades, o que fornecerá assim melhor qualidade de vida e maior sobrevida.

Qualificação na Prática Clínica

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Conforme já abordado, essa capacitação será organizada e coordenada pela médica e ocorrerá na primeira semana da implementação da intervenção.

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

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

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O monitoramento será realizado através da revisão semanal dos dados contidos nas fichas dos pacientes. Os dados serão transcritos para uma planilha de coleta de dados eletrônica e a avaliação será realizada mensalmente.

Organização e Gestão de Serviço

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Os pacientes de alto risco cardiovascular serão avaliados quadrimestralmente, conforme consta no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde para pacientes Hipertensos, o mesmo será aplicado para os pacientes diabéticos, sendo que os pacientes descompensados, que apresentem risco iminente de complicação aguda serão avaliados conforme orientação clínica. Serão disponibilizados horários na agenda para o atendimento desses pacientes.

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).

Orientaremos em cada consulta sobre a importância de hábitos de vida saudáveis e, se necessário, encaminharemos à nutricionista do convênio do município (nesse caso os pacientes pagam parte da consulta e parte o município arca), sendo que há previsão de contratação de nutricionista pelo NASF, e, se essa contratação se efetivar, procuraremos realizar grupos de diabéticos e hipertensos com a participação da nutricionista.

Qualificação na 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.

Essa capacitação será realizada pela médica na primeira semana da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos. O monitoramento será realizado através da revisão semanal das fichas dos pacientes. Os dados serão transcritos para uma planilha eletrônica e a avaliação será realizada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Essas orientações serão fornecidas aos pacientes ao final da consulta pelo médico, e por toda equipe sempre quando os pacientes entrarem em contato com a unidade. Serão também expostos cartazes na sala de espera com essas orientações.

O paciente será orientado ao final da consulta médica sobre a importância de hábito de vida saudável e higiene bucal. Infelizmente, a nossa unidade não dispõe de atendimento odontológico, o atendimento odontológico de todas as ESF do município é realizado em outra unidade do município e isso dificulta o registro dos pacientes da nossa unidade que mantém acompanhamento odontológico, pois os dados do dentista não são organizados por atendimento por ESF. Nesse contexto, o que podemos realizar é a orientação aos pacientes sobre a higiene bucal e a importância da visita ao dentista, ao menos, anualmente. Aproveitaremos o momento para realizar também orientações quanto a importância da atividade física, orientações nutricionais e orientações quanto ao risco do tabagismo. Os participantes do grupo de hipertensão e diabetes também receberão orientações.

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. Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Buscaremos parceria com o Lions clube (que realizam atividades de promoção de saúde) e conversaremos com os diretores sobre a intervenção, para que sejam multiplicadores dessas ações. Realizaremos também essas orientações em sala de espera, incentivando os usuários para a movimentação da comunidade em prol da contratação de nutricionista, educador físico e cirurgião dentista.

Qualificação na Prática Clínica

Capacitar a equipe para a orientação de higiene bucal. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. 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.

Na primeira semana da implementação da intervenção, haverá capacitação da equipe sobre a importância não somente da semiotécnica adequada para o diagnóstico e manejo dos pacientes, mas também sobre a importância da orientação de hábitos de vida saudáveis, tais como perda de peso, atividade física, alimentação saudável, cessação de tabagismo, promoção à saúde, orientando os pacientes a realizarem exames de rastreio, conforme idade e seguimento com dentista.

2.3.2. Indicadores

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

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Estimativa, conforme Caderno de Ações Programáticas

Indicador 2. Cobertura do programa de atenção a 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 ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Indicador 3. 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.

Indicador 4. 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.

Indicador 5. 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.

Indicador 6. 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.

Indicador 7. 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 e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 8. 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.

Indicador 9. 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.

Indicador 10. 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.

Indicador 11. 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.

Indicador 12. 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.

Indicador 13. 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.

Indicador 14. 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.

Indicador 15. 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.

Indicador 16. 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.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 19. 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.

Indicador 20. 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.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 23. 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.

Indicador 24. 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

Para realizar a intervenção utilizaremos como protocolos os Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial e o Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2006. Como complemento para os estudos e atualização da equipe, utilizaremos os manuais o VIII Joint National Committee (JNC8) para manejo de pacientes hipertensos, de 2014 e o manual da Associação Americana de Diabetes (ADA) Standards of Medical Care in Diabetes 2014.

Utilizaremos fichas individuais com informações importantes para o manejo desses pacientes, com avaliação mensal dos pacientes manejados e com intervalos

menores caso os usuários se encontrem descompensados da doença de base.

Iniciaremos os cadastros na vinda de cada paciente a UBS para consulta médica e atendimento de enfermagem. Consultas serão agendadas para aqueles pacientes que requerem renovação de receita ou quando são agendadas espontaneamente. De posse dos dados desses pacientes, realizaremos o acompanhamento cuidadoso dos cadastrados e busca ativa no caso de faltosos à consulta ou última consulta há mais de 6 meses. Organizaremos a agenda para atender os pacientes hipertensos e diabéticos em dias específicos a fim de facilitar o preenchimento de ficha clínica individual e para atualização do banco de dados que elaboraremos.

Ao final de cada consulta, a médica realizará a revisão da ficha individual e transcrição dos dados contidos na ficha para a planilha eletrônica de coleta de dados, uma vez que o paciente foi submetido a poucos minutos à anamnese e ao exame físico, o que facilita o preenchimento da ficha caso algum dado não tenha sido preenchido no momento da consulta. As fichas também serão revisadas semanalmente, pois outros atendimentos, como os de enfermagem, também deverão ser transcritos para a planilha eletrônica. A avaliação da intervenção será realizada mensalmente.

Quanto ao acolhimento, pretendemos priorizar os pacientes hipertensos e diabéticos, e se essa medida acarretar aumento excessivo do atendimento, a fim de não prejudicar as demais consultas realizadas no dia, diminuiremos o número das consultas, sendo que os pacientes hipertensos e diabéticos cujas queixas não consideramos como caráter de emergência ou urgência terão consultas agendadas.

Para colocar em prática todas as ações direcionadas aos hipertensos e diabéticos, serão realizadas capacitações a toda equipe sobre os temas Hipertensão e Diabetes, a fim de a equipe possa prestar um atendimento de qualidade, transmitindo as informações de forma coesa à população. Além disso, é necessário que a equipe seja orientada sobre a importância da implementação das fichas de acompanhamento, do seguimento e manejo desses pacientes. Serão providenciados materiais como fita métrica, manguitos de tamanhos diversos e calibrados, se possível estesiômetro para a realização de teste de sensibilidade para avaliar pacientes com possível neuropatia diabética. Quanto à oftalmoscopia, será realizado pela médica e, se houver necessidade, o paciente será encaminhado ao especialista.

