

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde da
Família de Felipe Camarão II, Natal-RN**

Renata Cristina Barros Leite

Pelotas, 2015

Renata Cristina Barros Leite

**Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde da
Família de Felipe Camarão II, Natal-RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Modalidade EAD da Universidade Federal de Pelotas realizado pela Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora:

Érica Almeida Coelho

Pelotas, 2015

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

L533m Leite, Renata Cristina Barros

Melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II, Natal-RN / Renata Cristina Barros Leite; Erica Almeida Coelho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Coelho, Erica Almeida, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho à
equipe da Unidade Saúde
da Família de Felipe
Camarão II e aos meus
pais

Agradecimentos

Agradeço aos profissionais da equipe 09 da Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II que tanto me ajudaram na construção e na realização deste projeto de intervenção, contribuindo para melhoria na qualidade da atenção dos usuários.

Agradeço ainda a minha orientadora Érica Almeida Coelho, que através de suas orientações pude ser capaz de construir com qualidade este trabalho. Por fim a minha família que sempre me apoia.

Lista de figuras/tabelas

Figura 1	Equipe da Unidade de Saúde da Família da Felipe Camarão II. Natal, RN 2014	54
Figura 2	Realizando atendimento a comunidade na Unidade de Saúde da Família da Felipe Camarão II Natal, RN 2014	54
Figura 3	Gráfico indicativo cobertura do programa de atenção em saúde ao hipertenso Natal, 2014	58
Figura 4	Gráfico indicativo cobertura do programa de atenção em saúde ao diabético. Natal, 2014	59
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Natal, 2014	60
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Natal, 2014	61
Figura 7	Periodicidade de acompanhamento de acordo com a classificação de risco cardiovascular	62
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com exames complementares em dia. Natal 2014	63
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia. Natal 2014	63
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizados. Natal, 2014	64
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizados. Natal, 2014	64
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos faltosos com busca ativa realizada. Natal, 2014	66
Figura 13	Proporção de Diabéticos faltosos com busca ativa realizada. Natal 2014	66
Figura 14	Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Natal 2014	67
Figura 15	Gráfico indicativo Proporção de Diabéticos com registro	68

	adequado na ficha de acompanhamento. Natal, 2014	
Figura 16	Gráfico indicativo Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Natal, 2014	69
Figura 17	Gráfico indicativo Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Natal, 2014	69
Figura 18	Estratificação de risco cardiovascular global	70
Figura 19	Fatores de risco cardiovascular	70

Lista de abreviaturas e siglas

ACS- Agentes Comunitários de Saúde
CD- Crescimento e Desenvolvimento
CO- Citologia Oncológica
DCV- Doença cardiovascular
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM- Diabetes Mellitus
ESF- Estratégia de Saúde da Família
HAS- Hipertensão arterial sistêmica
HGT- Hemoglicoteste
HIPERDIA- Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA- Pressão arterial
PET- Programa de Educação Tutorial
PSE- Programa de Saúde na Escola
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
UPA- Unidade de Pronto-atendimento

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção	58
4.1 Resultados	58
4.2 Discussão	71
4.3 Relatório da intervenção para gestores	76
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	83
6 Bibliografia	85
Anexos	86
Anexo 1 - Ficha espelho	86
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	88
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	91

Resumo

LEITE, Renata Cristina Barros. **Melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II, Natal-RN.** 2015. 92f. Trabalho de Conclusão do curso Especialização em Saúde da Família – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho foi realizado na Unidade Básica de Saúde do bairro de Felipe Camarão II em Natal-RN, no âmbito da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético. A intervenção teve como objetivo a ampliação da cobertura e a melhoria na qualidade da atenção em saúde para Hipertensos e/ou Diabéticos. A implantação de um protocolo para este atendimento permitiu um registro adequado, mantendo uma ficha de acompanhamento atualizada a cada consulta. Isto proporcionou uma melhor qualidade da atenção programática, conseqüentemente garantindo um bom atendimento visando a atenção integral. Com a programação de consultas periódicas e a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde dos faltosos, buscou-se o aumento da adesão dos usuários ao programa, com consultas sendo realizadas com a periodicidade recomendada. Através de atividades em grupo a equipe teve como meta garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Ao final da intervenção foi possível aumentar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no serviço de 38% e 37%, respectivamente, para 53,5% e 61,1% ao final de três meses de intervenção. Buscamos ainda contemplar um exame físico adequado e com a periodicidade recomendada além de exames complementares. Realizamos busca ativa dos faltosos atingindo proporção de 54,2% e 66,7% dos hipertensos e diabéticos, buscando garantir a periodicidade recomendada para consultas. Orientações quanto a mudanças nos hábitos de vida foram realizadas em 100% dos usuários.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas, Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Apresentação

O presente trabalho faz parte das atividades de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família da UFPEL/UNASUS que tinha como objetivo capacitar médicos vinculados ao PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) a implantar um projeto de melhoria de algum programa de Saúde na atenção primária. É o produto do projeto de intervenção realizado no serviço de atenção aos Hipertensos e Diabéticos da ESF de Felipe Camarão II.

Este trabalho está dividido em cinco unidades dessa modalidade de curso de especialização, sendo elas: 1 - Análise situacional onde abordamos as atividades realizadas na ESF, sua estrutura física, recursos humanos e a organização do processo de trabalho, quando realizamos uma análise reflexiva acerca das fragilidades do serviço propondo estratégias para solucioná-las; 2 – Análise estratégica: onde realizamos o planejamento para intervenção definindo objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: momento em que paramos para analisar todo o trabalho realizado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção, seja por falta de materiais ou até mesmo pela ausência de funcionários ou não realização de algumas atividades contidas no projeto; 4 – Avaliação da intervenção: onde realizamos a análise dos dados obtidos em planilha e proporcionamos aos gestores e à comunidade o produto da intervenção e 5 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação, postagem em 03/04/2014

Estou atuando na unidade básica de saúde do bairro de Felipe Camarão em Natal-RN, um bairro carente localizado a 7 km do centro da cidade. Unidade Básica de Saúde(UBS) com boa estrutura física, contando com 04 salas para atendimento médico, sala de vacinas, sala de curativos, sala para coleta de preventivos, sala de arquivo, sala de acolhimento, salão para atividades em grupo, sala da direção além de uma copa, sala de expurgo e banheiros.

A unidade possui 04 equipes de ESF, a minha equipe conta com uma enfermeira, dentista, técnica em saúde bucal, duas técnicas de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, e as outras equipes possuem quantidades de profissionais semelhantes, possui ainda uma auxiliar de serviços gerais e dois vigilantes. Apesar de estrutura física adequada, a UBS carece de insumos, faltam medicamentos, material para troca de curativo e alguns impressos. A farmácia está em más condições de abastecimentos, possui muitos medicamentos vencidos ou prestes a vencer e faltam medicamentos básicos e de uso contínuo para doenças crônicas, como analgésicos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, sulfato ferroso, para curativos existe apenas gaze e soro fisiológico.

A equipe é muito integrada e motivada, a unidade serve como pratica de ensino para outras especialidades, como enfermagem, psicologia e medicina com o PET saúde, proporcionando a equipe um processo contínuo de aprendizagem. As enfermeiras são muito empenhadas, tanto nas atividades de ensino como nas atividades junto à comunidade. Durante os dias em que estive trabalhando na unidade presenciei atividades com os usuários realizadas por elas e outros profissionais, como curso de gestantes, reunião para realização de primeira consulta do Crescimento e Desenvolvimento (CD) e dia da saúde da mulher, durante o qual foram realizados exames preventivos, citologia oncótica e exame das mamas, neste último tive a oportunidade de participar realizando o exame das mamas. A partir deste trabalho pude perceber a eficácia de atividades de prevenção como esta, pois pude perceber que diversas mulheres nunca haviam realizado exame clínico nas

mamas ou mamografia por falta de acesso a consulta médica. Os agentes comunitários também são profissionais empenhados, conhecem bem a área e os usuários, bem como a realidade social da comunidade e atuam de forma ativa nas atividades diárias da unidade.

Minha rotina de atendimento atualmente dispõe de 5 turnos para atendimento, incluindo crianças, Hipertensão, saúde da mulher, saúde do trabalhador e saúde mental, 1 turno de visita domiciliar, 1 turno para consultas de pré-natal e 1 turno para reunião com a equipe. Esta rotina foi adequada junto a enfermeira da equipe de acordo com a demanda da área. As consultas são marcadas com um dia de antecedência, sendo um dos ACS responsável por essa marcação. No dia da consulta o acolhimento é realizado por uma das técnicas de enfermagem e os pacientes são encaminhados para aguardar a consulta. A realização de visita domiciliar é realizada junto com o agente comunitário de saúde responsável pela área, e quando necessário é formada equipe multidisciplinar para realizá-la. A principal dificuldade que encontrei, foi a não disponibilização, por parte da secretaria de saúde do município, de transporte para a realização dessas visitas, no momento elas estão sendo feitas com carro do profissional que a realiza seja médico ou enfermeiro.

Lidamos também com os problemas inerentes ao sistema, que são comuns a todas as unidades de saúde, como demora na marcação de consultas, exames e procedimentos. A direção da unidade porém mostrou ser atuante na tentativa de solucionar os problemas da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional postagem em 03/06/2014

Utilizando os dados do IBGE para o município de Natal, temos catalogados 803.739 Habitantes, de acordo com o Censo de 2010, com população estimada em 2013 de 853.928. No município de Natal a rede de Atenção Básica está composta por 55 serviços de Saúde, destes, 37 são Unidades Saúde da Família (USF) e 18 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais. Visando aumentar o escopo das ações da ESF foram credenciados em abril de 2010 pelo Ministério da Saúde 12 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família – NASF, sendo que em novembro foram credenciadas 3 equipes do NASF. A atenção secundária foi implementada a partir dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - ampliando e qualificando a atenção especializada, com a implantação no ano de 2005 de 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A rede Hospitalar do SUS no município conta com 35 unidades hospitalares, sendo a maioria do setor privado, cujo percentual em 2009 foi de 57,1%. As unidades estaduais representam 20% do total de estabelecimentos hospitalares e as unidades próprias municipais, 14,3%. A esfera federal conta com 8,6% da rede hospitalar. Essas unidades hospitalares possuíam um total de 3.039 leitos de internação com uma média de 3,8 leitos por mil habitantes. No entanto, contando apenas com os 2.252 leitos conveniados ao SUS, essa média cai para 2,8. Vale ainda ressaltar que esses leitos seguem a seguinte distribuição (clínicos: 24,1% – cirúrgico: 27,4% – obstétrico: 10,1% - pediátrico: 17,6% - psiquiátrico: 18,4% - Hospital-Dia: 0,8% - outras especialidades: 1,6%).

A rede pública de Natal dispõe de 23 laboratórios credenciados, de modo que a SMS realizou uma média de 2.651.033 exames laboratoriais no período de 2006 a 2009. Em 2010 esta produção diminuiu para 1.614.980 (essa redução ocorreu em função de problemas nos equipamentos de laboratório e redução de profissionais). Dispondo ainda, conforme dados do IBGE de 2010 de 147 equipamentos de Eletrocardiograma, 24 de Eletroencefalograma, 142 de diálise, 25 de mamografia, 89 de raios-x, 7 de densitometria óssea, 5 de ressonância magnética, 18 tomógrafos, 79 ultrassons.

Primeiramente, é importante ressaltar que a Unidade foi construída com o propósito de ser uma unidade básica de saúde, esse fator é relevante para que uma UBS, que atua com a ESF, possa ter um trabalho mais completo. Por ter havido um planejamento de estrutura, há uma melhor distribuição de salas para a equipe multiprofissional, de modo a diminuir os conflitos por falta de salas para atendimento. É perceptível que há falhas na infraestrutura, não estando de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) em alguns quesitos, como a ausência de consultórios com sanitários, a existência de apenas um toailete para os usuários da UBS, bem como ausência de sanitários adequados para deficientes, sala de nebulização e sala de esterilização. Apesar desses problemas, enfatizo o engajamento da equipe para que o atendimento à população não seja prejudicado.

Em relação às barreiras arquitetônicas, a UBS está parcialmente adequada para a acessibilidade dos usuários tal qual a Lei Orgânica orienta, pois falha nos quesitos das calçadas seguras e do banheiro, o qual não está adequado para o uso de deficientes. Apesar da unidade possuir acesso externo para os deficientes, o trânsito destes no interior da unidade é prejudicado, pois os corredores, portas e salas não estão em tamanho ideal. Vale salientar ainda a ausência de cadeira de rodas na UBS para o manejo adequado de algum usuário portador de deficiência.

Uma reforma está prevista para a unidade, porém a equipe não foi informada sobre datas e prazos. Para minimizar essa situação, usuários com deficiência física que necessitem de atendimento, podem agendar visita domiciliar, que são realizadas em equipes multiprofissionais sempre que possível, facilitando o acesso à assistência médica, além de evitar possíveis transtornos ou agravos em virtude da falta de estrutura adequada da UBS. A falta de medicamentos e de insumos acaba trazendo ônus aos usuários que precisam então pagar para desfrutar de uma melhor condição de saúde.

Outro ponto crítico é a existência de um consultório odontológico que não está em pleno funcionamento há 05 anos, pois as cadeiras não estão em condições de uso e não foram repostas, sendo realizado apenas serviços de escovação, aplicação de flúor, ações educativas coletivas, primeira consulta programada e avaliações de urgências. Apesar de haver o primeiro contato com o usuário, a longitudinalidade é inexistente, devido à incapacidade de programação terapêutica. Dessa forma, o próprio conceito de atenção integral ao usuário não vem sendo praticado. A forma encontrada pelos profissionais para ampliar a cobertura é através

de encaminhamento para outros serviços integrantes do SUS com maior capacidade de resolubilidade. Tal situação acaba por diminuir a capacidade de resolução da UBS, por um problema de infraestrutura grave.

Ainda em relação aos insumos, esses encontram-se em sua maioria em quantidade insuficiente. O mesmo acontece com os materiais para atividades educativas, como caixas de som, gravador, filmadora e câmera fotográfica, o que prejudica a realização de atividades em grupo tanto para a odontologia como para os demais membros da equipe. É necessário também ressaltar a ausência de materiais necessários para realização de pequenas cirurgias, como anestésicos locais, fios de sutura e material cirúrgico, diminuindo ainda mais a capacidade de resolução da UBS, sobrecarregando os serviços de atenção secundária e terciária. Apesar de termos computadores na UBS, este tem seu uso restrito ao administrador, alguns ACS e auxiliares administrativos, que o utilizam para atividades de controle de estoque, digitação de documentos e regulação.

Em relação às atribuições dos profissionais na equipe, pode-se identificar como prioridade para esta questão a sobrecarga de funções que ocorre com alguns profissionais, em função da ausência de divisão de tarefas de forma a minimizar este problema. Diariamente pude perceber que os usuários não são bem informados acerca do funcionamento da unidade, com relação principalmente a dias de marcação de exames e consultas, quais profissionais são responsáveis por essas funções e a que local devem se dirigir. Apesar da existência de cartazes, painéis e explanações verbais por parte da equipe este problema ainda persiste. Em cada sala de atendimento os profissionais fixaram nas respectivas portas seus horários de atendimento para a demanda programada, tanto do médico quanto do enfermeiro, especificando quais os tipos de atendimento e quais grupos de usuários serão acolhidos em cada turno. No entanto, por existir além da demanda programada a demanda espontânea, é preciso que haja um acolhimento diário para a demanda espontânea. É necessário ainda, que seja discutido como realizar uma classificação de risco e vulnerabilidade para determinação desse fluxo, seguindo um protocolo.