Temas técnicos também serão abordados na capacitação, como a realização

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Após uma análise detalhada da situação das ações programáticas desenvolvidas na Unidade de Sanitária de Arvorezinha, a equipe de ESF escolheu como foco de intervenção a atenção ao usuário hipertenso e diabético. A intervenção teve a duração de 12 semanas, e ao longo dessas semanas, realizamos diversas ações previstas no projeto de intervenção. Enfrentamos algumas dificuldades e algumas delas foram realizadas parcialmente. Algumas semanas antes da intervenção iniciar, informamos toda a equipe sobre a logística da intervenção, sobre a importância de andarmos todos de forma uniforme, seguirmos os protocolos do MS de forma rotineira. As ACS foram informadas sobre a importância da abordagem os pacientes diabéticos e hipertensos, e sobre a importância do acompanhamento na Unidade de Saúde, a fim de prevenir infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e demais descompensações agudas do diabetes e da hipertensão, toda a equipe pareceu receptiva. Informamos também o gestor do município (secretário da saúde), esse não impôs nenhuma barreira, muito pelo contrário, disse que a iniciativa poderia ser ponte para a formação de grupos de diabéticos e hipertensos, o que

diminuiria a demanda na unidade. Solicitamos a impressão das fichas de espelho e pasta organizadora, para dispô-las em ordem alfabética.

Na semana seguinte iniciamos a intervenção. Como já vínhamos conversando com a equipe, todos estavam cientes sobre o projeto e na reunião de equipe semanal conversamos e iniciamos a capacitação, que foi aprofundada na semana seguinte, onde abordamos o protocolo de intervenção, orientando a equipe quanto os aspectos mais importantes dos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabete.

Assim, demos seguimento à intervenção, tudo estava organizado quando nos deparamos com a saída da enfermeira da nossa equipe, para ocupar o cargo de coordenadora das três equipes de ESF do município e em seu lugar entraria uma enfermeira de outro município, por nós desconhecida. Para piorar a situação já instável, o técnico da nossa equipe nos deixaria também, para trabalhar com o Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), nesse sentido a minha capacitação deveria continuar ao longo das semanas e quem realizaria a coleta dos dados e preenchimento das fichas de acompanhamento continuaria sendo somente eu. No entanto, houve boas notícias, o técnico da nossa equipe faria parte do NAB e continuaria nos auxiliando na questão da formação de um grupo de Hipertensos e diabéticos. Após duas semanas de trabalho, a nova enfermeira já estava entrando no ritmo da equipe, o que me deixava mais tranquila quanto ao andamento das atividades. Houve reunião dos médicos, enfermeiros, técnicos das três equipes de ESF com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (psicóloga, educadora física e nutricionista), e aproveitamos a oportunidade para mostrar as fichas de acompanhamento e planilha de cadastramento e acompanhamento, conversamos sobre o grupo de hipertensos e diabéticos, sobre grupos de caminhadas e reeducação alimentar que se formariam. Com relação à organização do serviço, conforme os pacientes vinham trazer as receitas para serem renovadas, eu já solicitava os exames complementares e solicitava para trazê-los em consulta médica.

Então utilizei e ainda utilizo essa estratégia, vou cadastrando os pacientes conforme eles vêm solicitar renovação de receitas ou em consulta médica. Aproveitamos o momento da solicitação de renovação de receita, para fazer uma revisão nos prontuários, e aqueles pacientes que estavam há muito tempo sem consultar recebiam busca ativa. Quanto aos pacientes hipertensos e diabéticos que vem à consulta, mas que não estão com os exames complementares em dia, solicito para que esses façam o exame e deixem o resultado na recepção, informo-lhes

sempre que havendo alterações nesses exames, deverão agendar consulta médica ainda na próxima semana. No decorrer da intervenção, houve nova reunião com o NASF, onde conversamos sobre a importância dos grupos, foi proposto grupo de diabéticos e hipertensos, dor crônica, e naquela semana se iniciou o cadastramento dos pacientes na atividade de caminhadas semanais. Além do exposto acima, fizemos contato com um jornal local abrindo espaço para a publicação sobre hipertensão e diabetes, textos esses que viemos a publicar nas semanas seguintes.

Dando continuidade a intervenção, iniciamos a revisão dos prontuários existentes na nossa equipe, e anotamos os nomes de todos os pacientes que haviam procurado a unidade que eram diabéticos e/ou hipertensos. Nesse sentido, conforme íamos olhando os prontuários dos pacientes, já preenchíamos a planilha de coleta de dados e ficha de acompanhamento dos pacientes que já se consultaram conosco desde março deste ano, cujos exames clínicos e complementares estavam em dia, o mesmo fazíamos nos dias de renovação de receita, sendo que os pacientes que não estavam com os exames complementares em dia, renovamos a receita para um mês e deixávamos junto com a prescrição, a solicitação de laboratoriais. Iniciaram naquela semana a nova enfermeira e técnica de enfermagem, e de início já nos entendemos bem.

Terminada a revisão de todos os prontuários existentes na ESF em que atuo, foi entregue às ACS uma lista com os nomes dos pacientes hipertenso e diabéticos, a fim de que elas realizem a busca dessas pessoas para a Unidade de Saúde, para que num período de um ano, todos os usuários acometidos por hipertensão e Diabetes sejam acompanhados na UBS.

Com o decorrer das semanas menos pacientes cadastrávamos, no entanto, melhorávamos a qualidade do atendimento, ou seja mais pacientes retornavam trazendo os exames complementares, assim a nossa planilha não estava somente quantitativamente como qualitativamente preenchida e os pacientes se encontravam melhores manejados de suas comorbidades.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Quanto às ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, a única ação que não desenvolvemos foi em relação à veiculação na rádio sobre o programa de hipertensos e diabéticos, mas substituímos essa ação pela publicação no jornal

local.

3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não encontramos nenhum problema em relação a coleta de dados, mas desconfiguramos a planilha de coleta de dados quando tentamos colocar os nomes dos cadastrados em ordem alfabética, havendo duplicação e mistura de dados. Esse problema foi solucionado, e a planilha foi cuidadosamente revisada.

3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Acredito que essa ação programática já esteja incorporada à rotina da UBS, pois as ações seguem acontecendo naturalmente, com a participação de todos os profissionais da unidade, os ACS, profissionais do NAAB e NASF. Os grupos de hiperdia e caminhada, seguem acontecendo, e a comunidade está mais próxima e envolvida com a unidade.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados da Intervenção

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Indicador 1.1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A intervenção visou melhorar a atenção ao hipertenso e diabético. Para isso, seria necessário conhecer, cadastrar e acompanhar o maior número possível de pessoas moradoras na área de abrangência da unidade acometidas por essas duas patologias. Até o início da intervenção, possuíamos 321 pacientes hipertensos e 47 pacientes diabéticos moradores na área de abrangência da equipe de ESF.

No primeiro mês de intervenção, foram cadastrados 123 hipertensos (39,4%) e 24 diabéticos (51,1%); no segundo mês, 170 hipertensos (54,5%) e 32 diabéticos (68,1%); e, finalizamos o terceiro mês com 220 hipertensos (70,5%) e 42 diabéticos (89,4%) cadastrados, atingindo assim a meta estabelecida tanto para os diabéticos como para os hipertensos. Os resultados dessa meta se deram graças ao

engajamento de toda a equipe, principalmente dos ACS, que foram peça fundamental na divulgação dessa ação programática e no convencimento sobre a importância do acompanhamento desses pacientes na unidade de saúde.