Devido à grande demanda e para evitar a formação de filas durante a madrugada, prática corriqueira nas UBS, a marcação vem sendo realizada durante três dias da semana, levando em consideração a atenção a demandas programáticas e a demanda espontânea. Diariamente são disponibilizadas 02 fichas para demanda espontânea dentro da agenda de cada profissional, no entanto alguns

casos prioritários podem ser analisados individualmente e atendidos no mesmo dia. Uma vez realizado este acolhimento, os casos prioritários são encaminhados para atendimento médico ou é agendada uma consulta posterior. Nos casos em que a enfermeira possui respaldo em protocolos do MS o atendimento ou solicitação de exames já é realizado. Esta foi a forma encontrada pela equipe para minimizar as deficiências, visto já ser grande a demanda agendada para o médico. Não há demanda para atendimentos de caráter imediato ou prioritário, seja para o enfermeiro, médico ou odontólogo, pois devido à falta de equipamentos e insumos, atendimentos de emergência não são realizados na unidade, e os usuários já procuram diretamente os serviços na UPA do bairro, a qual deve ser porta de entrada para emergências, como preconizado pelas diretrizes do SUS.

O encaminhamento dos usuários a outros serviços é realizado através de regulação, sendo o usuário instruído a retornar com a contra-referência preenchida para a UBS. Apesar dessa orientação, muitos usuários não trazem o formulário em virtude do não preenchimento do mesmo pelos profissionais da rede. A utilização da referência/contra referência tem o objetivo de permitir um acompanhamento integralizado, para que a equipe de saúde básica tenha conhecimento da programação terapêutica proposta na atenção secundária. Não é realizado monitoramento dos internamentos hospitalares, pois não dispomos de mobilidade nem de pessoal suficiente para tal. Orientamos então que os usuários tragam um resumo médico do acontecido nas internações, para que através dos ACS a equipe possa ter conhecimento da situação de cada usuário, podendo ainda ser programada visita domiciliar para o acompanhamento da terapia proposta durante o internamento, além de propor medidas de prevenção e promoção à saúde evitando novos internamentos.

Quanto aos grupos educacionais, buscamos sempre tentar expandi-los, aumentando os temas abordados e o pessoal envolvido, mas isso se faz de maneira lenta e gradual. Os grupos de usuários, em sua maioria, são coordenados pelos enfermeiros e médicos das equipes. Atualmente estão sendo realizados semanalmente grupos de gestantes, abordando temas como pré-natal, amamentação, vacinação e cuidados com o recém-nascido. Para ampliar esta cobertura, estão sendo programadas ações na escola do bairro de acordo com o caderno do PSE, com a participação do médico e enfermeiro, na tentativa de atingir grupos populacionais mais resistentes, como adolescentes e crianças, com

abordagens clínicas e educativas. Não há Conselho Local de Saúde instalado atualmente na UBS, já existiu um conselho ativo na área porém, por falta de organização do serviço e de participantes o mesmo foi extinto.

Em relação à população adstrita, a equipe é responsável por 3254 indivíduos, levando em conta que o MS preconiza (portaria nº 2027 de 25/08/11) um número de 3000 a 4000 habitantes/equipe, a UBS trabalha com número adequado. A população é composta por 1581 (48,6%) indivíduos do sexo masculino e 1673 do sexo feminino (51,4%). Dividindo por faixa etária, teremos 1,8%(60) abaixo de 1 ano; 7,2% (234) entre 1 e 4 anos; 9,8% entre 5 e 9 anos(318); 9,4% (306) entre 10 e 14 anos; 9,7 % (317) entre 15 e 19 anos; 55,9% (1163) entre 20 e 39 anos; 12,9% (423) de 40 a 49 anos; 7,1% (233) de 50 a 59 anos; com 6,1% (200) acima de 60 anos. Isso mostra que a distribuição está de acordo com o esperado pelo MS, acompanhando a mudança de pirâmide etária que o país está mostrando, conforme último censo do IBGE em 2010. Espelha a população de um país em desenvolvimento, com quase equivalência entre os sexos para idades inferiores a 50 anos e leve predomínio feminino nas idades maiores que 50 anos, reflexo ainda da resistência masculina em procurar serviços de saúde somado à maior exposição a causa externas.

O atendimento de puericultura vem sendo realizado pela equipe de enfermagem em dois turnos a cada semana e são encaminhados para atendimento médico aqueles nos quais são detectadas alterações nos parâmetros avaliados durante a consulta, de acordo com a caderneta da criança. O principal aspecto a melhorar é tentar aumentar a aderência materna ao CD infantil (que é de apenas 26%). Apesar de 96% estarem com consultas em dia de acordo com o MS (e devidamente registrados na caderneta da Criança), apenas 26% tiveram sua primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, o que é grave e reflete ou a falta de orientação na maternidade ou provavelmente não seguimento dessas orientações por parte das puérperas. Os ACS vêm realizando busca ativa das puérperas na tentativa de reduzir a falha no seguimento. A identificação de problemas é fundamental para o desenvolvimento saudável e intervenção precoce para um melhor prognóstico dessas crianças; a vacinação em dia atinge 96%; avaliação da saúde bucal apenas 15% (lembrar que a UBS está sem dentista há 5 anos); orientação para amamentação materna exclusiva (e técnicas adequadas de amamentação conforme os protocolos do MS) e prevenção de acidentes em 100% dos casos.

O atendimento Pré-Natal somente é realizado em dois dias da semana e não em todos os turnos de atendimento da UBS (diferente do que preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005), eles são realizados pela enfermeira e pelo médico, cada um em um turno por semana, no entanto vem conseguindo atender a demanda da área, visto que das 23 gestantes da área apenas 2 não acompanham na UBS. Os registros são realizados no prontuário clínico a cada consulta, apesar de não haver um protocolo, os exames e os dados da consulta são também registrados no cartão do pré-natal. As consultas subsequentes são agendadas com a equipe do arquivo após o atendimento. A consulta inicial é realizada com a enfermeira, durante a qual são solicitados os exames laboratoriais necessários como preconizado, a segunda consulta é realizada com o médico que verifica os resultados dos exames e realiza as condutas devidas, como encaminhamentos para pré-natal de alto risco e requisição de outros exames. As consultas são intercaladas com enfermeira e médico, sendo no 3º trimestre realizada apenas com médico.

A cobertura de pré-natal está bem abaixo do esperado para a área de cobertura da minha equipe de saúde. O esperado seria de 49 gestantes para a população adstrita, enquanto temos apenas 23 gestantes sendo acompanhadas (47%). Essa cobertura deveria ser de 100%, visto que o acesso ao pré-natal é o principal indicador de melhor prognóstico ao nascimento. Das gestantes que fazem pré-natal na UBS, 83% tiveram a primeira consulta no primeiro trimestre (1º passo para um pré-natal de qualidade, conforme sugerido pelos MS), em algumas situações o diagnóstico da gravidez pode demorar a ocorrer e a paciente inicia o pré-natal após o primeiro trimestre; 91% estão com as consultas em dia conforme orienta o MS (visto que o número mínimo é de 6 consultas), os ACS realizam a busca das faltosas sempre que deixam de comparecer a consulta e as mesmas já saem do atendimento com a próxima consulta agendada; 100% tiveram os exames de primeira consulta solicitados pela enfermagem, nossa dificuldade é apenas a realização dos mesmos devido a lentidão do sistema; 91% com vacinação conforme protocolo (contra tétano e Hepatite B), ação realizada na própria unidade o que facilita o acesso; 100% prescritas com sulfato ferroso e ácido fólico (para prevenção de anemia ferropriva e defeitos na desenvolvimento neurológico fetal), a unidade fornece essas medicações de forma rotineira durante as próprias consultas; 57% tiveram exame ginecológico trimestral, pelo que foi detectado as usuárias realizam exames ginecológico apenas quando realizam a coleta do exame citopatológico,

tanto por falta de equipamentos uma vez que a sala de atendimento de pré-natal não possui mesa de exame ginecológico, existe apenas uma na unidade que é compartilhada para coleta de C.O. de toda a área da UBS, não permitindo que isso seja realizado a cada trimestre. 100% tiveram avaliação da saúde bucal, as dentistas da unidade realizam esta avaliação, porém não realizam tratamento se houver intercorrência por falta de equipamento, apenas realizam orientações, e 100% receberam orientação para aleitamento materno exclusivo.

A realização dos exames de citopatológico cervical fica a cargo da enfermeira de cada equipe, sendo realizados em todos os turnos de atendimento dividindo os turnos entre os profissionais das 4 equipes. A coleta não tem apresentado dificuldades, sendo a quantidade de material para realizá-la suficiente para a demanda da unidade, no entanto a UBS conta apenas com 01 sala para exame ginecológico, o que pode estar contribuindo para o excesso de demanda. A demora para a chegada dos resultados vem prejudicando o acompanhamento das pacientes, sendo o tempo superior a 30 dias. Analisando a população abrangida pela equipe, temos que apenas 44% das mulheres estão com o exame citopatológico em dia, o que demonstra a dificuldade encontrada para o acesso ao exame ou, em outra análise, a falta de informação quanto ao seu seguimento. De maneira que 85% estão com atraso superior a 06 meses para avaliação. Dessas mulheres, 23% apresentaram citopatológico alterado. Das usuárias acompanhadas 92% foram avaliadas durante a consulta de rotina em busca de fatores de risco ambientais e familiares para câncer de colo de útero e 100% foram orientadas sobre a necessidade da prevenção primária e secundária, assim como prevenção de outras DSTs, tanto em consultas com enfermagem como com médico, conforme orienta o protocolo do MS.

Outro problema encontrado é quanto a realização do seguimento após o resultado do exame, as pacientes são encaminhadas para realização de colposcopia em outro serviço, o que já leva certo tempo para ser marcado e quando é necessário a obtenção de biópsia do colo uterino, a mesma não é realizada uma vez que a paciente necessita retornar a UBS para então ser encaminhada para outra instância. Em condições ideais, a biópsia é realizada durante a colposcopia, desta forma a demora em realização destes exames pode acarretar em diagnóstico tardio do câncer de colo. Na tentativa de não retardar ainda mais o diagnóstico, as usuárias ao receberem o resultado já agendam a consulta, visto que na minha agenda existe

um turno de atendimento destinado a resultados de exames, para devido registro no prontuário dos dados e encaminhamentos quando necessário. Faz-se necessário também a organização da equipe quanto a marcação dos exames, visto que vem sendo realizado em apenas 3 dias na semana, o que reduz a possibilidade de acesso das usuárias. Podemos lançar mão do Siscolo que é um sistema de informação que pode ajudar no acompanhamento das mulheres diagnosticadas com a doença. Outra possibilidade é a criação e atualização de um banco de dados com todas as mulheres da área.

A linha de Cuidado do Câncer da Mama tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Na UBS 40% das mulheres tem mamografia em dia, sendo 84% com mais de 03 meses de atraso. Dessa forma, temos que a cobertura da nossa UBS não é ideal, porém se aproxima do preconizado, ainda encontrando dificuldades principalmente em relação ao acesso a realização da mamografia, visto que a demanda é maior que a oferta do serviço. Orientações quanto a prevenção primária do câncer de mama vem sendo realizadas em todas as consultas de saúde da mulher. Com o objetivo de aumentar a adesão e com isso permitir um acompanhamento adequado das mulheres em idade de risco, é necessária a realização também de uma busca ativa por parte dos profissionais, garantindo que as mulheres com exames atrasados compareçam a unidade. Esta atividade vem sendo estimulada a ser realizada pelos ACS durante as suas visitas domiciliares.

Em relação às doenças crônicas, por serem morbidades que não cursam com sintomas exuberantes, ou mesmo nenhum sintoma, somente são diagnosticados com hipertensão ou diabetes aqueles usuários que comparecem a UBS por outros motivos podendo ainda o subdiagnóstico destas patologias ser grande. Utilizando os dados obtidos, podemos ver que nossa UBS acompanha apenas 38% do número estimado de hipertensos, estando muito aquém do preconizado. Um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem ainda dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários, tanto pela dificuldade de acesso dos pacientes, por serem em sua maioria idosos, como por deficiência na busca ativa por novos casos e dificuldade no seguimento com consultas periódicas. Em sua maioria, os usuários

procuram a UBS para atendimento de problemas agudos, não havendo portanto um acompanhamento programado. Os usuários encontram ainda dificuldades na obtenção de alguns tipos de medicamentos, apesar da maioria deles já serem subsidiados pelo governo, alguns encontram-se em quantidades insuficientes, dificultando a adesão ao tratamento.

Outro quesito bastante falho é a falta de agendamento dos pacientes com HAS, que diminui muito a capacidade de monitoramento da UBS, garantindo a prevenção e o diagnóstico precoce das suas complicações. A maior parte da demanda de portadores de HAS, é composta por pacientes que procuram a UBS apenas para “renovação de receita”, no entanto sabemos que a terapêutica dessa patologia é dinâmica, de forma que o tratamento pode ser modificado de acordo com a evolução da doença. Na tentativa de modificar essa prática, os ACS foram orientados a encaminhar o usuário que comparece a UBS para “renovar receita” à sala de preparo na qual as técnicas de enfermagem verificam a PA, no caso de níveis dentro dos parâmetros considerados normais a receita é transcrita e o paciente orientado a marcar consulta para avaliação, nos casos em que a PA não está dentro da normalidade o paciente é encaminhado a consulta no mesmo dia.

Para a população adscrita pela UBS a estimativa era de 193 diabéticos, de modo que apenas 37% estão sendo acompanhados na unidade. Levando em consideração que o DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e 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, é necessário uma melhor articulação da Atenção Primária na busca ativa desses usuários, permitindo uma melhor cobertura neste quesito, reduzindo os custos do sistema com as complicações advindas da doença. Dos pacientes diabéticos, 38% estão com exames complementares em dia e 40% com exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, com medida da sensibilidade nos últimos 3 meses, dados obtidos a partir dos registros daqueles que vem realizando consultas regularmente através de demanda espontânea para marcação.

A alimentação adequada, o controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial e glicemia poderão não ser atingidos, mesmo com

doses progressivas de medicamentos. Desta forma os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da hipertensão arterial e diabetes melitus. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de prevenção e controle das complicações.

Apenas 42% dos idosos está com o acompanhamento em dia, de modo que esse valor é preocupante, pois devido à maior fragilidade do idoso faz-se necessário um cuidado mais intensivo desta parcela da população. Desses idosos, apenas 18% trazem consigo a Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, de modo que isso é preocupante, levando em conta que esse é um instrumento importante para o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Como traz o Caderno 17, para as pessoas idosas, a caderneta é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. Todos os idosos são orientados para manutenção de hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas regulares durante as consultas. Outro fator importante é a ausência da avaliação global do idoso, como parte básica do atendimento clínico. É substancial a informação em relação à funcionalidade do idoso, de modo que mais importante do que essa informação pontual durante uma única consulta é sua avaliação longitudinal, percebendo como foi a progressão da sua funcionalidade. Sendo este um grupo prioritário na Atenção Básica, a equipe vem discutindo a organização de seu atendimento, para que este possa ocorrer de forma integral e possa abranger os pontos falhos como relatado.

1.3 Comparativo texto Inicial e Análise Situacional

Por fim, fazendo uma reflexão comparando a perspectiva de quando iniciei as atividades e agora, posso garantir que pude adquirir uma visão bem mais ampla da UBS. Sendo capaz de enxergar além do básico, como a estrutura física, insumos e recursos humanos, estando mais apropriada do processo de trabalho que ocorre na equipe, podendo programar melhor as nossas ações e programações enquanto médico, a fim de que possa interferir de forma positiva na rotina de trabalho.

Obviamente que muitas das coisas fogem da minha capacidade de governabilidade, mas o aprendizado que tive ao longo dessas semanas me proporcionou um maior entendimento para que eu possa contornar os obstáculos do nosso sistema de saúde precário, a fim de que os usuários não sejam tão prejudicados. Com uma visão mais crítica posso, além de criticar o sistema, sugerir alternativas reais para resolução dos problemas.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg) e associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010). Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT, 2007).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. (OMS, 2003) No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. (BRASIL, 2011). Passando por essa reflexão sobre a realidade brasileira e mundial e refletindo sobre a realidade local em relação à atenção primária aos portadores de HAS e DM percebemos que ainda temos muito a melhorar.