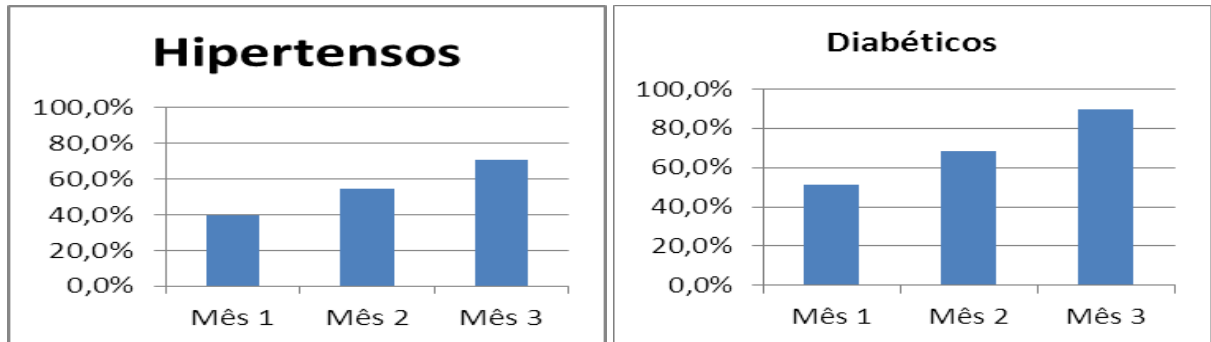


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde.

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

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

Indicador 2.1.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.1.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção tivemos 121 hipertensos (98,4%) com exame clínico apropriado, no segundo mês 165 hipertensos (97,1%) com exame clínico apropriado e no terceiro mês concluímos a intervenção com 219 hipertensos (99,5%) com exame clínico apropriado, chegando muito perto da meta estabelecida. Não atingimos 100%, pois havia um paciente hipertenso cadastrado de acordo com o seu prontuário que não havia ido à consulta médica, este paciente havia somente solicitado renovação de receita, esta foi renovada para um mês e com a receita foi anexado pedidos de exames laboratoriais e de eletrocardiograma e solicitada consulta do pacientes portando esses exames no período de um mês, realizamos busca ativa pela equipe, porém paciente não retornou, preferiu acompanhar com clínico particular. Já em relação aos diabéticos, nos três meses de intervenção todos estavam com seus exames clínicos apropriados. Para o cumprimento dessa meta, organizamos o serviço de forma que, os pacientes com consulta em atraso, que não tinham exame clínico,

eram orientados a consultar na medida em que vinham renovar as suas receitas. Aproveitávamos também as visitas domiciliares realizadas pelas ACS ou as visitas semanais realizadas pela equipe para aproximar os pacientes da unidade, a fim de que esses viessem para consulta e avaliação clínica.

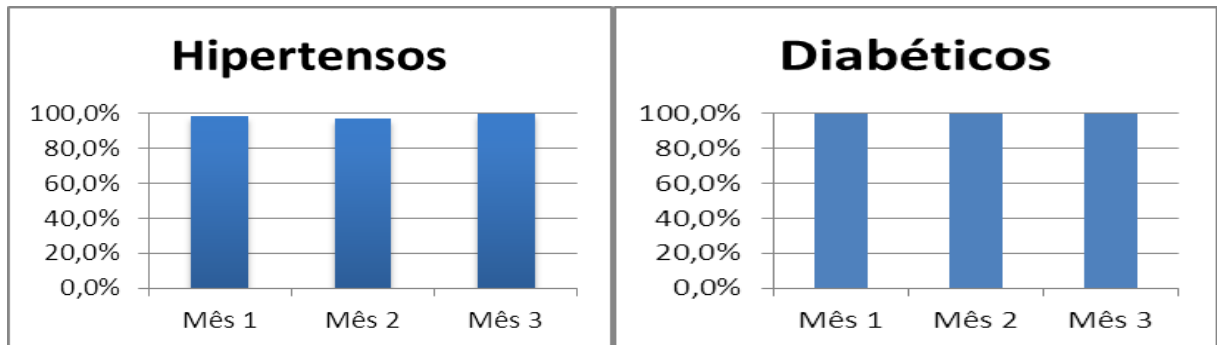


Figura 2 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.2.1 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2.1 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quanto aos exames complementares em dia dos pacientes hipertensos e diabéticos, no primeiro mês da intervenção tivemos 105 hipertensos (85,4%) e 22 diabéticos (91,7%) com exames complementares em dia; no segundo mês 146 hipertensos (85,9%) e 30 diabéticos (93,8%) com exames complementares em dia; e, no terceiro mês, chegamos perto da meta estabelecida com 210 hipertensos (95,5%) e 41 diabéticos (97,6%) com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. Para atingir esses resultados, conforme íamos renovando as receitas dos faltosos para um mês, solicitávamos consulta e exames complementares. Não conseguimos atingir a meta devido a demora do retorno de alguns exames.

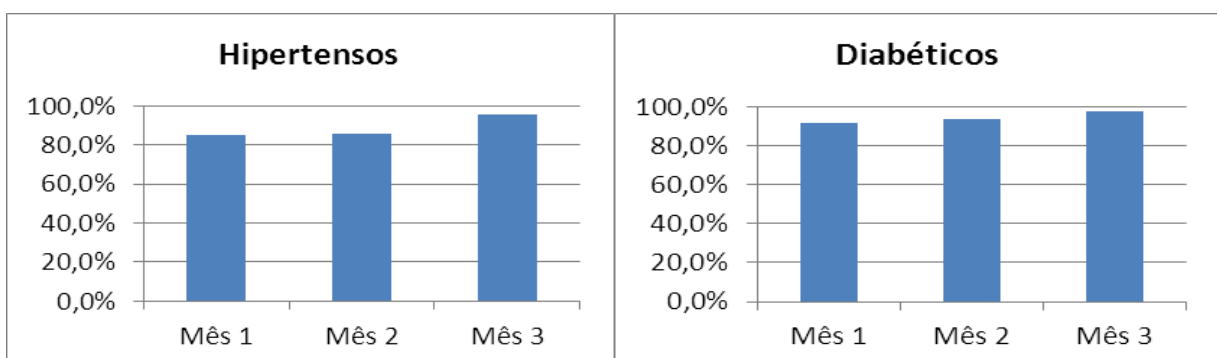


Figura 3 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.3.1 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Indicador 2.3.2 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação ao percentual de pacientes hipertensos cujas prescrições eram da Farmácia Popular/Hiperdia: no primeiro mês tivemos 120 hipertensos (84,4%) fazendo uso desses medicamentos; no segundo mês tivemos 164 hipertensos (98,4%); e, no terceiro mês, 218 hipertensos (99,1%) já faziam uso da medicação da farmácia popular. Em relação ao percentual de pacientes diabéticos cujas prescrições eram da Farmácia Popular/Hiperdia, atingimos 100% da meta nos três meses de intervenção. Sempre priorizávamos substituir as medicações inexistentes pelas disponíveis na farmácia popular, mas em algumas ocasiões encontrávamos resistência dos pacientes, pois esses as utilizavam há vários anos e possuíam níveis tensionais controlados e assim preferiam não modificá-la. Nos demais casos substituíamos pelas medicações constantes na farmácia popular ou no programa Hiperdia.

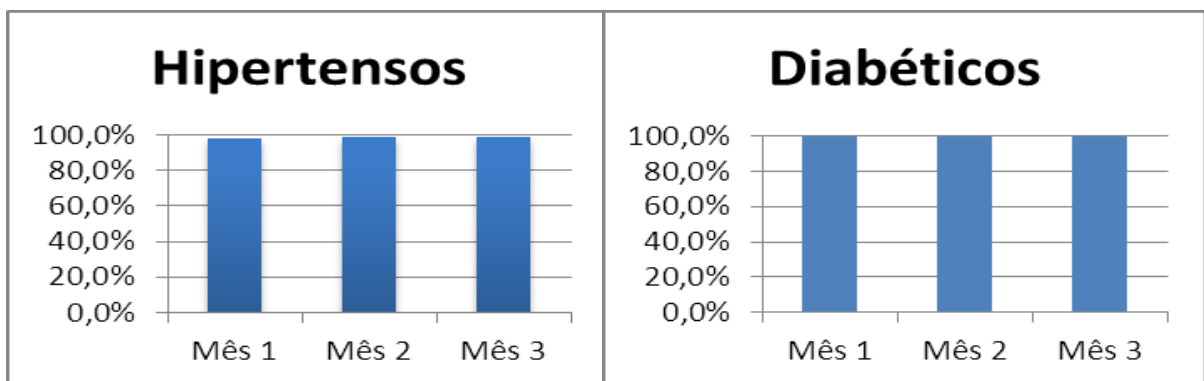


Figura 4 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

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

Indicador 2.4.1 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.4.2 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Quanto à avaliação das necessidades odontológicas dos pacientes hipertensos, no primeiro mês de intervenção, 121 hipertensos (98,4%) foram avaliados; no segundo mês, 165 hipertensos (97,1%) receberam a avaliação; e, no terceiro mês, finalizamos a intervenção com 219 hipertensos (99,5%) avaliados. Quanto aos pacientes diabéticos, todos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos três meses de intervenção. Normalmente ao longo da consulta examinávamos a cavidade oral dos pacientes e ao final da consulta orientávamos sobre a importância de buscar consulta odontológica.

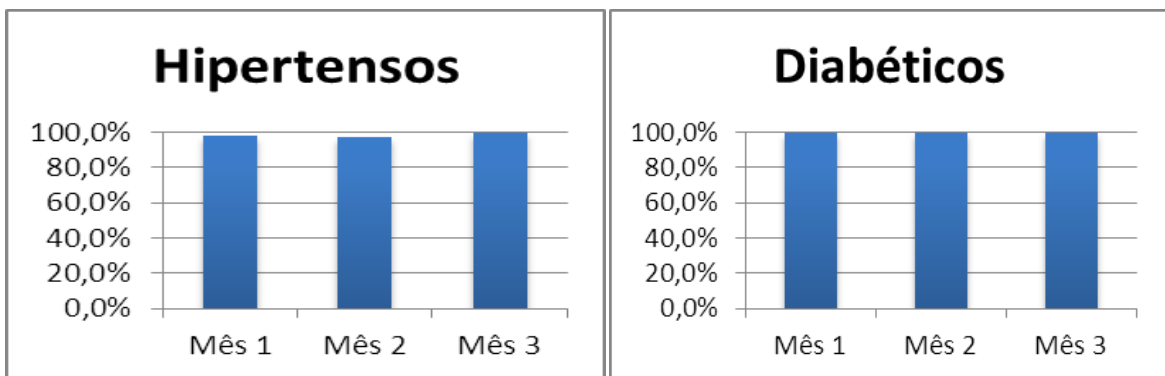


Figura 5 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 3.1.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.1.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês de intervenção dos 7 hipertensos faltosos às consultas, 02 (dois) receberam busca ativa (28,6%); no segundo mês, dos 8 hipertensos faltosos às

consultas, 02 (dois) foram buscados (25,6%); e, no terceiro mês, o único faltoso recebeu busca ativa, atingindo 100% da meta. Quanto aos pacientes diabéticos faltosos, no primeiro mês dos 02 (dois) diabéticos faltosos, 01 (um) recebeu a busca ativa (50%); no segundo mês, dos 03 (três) diabéticos faltosos, 01 (um) recebeu a busca (33,3%); e, no terceiro mês, não tivemos faltosos às consultas. Com o engajamento da equipe, principalmente dos ACS, conseguimos realizar busca ativa dos pacientes faltosos, que entregavam em mãos o dia e horário da consulta.

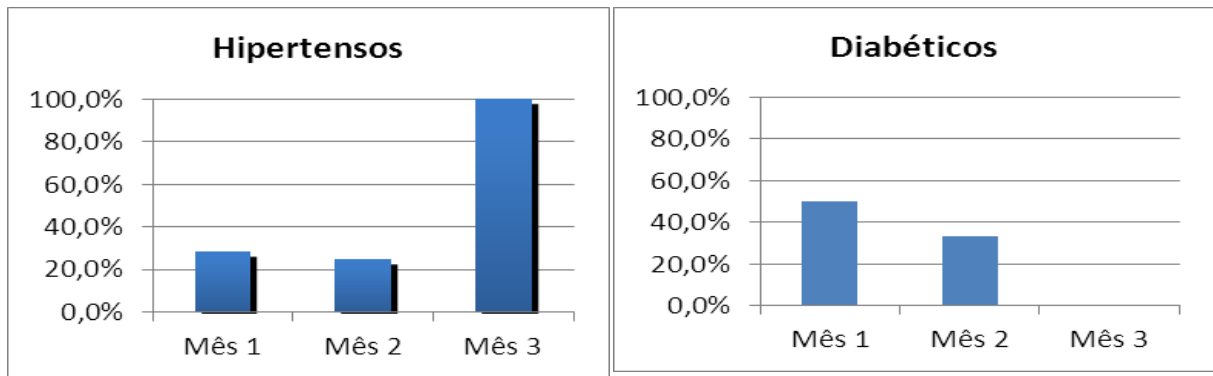


Figura 6 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.1.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Quanto à proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento, no primeiro mês de intervenção tivemos 105 hipertensos (85,4%) com registro adequado; no segundo mês, aumentamos para 146 hipertensos (85,9%); e, no terceiro mês, finalizamos com 211 hipertensos (95,9%) possuindo registro adequado. Quanto à proporção de diabéticos com registros adequados, no primeiro mês, 22 diabéticos (91,7%) apresentavam registros adequados; no segundo mês, o número subiu para 30 diabéticos (93,8%); e, no terceiro mês, finalizamos a

intervenção com 41 diabéticos (97,6%) apresentando registro adequado.

A ficha de acompanhamento era preenchida pela médica, assim nos dias em que muitos pacientes eram acolhidos, não sobrava tempo para preencher as fichas, a médica tirava foto do prontuário e preenchia num segundo momento as fichas de acompanhamento. Assim, houve alguns casos em que o dispositivo não havia capturado a imagem ou no qual a imagem não havia ficado nítida. Tal fato influenciou para que a proporção de pacientes com registro adequado nas fichas de acompanhamento não tenha atingido a meta de 100%.