O projeto de intervenção com foco na melhoria da atenção a hipertensos e/ou diabéticos será realizado na USF Felipe Camarão II, localizada no bairro de Felipe Camarão, na região oeste de Natal. Temos uma população adscrita de

13.286 habitantes, acompanhados por 4 equipes, sendo de 3.254 a população acompanhada pela equipe que atuou. Cada equipe conta com um médico, um enfermeiro, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas de enfermagem, um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário (ACD). A infraestrutura da UBS é parcialmente adequada em relação à estrutura física, no entanto carece de insumos. Existe em quantidade insuficiente da maior parte dos medicamentos de uso contínuo para HAS e DM, além da UBS não contar atualmente com profissional farmacêutico em tempo integral, em alguns turnos a farmácia encontra-se fechada.

Atualmente estamos com 258 hipertensos e 72 diabéticos cadastrados e acompanhados pela UBS, o que corresponde a 38% e 37% do previsto respectivamente. A procura por atendimento depende da busca espontânea dos usuários a UBS, frequentemente devidos a problemas agudos. Dessa forma a equipe não possui um vínculo longitudinal com estes usuários o que reduz a capacidade em acompanhar adequadamente a evolução da doença e o surgimento de complicações, além de prevenir e realizar o diagnóstico precoce evitando hospitalizações, incapacidades e o óbito. No âmbito das ações em educação em saúde na UBS, não vem sendo realizadas atividades coletivas com estes grupos.

As fichas cadastrais do HIPERDIA fornecidas pelo MS encontram-se desatualizadas, devendo existir uma estimativa menor que a realidade. Para realização desta atualização, será necessário o empenho da equipe em realizar a busca ativa dos usuários sabidamente portadores destas co-morbidades, o que deverá ser realizado através dos ACS os quais mantêm contato contínuo com a população. Além da busca ativa, será necessário conscientizar os usuários da necessidade e importância de um acompanhamento sistematizado.

Apesar de todo empenho da equipe em prestar um atendimento de qualidade aos Hipertensos e Diabéticos ainda esbarraremos na dificuldade em manter este seguimento através de consultas programadas e agendadas a cada retorno, cabendo então a devida busca pelos faltosos. Em decorrência da carência de insumos, a UBS possui apenas uma balança e um tensiômetro e não possui aparelho para Hemoglicoteste (HGT), o que poderá dificultar a avaliação das medidas antropométricas e da glicemia capilar a cada consulta. É imprescindível a realização de atividades coletivas nesta ação programática, a equipe se mostra motivada e disponível para participação. Desta forma podemos concluir que a criação de um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados, e que

permita a avaliação constante e a participação ativa dos profissionais de saúde no processo de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos poderá impactar significativamente na qualidade e na expectativa de vida destes.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a Atenção em Saúde para Hipertensos e/ou Diabéticos da Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II – Natal-RN.

2.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Ampliação da a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS
- 2) Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde
- 3) Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa
- 4) Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos.
- 5) Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
- 6) Promoção da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos

2.2.3 Metas

Objetivo 1: Ampliação da a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS

Meta 1: Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Objetivo 2: Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

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

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

Meta 2.3: Prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

Meta 3: Realizar busca ativa de 100% dos Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos.

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6: Promoção da saúde

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

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

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

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (Hiperdia) na UBS de Felipe Camarão II

Meta 1: Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Eixos: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Hiperdia da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O cadastro no programa será atualizado, todos os pacientes serão convocados a comparecer a UBS (data a confirmar) para cadastramento, através dos ACS que realizarão busca ativa na comunidade. A equipe será formada por médico, enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem, 6 ACS, um odontólogo e 1 auxiliar de consultório dentário, todos participarão da ação. O preenchimento das fichas cadastrais será realizado por profissional de nível superior e a aferição de pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas pelos demais profissionais. Aqueles que forem diagnosticados durante consultas na UBS terão seu cadastramento realizado no momento do diagnóstico pelo profissional que realizou o atendimento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa com o devido preenchimento das fichas cadastrais e de acompanhamento. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Detalhamento da ação: Será implantado na rotina da UBS um protocolo de acompanhamento individual, no qual constará o registro de: pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, glicemia capilar, queixas atuais, exame físico,

exame dos pés, risco cardiovascular, presença de complicações, tabagismo, alcoolismo, atividade física e participação em atividades coletivas. Desta forma todos os pontos serão abordados de forma esquemática em todos os atendimentos.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações: Os ACS realizarão durante suas visitas domiciliares orientações quanto ao programa e sua importância. Serão realizadas explanações verbais em atividades coletivas (datas a confirmar) acerca dos benefícios em realizar o cadastramento e acompanhamento no programa Hiperdia, além da importância do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para devidas orientações posteriores a comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial (PA) de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento das ações: Em reunião de equipe (datas a confirmar) será apresentada a ficha de cadastramento do programa Hiperdia, com devidas orientações sobre o seu correto preenchimento e quais informações são solicitadas. Serão realizadas reuniões de equipe (datas a confirmar) para atualização da capacitação dos técnicos de enfermagem, com a participação do médico e enfermeiro, para verificação da pressão arterial de acordo com os protocolos

recomendados, orientações quanto ao preparo do paciente para apropriada verificação da PA, excluindo fatores que possam superestimá-la e a técnica correta tanto para adultos como para populações especiais como obesos e crianças.

Objetivo 2: Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.
- 2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Eixos:

Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos e/ou hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: O monitoramento será realizado rotineiramente pela equipe médica e de enfermagem que realizará o atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético, utilizando o protocolo de atendimento será possível monitorar as informações registradas quanto a exame clínico e medicamentos em uso. No protocolo constará uma tabela para registro dos exames laboratoriais realizados, com respectiva data de realização desta forma, será possível a visualização do último exame realizado além da evolução laboratorial do paciente.

Organização e gestão do serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Garantir a solicitação dos exames complementares. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Realizar reunião de equipe (data a confirmar) para determinar atribuições dos membros no atendimento ao paciente hipertenso e diabético. Afixar no painel da UBS o protocolo de acompanhamento constando da periodicidade para solicitação de exames complementares.

Engajamento público

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a 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.

Detalhamento das ações: Organizar atividades coletivas em grupo (datas a confirmar), e através de explicações verbais realizar a conscientização da população sobre os riscos relacionados a hipertensão e diabetes, suas complicações, importância do diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento adequados. Essas reuniões poderão ser baseadas em rodas de conversa e palestras.

Qualificação da prática clínica:

Ações: 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. Preconizar a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: Realizar reuniões de equipe (datas a confirmar) para atualização dos profissionais sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares na periodicidade recomendada pelo protocolo. Será afixado no painel da UBS a lista dos medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para orientação da população.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

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

Eixos:**Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento da ação: Informar aos ACS os faltosos às consultas durante cada semana para realização de busca ativa e marcação de nova consulta.

Organização e gestão do serviço

Ações: Realizar a busca ativa dos faltosos pelos ACS. Organizar visitas domiciliares com profissionais de nível superior para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Após visita domiciliar realizada pelo ACS será marcado nova consulta em turno pré-determinado, caso paciente esteja impossibilitado de comparecer a UBS por deficiência física ou imobilidade será agendada visita domiciliar por profissional de nível superior, médico ou enfermeiro, para devida avaliação.

Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Organizar atividades coletivas em grupos (datas a confirmar) para conscientização da população acerca da importância da periodicidade adequada de consultas como preconizado pelas diretrizes. Atividades poderão ser baseadas em rodas de conversa ou palestras.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: Realizar atualização dos profissionais esclarecendo acerca da importância e dos benefícios de um acompanhamento adequado, em virtude da necessidade de diagnóstico precoce e prevenção de complicações que interferem na qualidade de vida do usuário.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Anualmente as fichas cadastrais do programa deverão ser revisadas e atualizadas.

Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos 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.

Detalhamento da ação: Será implantado na rotina da UBS um protocolo de acompanhamento individual, no qual constará o registro: pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, glicemia capilar, queixas atuais, exame físico, exame dos pés, risco cardiovascular, presença de complicações, tabagismo, alcoolismo, atividade física e participação em atividades coletivas. Desta forma todos os pontos serão abordados de forma esquemática em todos os atendimentos e permitirá a avaliação quanto ao atraso na realização dos exames complementares e das consultas. A UBS conta com digitador que será responsável por alimentar o sistema de informações.

Engajamento público

Ação: 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.

Detalhamento da ação: Realização de atividades coletivas em grupo (datas a confirmar) para orientação quanto ao direito de manutenção dos registros atualizados.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: O protocolo de atendimento será apresentado a equipe em reunião (data a confirmar) para que o registro seja realizado de maneira uniforme entre todos os profissionais.

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

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Será registrado no protocolo de atendimento o risco cardiovascular do paciente em cada consulta de acompanhamento permitindo o monitoramento da estratificação.

Organização e gestão do serviço

Ações: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda na periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: Os pacientes considerados de alto risco necessitam de consulta quadrimestral, desta forma a cada consulta já será agendado seu retorno com a periodicidade recomendada.

Engajamento público:

Ações: 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).

Detalhamento da ação: Organizar atividades coletivas em grupo (datas a confirmar), e através de explicações verbais realizar a conscientização da população sobre seu risco cardiovascular, suas complicações, importância do acompanhamento e tratamento adequados. Essas reuniões poderão ser baseadas em rodas de conversa e palestras.

Qualificação da prática clínica

Ações: 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.

Detalhamento da ação: Realizar atualização dos profissionais de nível superior para realização da estratificação do risco baseado no escore de Framingham. Será afixado no painel da UBS o protocolo.

Objetivo 6: Promoção da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos

Metas:

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

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

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

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

Eixos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento da ação: Será registrado no protocolo de acompanhamento individual a participação em atividades coletivas, garantindo o monitoramento em cada consulta. Orientações sobre as modificações no estilo de vida serão também realizadas a cada consulta.

Organização e gestão do serviço

Ações: Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Organizar a equipe e a agenda para o atendimento ao paciente tabagista.

Detalhamento da ação: Atualmente a UBS não conta com equipamentos para realização de tratamento odontológico, os pacientes são encaminhados para outros serviços. Desta forma será demandado ao gestor esta deficiência através de ofício. Os profissionais de educação física e nutrição integrantes do NASF, serão convidados a participar das atividades coletivas em grupo para explanação e realização de atividade física.

Engajamento público

Ações: 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, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: Realizar atividades coletivas em grupos (datas a confirmar) para orientação sobre alimentação saudável, atividade física e cessação do tabagismo, práticas que aliadas ao tratamento farmacológico reduzem as complicações. Convidar os familiares durante as visitas domiciliares para participação nas atividades coletivas, recebendo orientações sobre alimentação saudável, atividade física e tabagismo reforçando a importância do contexto familiar no tratamento do hipertenso e/ou diabético.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e/ou diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento da ação: Realizar reunião em equipe (datas a confirmar) para atualização dos profissionais, com a participação dos profissionais do NASF acerca de alimentação saudável, atividade física e tabagismo. Atuar conjuntamente com a equipe de odontologia para orientações quanto a higiene bucal durante as reuniões.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS

Meta 1 Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Indicador 1.1 Proporção da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Indicador 1.2 Proporção de Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 2 Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

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

Indicador 2.1 Proporção 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 2.1.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

Meta 2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e/ou 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.

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

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

Indicador 2.2.2 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.3 Prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.4.1 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 2.4.2 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.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

Meta 3 Realizar busca ativa de 100% dos Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas de pré-natal

Indicador 3.1 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 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos

Meta 4 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade

de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 Promoção a Saúde

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

Indicador 6.1.1 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 6.1.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2.1 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 6.2.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3.1 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 6.3.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4.1 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 6.4.2 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 viabilizar a intervenção de qualificação a Atenção ao Hipertenso e Diabético serão adotados os seguintes documentos: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus para tratamento e acompanhamento, VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica e os Cadernos de Atenção Básica n 36 e n 37.

Na primeira reunião da equipe, que será realizada quinzenalmente para discussão das atividades realizadas durante a semana, os membros serão orientados acerca do adequado atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético. Para atualização e novos cadastramentos dos usuários hipertensos e diabéticos os ACS distribuirão em suas visitas domiciliares informativos, constando a data da ação, o que será realizado e os documentos necessários para o cadastramento dos pacientes já hipertensos e/ou diabéticos que não possuem cadastro. A equipe será formada por médico, enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem, 6 ACS, um odontólogo e 1 auxiliar de consultório dentário, todos participarão da ação.

O preenchimento das fichas cadastrais será realizado por profissional de nível superior e a aferição de pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas pelos demais profissionais, sendo cada um responsável por uma dessas tarefas. Aqueles que forem diagnosticados durante consultas na UBS terão seu cadastramento realizado no momento do diagnóstico pelo profissional que realizou o atendimento. Para o cadastramento, será disponibilizada uma pasta com as fichas cadastrais que ficará no consultório de cada equipe para que o profissional realize na primeira consulta o cadastro. Durante a ação será revisado o conjunto de fichas cadastrais para verificação da situação cadastral de cada paciente, caso não esteja cadastrado sua ficha será preenchida ou em caso da existência do cadastro este será atualizado.

O protocolo de acompanhamento individual constará o registro de: pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, glicemia capilar, queixas atuais, exame físico, exame dos pés, risco cardiovascular, presença de complicações, tabagismo, alcoolismo, atividade física e participação em atividades coletivas para adequado seguimento. Estas fichas serão preenchidas a cada consulta pelo médico

ou enfermeiro que realize a consulta.

Semanalmente a enfermeira e/ou médico realizará a revisão dos protocolos de atendimento dos pacientes que realizaram consultas de HAS/DM, bem como participação em atividades coletivas e realizará o registro das informações ausentes ou incompletas. As informações serão repassadas ao ACS, que realizará a busca ativa e realizará a marcação de consulta em data conveniente para o paciente em turno destinado ao atendimento dos hipertensos e diabéticos, será feito também convite para novas atividades.

Anualmente todas as fichas cadastrais serão revisadas pela equipe, comparando a lista de pacientes cadastrados com a lista de paciente hipertensos e/ou diabéticos de cada ACS, os que não possuem cadastros serão convocados pelo ACS para comparecer a UBS para cadastramento

Os ACS e técnicos de enfermagem passarão por atividades de atualização que ocorrerão no final do expediente, durante uma semana, para que sejam dadas orientações pelo médico e/ou enfermeiro acerca do programa, rastreamento, diagnóstico precoce. As orientações serão dadas pelo médico e enfermeiro, cada um ficará responsável por um tema a cada reunião. Os profissionais de nível superior também passarão por atividades de atualização que ocorrerão no final do expediente, durante uma semana, para que sejam dadas orientações pelo médico sobre o protocolo de estratificação de risco cardiovascular rastreamento, diagnóstico precoce, alimentação saudável, atividade física e tabagismo.

Será afixada no painel da UBS a lista dos medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para conhecimento da população. Semanalmente a enfermeira examinará os protocolos de atendimentos individual dos pacientes que realizaram consultas e a agenda de marcação, verificando os pacientes faltosos. Os ACS serão informados sobre os faltosos para realização de busca ativa, na visita o ACS realizará a marcação de nova consulta em data conveniente e em turno destinado ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Durante a reunião semanal da equipe, os ACS informarão ao médico e enfermeiro os pacientes que necessitam de visita domiciliar por profissional de nível superior. A equipe realizará o agendamento, no turno destinado às visitas domiciliares, sendo 4 visitas/turno.