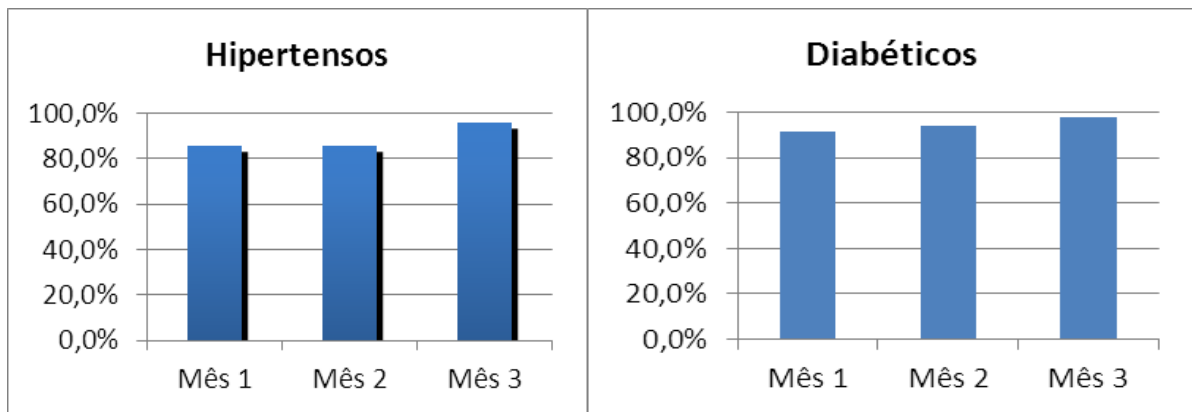


Figura 7 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Indicador 5.1.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Quanto à estratificação de risco cardiovascular, utilizamos o escore de *Framingham*. No primeiro mês de intervenção, tivemos 107 hipertensos (87%) com estratificação de risco; no segundo mês, aumentamos para 148 hipertensos (87,1%); e, finalizamos o terceiro mês, com 212 hipertensos (96,4%) com estratificação de

risco. Quanto à estratificação de risco cardiovascular dos pacientes diabéticos, no primeiro mês, tivemos 23 diabéticos (95,8%) com a estratificação; no segundo mês, 31 diabéticos (96,9%); e, finalizamos o terceiro mês, com todos os diabéticos avaliados para estratificação de risco cardiovascular. Não atingimos 100% nesta meta, pois algumas vezes os pacientes não realizavam todos os exames solicitados, sendo na maioria devido ao município não oferecer todo o perfil lipídico, somente oferecendo triglicerídeo e como o escore de *Framingham* utiliza HDL e Colesterol total impossibilitava o cálculo do escore.

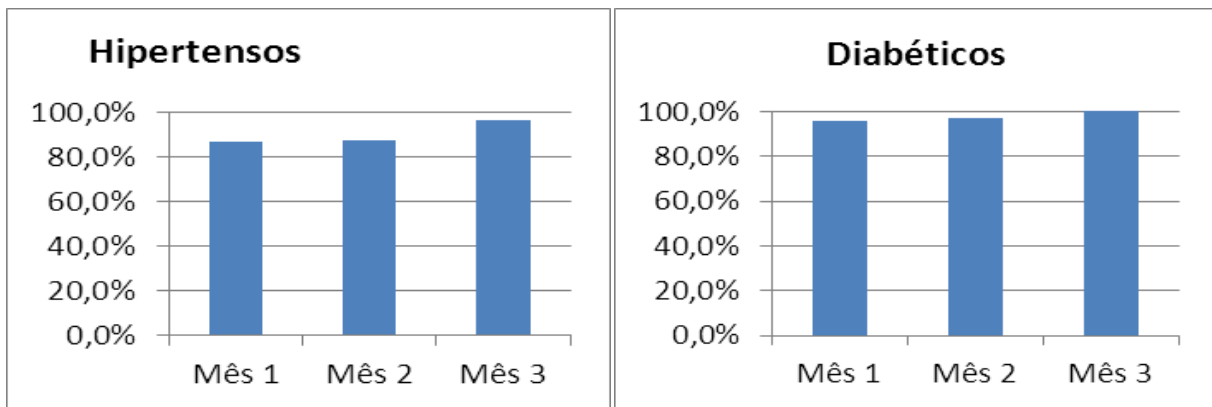


Figura 8 – Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.1.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Conforme os pacientes vinham à consulta, eram orientados sobre a importância de manter alimentação saudável. Assim, todos os pacientes consultados eram orientados. No primeiro mês de intervenção 120 hipertensos (97,6%) receberam orientação nutricional; no segundo mês, 164 hipertensos (96,5%) receberam orientações nutricionais; e, no terceiro mês, aumentamos o número de hipertensos

com orientações nutricionais para 219 (99,5%). Com relação aos diabéticos, todos foram orientados nos três meses de intervenção. Não atingimos a meta de 100% para os hipertensos, pois cadastramos um paciente hipertenso através do levantamento dos dados do prontuário. Porém até o final do terceiro mês, esse paciente não havia consultado, embora tenha recebido a visita do ACS, para o comparecimento a consulta médica.

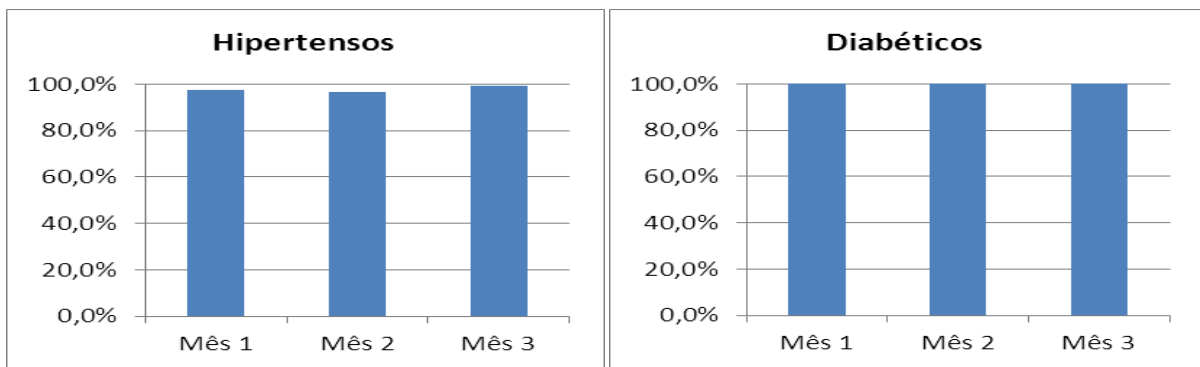


Figura 9 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Indicador 6.2.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.2.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Quanto à orientação sobre a prática de atividade física, no primeiro mês de intervenção, 120 hipertensos (97,6%) receberam essas orientações; no segundo mês, 164 hipertensos (96,5%) foram orientados; e, no terceiro mês, 219 hipertensos (99,5%) encontravam-se orientados. Quanto aos pacientes diabéticos, nos três meses de intervenção todos receberam as orientações sobre a prática de atividade física regular, atingindo a meta de 100%. Para alcançar essa meta, optamos por realizar as orientações nas consultas médicas. Contamos também com o apoio do NASF, que

realizou grupo quinzenal de alimentação saudável e grupos de caminhadas semanais, contribuindo para a adesão dos pacientes.

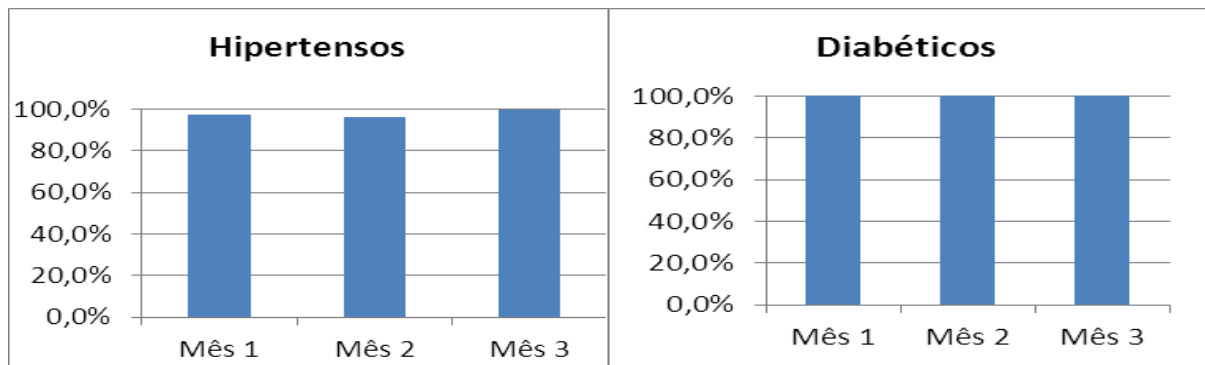


Figura 10 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

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

Indicador 6.3.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.3.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Quanto à orientação do tabagismo, no primeiro mês de intervenção 120 hipertensos (97,6%) receberam essas orientações. No segundo mês, 164 hipertensos (96,5%) foram orientados; e, no terceiro mês, 219 hipertensos (99,5%) encontravam-se orientados. Quanto aos pacientes diabéticos, nos três meses de intervenção todos receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo, atingindo a meta de 100%. Ao longo das consultas abordávamos com todos os pacientes a importância da cessação do tabagismo, porém não atingimos 100%, pois houve um paciente hipertenso cadastrado que não compareceu à consulta.

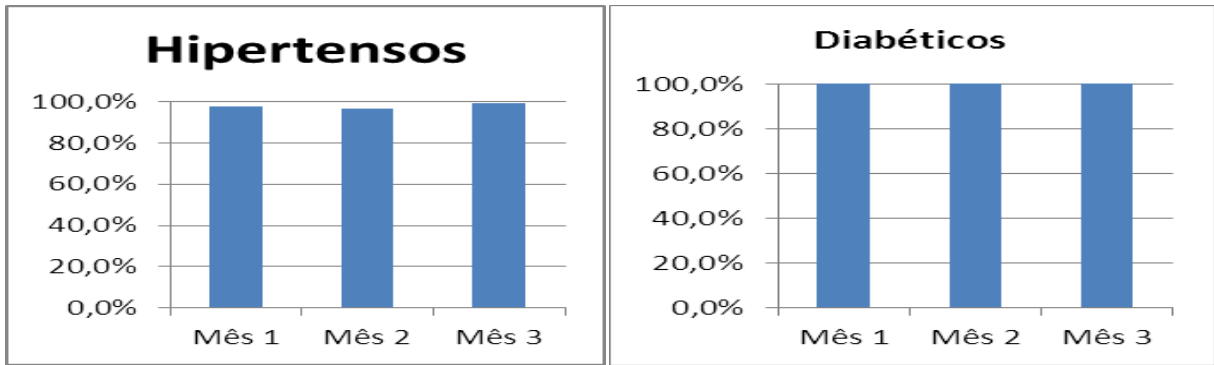


Figura 11 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador 6.4.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.4.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Quanto à higiene bucal, no primeiro mês de intervenção 120 hipertensos (97,6%) receberam essas orientações. No segundo mês, 164 hipertensos (96,5%) foram orientados; e, no terceiro mês, 219 hipertensos (99,5%) encontravam-se orientados. Quanto aos pacientes diabéticos, nos três meses de intervenção todos receberam as orientações sobre higiene bucal atingindo a meta de 100%. Ao longo das consultas realizávamos o exame físico da cavidade oral dos pacientes e orientávamos sobre a importância da higiene bucal. Tivemos ótimos resultados, pois fomos capacitados pela dentista que trabalha na outra unidade do município, assim foram passadas a toda equipe (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, recepcionista, farmacêutica) informações sobre como identificar câncer bucal e orientações sobre higiene bucal (ajuste e manutenção de prótese, escovação de dente). O único paciente, hipertenso, não orientado foi o que não havia comparecido a consulta.

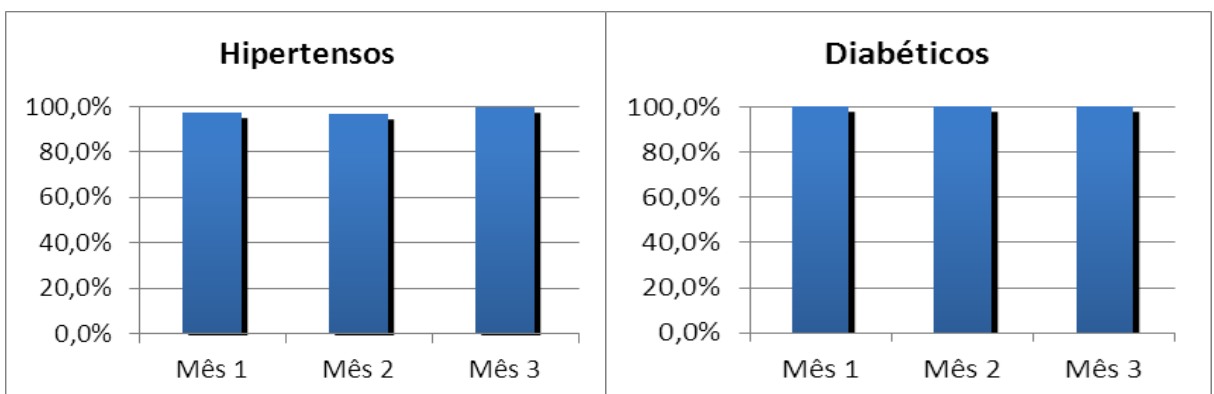


Figura 12 – Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

4.2. Discussão

A intervenção na trouxe mudanças benéficas à UBS e melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade. Conseguimos ampliar a cobertura da atenção ao hipertenso e diabético, e aprimorar a qualidade do atendimento e dos registros das ações realizadas. Atualmente todos têm registro completo das consultas, exames físicos, medicações em uso, exames complementares, estratificação de risco e outras informações com importância significativa para o usuário. Criamos o grupo de hipertensos e diabéticos, além do grupo de caminhadas e alimentação saudável desenvolvido pelo NASF.

Para a equipe, a intervenção também foi positiva, pois houve a necessidade de aprimoramento técnico e mais entrosamento dos profissionais. As reuniões de equipe foram valiosas, com o envolvimento e participação do recepcionista e os demais profissionais de apoio da Estratégia de Saúde da Família, o que propiciou um comprometimento com ação programática. Foram estudados os protocolos sobre o atendimento aos pacientes diabéticos e hipertensos e definidos as atribuições de cada trabalhador.