Serão realizadas atividades coletivas mensais, com participação de toda a equipe e comunidade, através de explicações verbais, rodas de conversa ou palestra serão dadas orientações sobre os benefícios do programa, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento adequado e realização de consultas rotineiramente. Serão organizadas atividades coletivas em grupos mensalmente, com participação dos membros da equipe e profissionais do NASF (nutricionista e educação física). Estes profissionais serão responsáveis pela discussão de temas relacionados a alimentação saudável e atividade física, através de rodas de conversa e palestras, além da organização de atividades ao ar livre como caminhadas. Os ACS buscarão parcerias na comunidade durante suas visitas domiciliares. Estes componentes sociais poderão participar das atividades através da realização das atividades coletivas nestes ambientes, levando as práticas de promoção á saúde para mais próximo da comunidade.

2.3.4 Cronograma

Ações/Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados no serviço	■			■				■				
Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para hipertensos e/ou diabéticos	■		■									
Buscar parcerias na comunidade para as ações de promoção á saúde	■	■										
Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus no serviço	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar a atualização do cadastro e cadastramento dos novos usuários no Programa de Atenção á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar a qualidade dos registros e a frequência ás consultas periódicas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realização de atendimentos clínicos individuais com utilização de protocolo de atendimento (ficha-espelho)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realização de busca ativa dos faltosos ás consultas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atividade coletiva sobre promoção á				■				■				■

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Finalizando o terceiro mês da intervenção e acredito que conseguimos alcançar a meta pretendida no início do projeto. Apesar das dificuldades encontradas, fato comum quando trabalhamos em equipe e dependemos de recursos materiais que não podem ser obtidos com recursos próprios, a minha equipe se mostrou nestes meses bastante empenhada em realizar um bom atendimento ao usuário portador de hipertensão e diabetes e contornando as dificuldades da melhor maneira possível. Encontramos também parceiros na comunidade que contribuíram de forma bastante significativa para o projeto.

Inicialmente tínhamos como desafio informar e conscientizar a comunidade sobre a existência e a importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a partir disso poderíamos ampliar a sua cobertura e a qualidade da atenção. Através da implantação de um protocolo de atendimento visamos garantir o registro adequado das informações médicas dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados no serviço. Capacitar a equipe também foi de extrema importância para o cadastramento e um adequado atendimento ao usuário acompanhando no programa.

Dentro do espectro de ações que poderíamos realizar para melhorar a atenção priorizamos ainda a busca ativa dos faltosos, avaliação odontológica, orientações sobre hábitos de vida saudáveis que incluía alimentação, atividade física regular, alcoolismo e tabagismo, e prioritariamente prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia popular.

Iniciamos as atividades do projeto de intervenção no âmbito da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, realizando as reuniões para capacitação da equipe sobre o tema proposto, a primeira atividade foi realizada no dia 12/08. Obtivemos uma frequência de quase a totalidade da equipe, faltaram apenas as 02 técnicas de enfermagem que encontravam-se em outras atividades na UBS e não puderam interrompê-las. Iniciei a conversa explicando que iríamos dar início efetivamente as atividades do projeto, sendo extremamente necessário o apoio dos membros da equipe e da UBS, os ACS se comprometeram em informar a comunidade sobre o início do cadastramento no programa, explicando sua importância, sobre a periodicidade das consultas e sobre mudança na agenda da

equipe, que passará a destinar o turno da terça-feira pela manhã para o atendimento ao hipertenso e/ou diabético. Foi acordado que inicialmente seria destinado 50% das fichas para este grupo (6 fichas) durante as 02 primeiras semanas e posteriormente a totalidade das fichas.

Apresentei a equipe o capítulo referente a medida adequada da pressão arterial de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão 2014 – Capítulo 2, entregando uma cópia do mesmo a enfermeira para que repassasse às técnicas de enfermagem e fiquei a disposição para esclarecimento de dúvidas posteriores das mesmas. Discutimos também a ficha de cadastramento do programa disponibilizada pelo Ministério da Saúde, abordando os dados que são necessários para o correto preenchimento bem como os documentos que os usuários deverão portar para realização do cadastro.

A segunda reunião foi programada com a equipe para terça-feira 19/08 ao final das atividades da UBS. Participaram da reunião, eu, a enfermeira, uma das técnicas de enfermagem e 5 ACS. Discutimos as atividades realizadas durante a semana, inclusive a dificuldade do ACS que realiza a marcação das consultas encontrou para determinar um turno pré-estabelecido de atendimento para os hipertensos e diabéticos, devido à resistência da população em virtude da redução das fichas de clínica médica. Em acordo com a equipe, decidimos que deixaríamos um turno preferencialmente para os hipertensos e/ou diabéticos, no entanto caso não atingisse o número de fichas outros pacientes seriam atendidos e ainda em caso de impossibilidade do usuário com HAS ou DM comparecer no turno pré-determinado ele poderia marcar a consulta em outro turno de acordo com a disponibilidade.

Discutimos ainda o Capítulo 3 da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão referente à Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco, expliquei sobre a necessidade de realização periódica de exame clínico, exames laboratoriais e estratificação de risco cardiovascular, que determinaria a periodicidade das consultas. Levei a conhecimento da equipe também os medicamentos que estavam disponíveis na farmácia popular, deixando exposto na sala de atendimentos a lista para conhecimento da comunidade.

Como previsto no cronograma, a terceira reunião ocorreu para discussão da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão e da Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes e programação da ação voluntária para cadastramento dos Hipertensos e

diabéticos já acompanhados na UBS. Discutimos inicialmente, na presença da enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 3 ACS, o capítulo da Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes referente aos Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus e o Capítulo 4 da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão referente a Decisão terapêutica e metas. Retirei diversas dúvidas dos membros principalmente referentes as metas terapêuticas da HAS e aos critérios diagnósticos de DM.

Para dar início ao cadastramento e tentar atingir uma maior parcela da comunidade possível ao final da intervenção, programamos a realização de uma ação voluntária, contando com a colaboração de toda a equipe, a data proposta em consenso foi dia 29/08 das 8:00 as 13:00hr na UBS. Solicitamos ao ACS que convocassem os usuários hipertensos e/ou diabéticos a comparecerem a UBS nesta data e horário, programamos a realização das medidas antropométricas e verificação de PA pelas técnicas de enfermagem, os ACS ficaram responsáveis pelos preenchimentos dos dados pessoais nas fichas de cadastro e eu e enfermeira com a análise e registro dos medicamentos em uso.

Para a realização desta atividade, contamos com a participação da farmácia do bairro, que disponibilizou o aparelho de Hemoglicoteste (HGT) para todos os pacientes. Tivemos ainda a participação da escola do bairro, que nos forneceu uma balança para uso durante a atividade. Esta ação foi bastante proveitosa! Como esperado, toda a equipe compareceu a UBS pela manhã, eu, a enfermeira, duas técnicas de enfermagem, os 6 ACS da equipe, juntamente com a equipe da farmácia popular do bairro (3 membros) além de estudantes de enfermagem que estão realizando estágio na UBS e a diretora.

No dia programado, o tempo não contribuiu para a atividade e estava chovendo muito na cidade, no entanto não desanimamos. A intenção era realizar a atividade no espaço cultural da UBS no entanto mudamos os planos pelo mal tempo e realizamos a ação no interior da UBS. Organizamos a equipe para que os ACS ficassem no primeiro contato com a população, checando os documentos necessários e distribuindo as fichas para a ordem de atendimento. Inicialmente os pacientes foram encaminhados para a sala de preparo, onde as técnicas de enfermagem e os estudantes de enfermagem verificavam o peso, altura, pressão arterial e era realizado o HGT, dados que eram registrados em um cartão fornecido também pela equipe da farmácia, que ficava na posse do paciente para que depois

as informações fossem registradas na ficha de cadastramento. Uma das ACS ficou responsável pelo registro das informações pessoais (nome, endereço, cartão SUS, documento de identidade) na ficha e a seguir os usuários eram encaminhados para as salas onde estavam eu ou a enfermeira para o registro na ficha das medicações em uso, dos fatores de risco pessoais e familiares presentes e da ficha-espelho.