A comunidade também ganhou com a intervenção, não somente na melhora da cobertura dessa ação programática, como especialmente na melhora da qualidade do atendimento e na criação do grupo de hipertensos e diabéticos. Com isso conseguimos aproximar os pacientes da unidade e fazendo com que eles entendam sobre suas comorbidades para assim melhor manejá-las.

Para o serviço, a organização realizada em função da intervenção, como por exemplo, a melhoria dos registros, proporcionou um monitoramento e avaliação adequados do trabalho desenvolvido na Unidade. Para mim, a análise dos dados permitiu ver o nosso trabalho materializado e a reflexão acerca da melhoria no atendimento.

Se pudesse iniciar a intervenção hoje, creio que focaria na criação do grupo

de hiperdia de imediato, pois assim poderíamos instruir a comunidade desde o início da intervenção, uma vez que a peça fundamental para que os pacientes mantenham o vínculo com a unidade e assim sigam as informações que lhes são passadas é o conhecimento sobre a sua comorbidade e esse é mais facilmente formado quando o tema é debatido em grupo com pacientes que vivem no mesmo contexto, assim deixando-os mais confortáveis para questionamentos.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço. Conforme já conversado com o gestor, pretendemos assim ampliar o grupo de hipertensos e diabéticos para as demais unidades e também utilizar a ficha de espelho e a planilha de coleta de dados, bem como organizar os prontuários dos pacientes diabéticos e hipertensos em arquivos específicos a fim de otimizar o monitoramento e avaliação dessa ação programática. Os próximos passos para melhorarmos a atenção à saúde seria mantermos a intervenção, incorporá-la às demais equipes de ESF do município.

4.3. Relatório da Intervenção para os Gestores

Prezado gestor Municipal de Saúde

Em março de 2014 foi iniciado curso de especialização na Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas, no qual foram abordados vários temas sobre a Atenção Primária a Saúde e se realizou uma análise de ações programáticas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. Após essa análise, nos foi dada a oportunidade de escolher um tema para desenvolver uma intervenção na unidade. Assim, após uma análise detalhada da situação das ações programáticas desenvolvidas na Unidade de Sanitária de Arvorezinha, a equipe de ESF escolheu como foco de intervenção a Atenção a Saúde do usuário hipertenso e diabético. A intervenção teve a duração de 12 semanas e ao longo dessas semanas, realizamos diversas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público, previstas no projeto de intervenção.

Pouco antes de iniciar a intervenção, informamos toda a equipe sobre a logística da intervenção, as ACS foram informadas sobre a importância da abordagem os pacientes diabéticos e hipertensos e sobre a importância do acompanhamento na Unidade de Saúde.

A equipe foi capacitada quanto os aspectos mais importantes dos Cadernos

de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, protocolo oficial utilizado na intervenção. Assim, demos seguimento à intervenção; nos deparamos com alguns problemas, que facilmente foram resolvidos. Contamos com o apoio da equipe do NAAB e do NASF, fizemos uma reunião e aproveitamos a oportunidade para mostrar as fichas de acompanhamento e planilha de cadastramento e acompanhamento; conversamos sobre o grupo de hipertensos e diabéticos, sobre grupos de caminhadas e reeducação alimentar que se formariam. No decorrer da intervenção, houve nova reunião com o NASF, na qual foram criados oficialmente os grupos de hipertensão e diabetes e grupos de caminhadas.

Para divulgar a intervenção, além das orientações realizadas durante as consultas e atendimento na unidade de saúde, fizemos contato com um jornal local em que publicamos um texto informativo sobre hipertensão e diabetes. Assim, traríamos para o serviço aquelas pessoas que não freqüentam a unidade de saúde.

Com relação à organização do serviço, conforme os pacientes vinham trazer as receitas para renovação, já eram requeridos os exames complementares e solicitava para trazê-los em consulta médica. Assim, o cadastramento era realizado tanto na renovação de receitas ou em consulta médica. Aproveitamos o momento da solicitação de renovação de receita, para fazer uma revisão nos prontuários, e aqueles pacientes que estavam há muito tempo sem consultar recebiam busca ativa. Para os pacientes hipertensos e diabéticos com consulta em dia, mas com os exames complementares em atraso, realizávamos a solicitação do exame e pedíamos para que deixassem o resultado na recepção. Pacientes com exames alterados eram agendados para consulta médica.

Dando continuidade à intervenção, iniciamos a revisão dos prontuários existentes na nossa equipe, e anotamos os nomes de todos os pacientes que haviam procurado a unidade que eram diabéticos e/ou hipertensos. Nesse sentido, conforme íamos olhando os prontuários dos pacientes, já preenchíamos a planilha de coleta de dados e ficha de acompanhamento dos pacientes que já se consultaram conosco desde março deste ano, cujos exames clínicos e complementares estavam em dia. Terminada a revisão de todos os prontuários, foi entregue às ACS uma lista com os nomes dos pacientes hipertensos e diabéticos, a fim de que elas realizem a busca dessas pessoas para a Unidade de Saúde, para que num período de um ano, todos os usuários acometidos por hipertensão e Diabetes sejam acompanhados na UBS.

Finalizamos a intervenção com sentimento de dever cumprido, tivemos

uma ótima cobertura do programa com 70,5% dos hipertensos cadastrados e 89,4% dos diabéticos cadastrados. Tivemos uma boa adesão dos pacientes hipertenso e diabéticos, conseguimos alcançar em 100% quase todas as metas de qualidade estabelecidas, melhorando nossas práticas e a qualidade da atenção prestada a esse público alvo. Buscamos os faltosos às consultas, melhoramos as informações dos registros, realizamos estratificações de risco e promovemos a saúde com informações como alimentação saudável, importância da prática de atividade física, riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal. As ações já foram incorporadas a rotina do serviço, e a equipe esta preparada para dar continuidade a essa ação programática, mesmo com a saída da médica da equipe no final do contrato do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Espero que a gestão mantenha o estímulo da equipe e continue colaborando para que as ações tenham continuidade.

Atenciosamente,

Ana Paula Serafini

4.4. Relatório da Intervenção para a Comunidade

À comunidade da Unidade Sanitária Arvorezinha

Em março de 2014 foi iniciado curso de especialização na Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas e nesse curso vimos vários temas sobre saúde pública e analisamos as ações desenvolvidas na Unidade de Saúde, com o objetivo de verificar se as ações estavam sendo desenvolvidas de forma adequada. Após essa análise, escolhemos um tema que consideramos mais frágil para trabalhar na unidade de saúde, ou seja, escolhemos uma ação programática que poderia ser melhorada, assim, a equipe de ESF da Unidade Sanitária de Arvorezinha escolheu como intervenção a atenção ao usuário hipertenso e diabético.

A intervenção durou 12 semanas, e ao longo dessas semanas, realizamos diversas ações que visavam melhorar a qualidade da atenção a essas pessoas. Tivemos que organizar o serviço para melhor receber os hipertensos e diabéticos, assim como, tivemos que capacitar todos os trabalhadores e divulgar as

ações que seriam realizadas. Para que tudo isso acontecesse, algumas semanas antes de iniciarmos os trabalhos, informamos toda a equipe sobre como seria desenvolvida a intervenção, determinamos o papel de cada um nessa intervenção, e as ACS foram informadas da necessidade de conversar com os pacientes diabéticos e hipertensos sobre a importância do acompanhamento na Unidade de Saúde, a fim de prevenir infarto, derrame e demais complicações do diabetes e da pressão alta.

Informamos também o gestor do município (secretário da saúde), que não colocou nenhuma barreira, muito pelo contrário, disse que a iniciativa poderia ser ponte para a formação de grupos de diabéticos e hipertensos, o que diminuiria a procura na unidade. Solicitamos a impressão das fichas de espelho e pasta organizadora, para colocá-las em ordem alfabética.

Contamos com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) composto por técnico de enfermagem, psicólogo e fonoaudióloga que nos auxiliou na questão da formação de um grupo de hipertensos e diabéticos, e também contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por psicóloga, educadora física e nutricionista que nos auxiliou na formação dos grupos de caminhadas e reeducação alimentar.

Organizamos o serviço de forma que os pacientes vinham trazer as receitas para renovação, já solicitávamos os exames complementares e requeríamos para trazê-los em consulta médica. Então utilizei e ainda utilizo essa estratégia, vou cadastrando os pacientes conforme eles vêm solicitar renovação de receitas ou em consulta médica. Aproveitamos o momento da solicitação de renovação de receita, para fazer uma revisão nos prontuários, e aqueles pacientes que estavam há muito tempo sem consultar recebiam busca ativa. Quanto aos pacientes hipertensos e diabéticos que vem à consulta, mas que não estão com os exames complementares em dia, solicito para que esses façam o exame e deixem o resultado na recepção, informo-lhes sempre que havendo alterações nesses exames, deverão agendar consulta médica ainda na próxima semana.

Para informar a comunidade sobre a intervenção, além das orientações realizadas na unidade de saúde e nas visitas domiciliares pelas ACS, fizemos contato com um jornal local abrindo espaço para a publicação sobre hipertensão e diabete. A publicação foi um sucesso, pois aumentou o interesse da população, conseqüentemente a procura por atendimento na unidade de saúde.

Dando continuidade a intervenção, iniciamos a revisão dos prontuários

existentes na nossa equipe, e anotamos os nomes de todos os pacientes que haviam procurado a unidade que eram diabéticos e/ou hipertensos. Nesse sentido, conforme íamos olhando os prontuários dos pacientes, já preenchíamos a planilha de coleta de dados e ficha de acompanhamento dos pacientes que já se consultaram conosco desde março deste ano, cujos exames clínicos e complementares estavam em dia, o mesmo fazíamos nos dias de renovação de receita, sendo que os pacientes que não estavam com os exames complementares em dia, renovamos a receita para um mês e deixávamos junto com a prescrição, a solicitação de laboratoriais.

Terminada a revisão de todos os prontuários existentes na ESF em que atuo, foi entregue às ACS uma lista com os nomes dos pacientes hipertenso e diabéticos, a fim de que elas realizem a busca dessas pessoas para a Unidade de Saúde, para que num período de um ano, todos os usuários acometidos por hipertensão e Diabetes sejam acompanhados na UBS.

Em fim, muitos pacientes acometidos por hipertensão e diabetes já foram cadastrados, estão sendo acompanhados e encontram-se manejados de suas comorbidades. Houve uma modificação nas práticas dos profissionais e uma melhoria na atenção a saúde dessa população.

Aproveitamos o momento para lembrar a importância do acompanhamento na unidade de saúde, e solicitamos à comunidade que seja multiplicadora dessas informações, e traga à UBS as pessoas nunca consultaram para que se realize uma avaliação.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da Unidade Sanitária Arvorezinha

5. Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem

No início do meu trabalho em março de 2014 senti um pouco de insegurança, por ser recém-formada e pelo fato de retornar para o município em que fui criada. Temia que os pacientes e a equipe não fossem me respeitar, pois vim com pouca experiência dos primeiros plantões pós-formatura, além disso, atender as pessoas que me conheciam desde criança me causava receio de não ser vista como profissional. No entanto aos poucos fui conhecendo a equipe, e de início já fui me relacionando bem com todos, criei vínculo com os pacientes, e a cada retorno de consulta ficava satisfeita e feliz em ver os pacientes seguindo a conduta que lhes havia sido dada, muitas vezes eles retornavam só para trazer as contra-referências do psiquiatra, oftalmologista, para mostrar que eles haviam seguido o que lhes fora orientado e isso me causava satisfação. Dentre as minhas aflições em relação ao trabalho, não estavam os desafios do desconhecido, pois desde pequena me entusiasmo com novas experiências e oportunidades, mas era o fato de eu não me achar uma líder nata, uma vez que eu pensava que para ser médico de família uma das características fundamentais seria a liderança a fim de poder orientar os pacientes e a equipe, buscando assim melhorias para a comunidade. Todavia, com o tempo fui vendo que não era necessário ser uma líder, pois se você realmente se importa com as pessoas, isso resplandecerá e elas em retorno lhe seguirão onde quer que você vá, pois as pessoas seguem pessoas não títulos ou posições. Além disso, com essa experiência aprendi que uma das principais qualidades que o médico de família deve ter é empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar tanto do paciente quanto dos membros da equipe e assim poder entender suas aflições. Quanto à característica de liderança, aprendi também que essa não é fundamental, o que importa é que a equipe ande em sintonia e que o médico seja receptivo às opiniões e sugestões do grupo. Quanto às expectativas do curso do UNASUS/UFPel, no início do ano esperava

que ele fosse auxiliar na minha formação como clínica e que pudesse contribuir para a melhoria no atendimento, no registro médico, bem como no manejo dos pacientes e hoje posso dizer que ele disponibilizou ferramentas para alcançar os meus objetivos.

Quanto ao significado do curso para a minha prática clínica profissional, a intervenção teve impacto na Unidade, no manejo dos pacientes e no esclarecimento da comunidade sobre os temas hipertensão, diabetes e alimentação saudável e seus impactos. Nesse contexto, o curso foi além das minhas expectativas tanto na questão do conhecimento em medicina de família que me proporcionou, como especialmente na melhoria do atendimento e manejo dos pacientes.

O curso foi importante, pois ao longo dos casos clínicos, pude não só revisar temas frequentes, como também pôr em avaliação o meu conhecimento, e aprimorá-lo; em relação aos testes de qualificação cognitiva, pude avaliar o conhecimento e aprimorá-lo através dos posteriores estudos de prática clínica; quanto ao fórum de clínica pude esclarecer dúvidas; quanto ao fórum da unidade, podia expor as minhas dificuldades e ver que os meus colegas também as tinham. O principal, se tudo, é que a intervenção pôde fazer com que eu avaliasse previamente os dados disponíveis na unidade e pudesse contribuir para a melhoria das informações presentes na unidade, e conseqüentemente no manejo dos pacientes diabéticos e hipertensos. A intervenção foi uma ponte para melhorar o atendimento, pois-além de unir a equipe de ESF, o NAAB, o NASF, todos em prol da comunidade- proporcionou a criação do grupo de hipertensos e diabéticos, do grupo de Alimentação Saudável e da Caminhada, além de outros grupos pelo NAAB e NASF (de pacientes crônicos, triagem dos pacientes com queixas psicológicas e psiquiátricas).

6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Anexos**Anexo 1 – Documento do Comitê de Ética**

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Proª Ana Claudia 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.

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