Enquanto aguardavam pelo atendimento, os usuários recebiam orientações sobre atividade física realizada pela educadora física do NASF e uma equipe de animação com palhaços também fornecida pela farmácia realizava orientações sobre a farmácia popular.

Conseguimos uma boa adesão da população, no entanto o mal tempo atrapalhou um pouco e não conseguimos atingir a quantidade de cadastramentos esperado, tivemos cadastrados 54 usuários. Foi uma atividade com bons resultados, conseguimos realizar orientações sobre hábitos de vida assim como cadastrar uma parte dos usuários. Estes também ficaram satisfeitos com a ação, pois muitos não estavam com o acompanhamento clínico e laboratorial em dia e puderam assim receber orientações e ainda realizamos marcação de consultas para aqueles que apresentaram a pressão arterial ou a glicemia alterada. A orientadora física do NASF também demonstrou bastante satisfação em ter sido convidada para participar do evento, pois sentia falta de atividades dentro do âmbito da UBS para idosos, hipertensos e diabéticos.



Figura 1: Equipe da Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II – Natal RN



Figura 2: Realizando atendimento a comunidade na Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II – Natal RN

Durante as semanas que se seguiram a intervenção caminhou como planejado, realizamos os atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na terça-feira no turno da manhã. Um dos ACS era responsável pela marcação das consultas, foram destinadas 8 a 10 fichas para este grupo além de 2 fichas para demanda espontânea. Inicialmente tivemos um pouco de resistência da população

porém os orientando acerca do motivo da mudança a maioria compreendeu a necessidade.

Durante os atendimentos tivemos muitos êxitos, quanto a orientação de uso correto e regular da medicação, orientações quanto a hábitos de vida saudáveis, exercício físico, combate ao tabagismo e alcoolismo e identificação de diversos usuários de risco que possuíam necessidade de alguma intervenção de urgência.

Realizamos ainda visitas domiciliares de usuários hipertensos e/ou diabéticos, acamados ou domiciliados. Muitos deles, por não frequentarem a UBS não possuíam cadastro e não vinham em acompanhamento regular.

A segunda atividade coletiva proposta foi realizada no sábado dia 11/10. Nesta data realizamos ação em conjunto com toda a equipe e parceiros da farmácia popular. Esta ação, diferente da primeira que realizamos no primeiro mês da intervenção, não teve como objetivo o cadastramento dos usuários, mas como ação principal orientações quanto a modificações do estilo de vida dos hipertensos e diabéticos.

Os ACS realizaram durante a semana anterior a divulgação da atividade, convocando a comunidade a comparecer a UBS, mesmo os usuários que já realizaram o cadastramento. Em parceria com a farmácia popular, realizamos verificação da glicemia capilar e pressão arterial de todos os usuários. Tivemos a participação da educadora física do NASF e da nutricionista, que realizaram atividade em grupo com roda de conversa e palestra. Junto com a nutricionista também realizei palestra sobre atividade física e hábitos alimentares adequados, enfatizando a importância para a redução do risco cardiovascular. Novamente tivemos a participação dos palhaços, parceiros da farmácia popular, que realizaram brincadeiras. Ao final da atividade oferecemos um lanche aos usuários. Tivemos ainda uma pequena feirinha, organizada pelos ACS para venda de artesanatos produzidos na comunidade. Compareceram aproximadamente 30 pessoas à atividade. Ação foi bastante proveitosa, senti que os usuários ficaram bastante satisfeitos pois tiraram diversas dúvidas durante as palestras e rodas de conversa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Acredito que assim como todos que se engajam em realizar um trabalho em equipe, tivemos algumas dificuldades, principalmente em relação aos recursos materiais. No início do projeto a UBS não contava com balança, mandei essa

necessidade a direção que me informou que o pedido já havia sido realizado há bastante tempo e eles estavam no aguardo. Em virtude da falta de equipamentos a equipe não conta com atendimento odontológico, solicitei também a direção envio de ofício à secretaria de saúde para demandar ao gestor atendimento odontológico para a equipe, no entanto recebi a notícia que a dentista da equipe solicitou remanejamento para outra UBS e estamos agora sem realizar qualquer tipo de atendimento. Estamos ainda aguardando o envio de novo profissional para a UBS. Todos os casos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, quando necessário encaminhei o usuário para ser avaliado pela odontóloga de outra equipe que encaminhava o usuário para outro serviço caso necessário.

3.3 Aspectos relativos á coleta e sistematização dos dados

Encontramos resistência para a impressão das fichas-espelho, de forma que tive que imprimir-las em pequenas quantidades para não comprometer os demais impressos do serviço, e em acordo com a direção resolvemos que nas semanas em que não fosse possível imprimir na UBS eu iria realizar cópias com recursos próprios.

Durante os atendimentos encontrei dificuldades principalmente no preenchimento dos diversos impressos, ficha cadastral, ficha-espelho, prontuário e ficha do e-sus, preenchia a maior parte das informações durante a consulta, no entanto ainda necessito registrar a conduta no prontuário médico, que é um importante registro tanto para mim quanto para o paciente, de forma que o tempo entre as consultas é maior e já recebi reclamações dos usuários. Na tentativa de contornar esta situação foi conversado entre a equipe para que a quantidade de consultas no turno de atendimento aos hipertensos e diabéticos seja menor e a demanda aberta seja apenas para urgências.

Ao final do terceiro mês da intervenção percebi que a maior parte dos usuários estava com as fichas-espelho incompletas, conclui então que isto se deveu a dificuldade em conseguir realizar os exames solicitados, em função da demora na marcação de consultas, por exemplo com oftalmologista para realização de fundo de olho nos usuários diabéticos, e dificuldade em realizar os exames laboratoriais solicitados, um vez que o laboratório do SUS no bairro distribui fichas diariamente com quantidade limitada, de forma que alguns usuários não conseguiam marcar os exames e acabavam não retornando com os resultados, que deviam ser registrados

na ficha para que ficasse completa, assim como estes são necessários para a realização da estratificação de risco cardiovascular.

Os profissionais da equipe se mostraram bastante satisfeitos com a intervenção. Uma das ACS relatou: “Achei muito importante a ideia da médica de realizar o cadastramento coletivo, pois tinha muitos usuários da minha micro área que há muito tempo não vinham na UBS e como a atividade foi feita num sábado pudemos recebê-los”. A enfermeira da equipe durante um dos encontros relatou: “Há muito tempo estávamos precisando de uma ação como esta que fizemos sábado passado, muitos pacientes que estavam em uso de medicações de forma incorreta ou com glicemia ou pressão alterada foram detectados, pudemos acolher e marcar atendimento, evitando que eles precisassem pegar ficha”.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As atividades realizadas durante os meses do projeto de intervenção são de suma importância para o adequado acompanhamento dos usuários, mostrando-se uma boa estratégia para prevenção e o diagnóstico precoce de complicações destas que são importantes causas de morbimortalidade atualmente. Infelizmente, não obtive êxito em conseguir o apoio das demais equipes da UBS, no entanto, minha equipe encontra-se orientada e capacitada para a continuidade das atividades, a enfermeira e os agentes comunitários, como orientado em reuniões durante o período estão familiarizados com as fichas de cadastro e acompanhamento.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os seguintes indicadores foram utilizados para avaliar o projeto de intervenção: **Melhoria da Atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão II – Natal-RN**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (Hiperdia) na UBS de Felipe Camarão II

Meta 1: Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Na área adstrita havia cadastrada, antes da realização do projeto de intervenção, uma população de 258 hipertensos com 20 anos ou mais e 72 diabéticos com 20 anos ou mais. Diante da implementação das atividades previstas tivemos no primeiro mês da intervenção 71 hipertensos cadastrados no programa e 31 diabéticos, no segundo mês 100 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 138 hipertensos e 44 diabéticos. A partir destes números podemos concluir que ao final do terceiro mês conseguimos atingir a meta proposta de 50% de cobertura, com uma taxa de 53,5% de hipertensos cadastrados e 61,1% de diabéticos cadastrados.

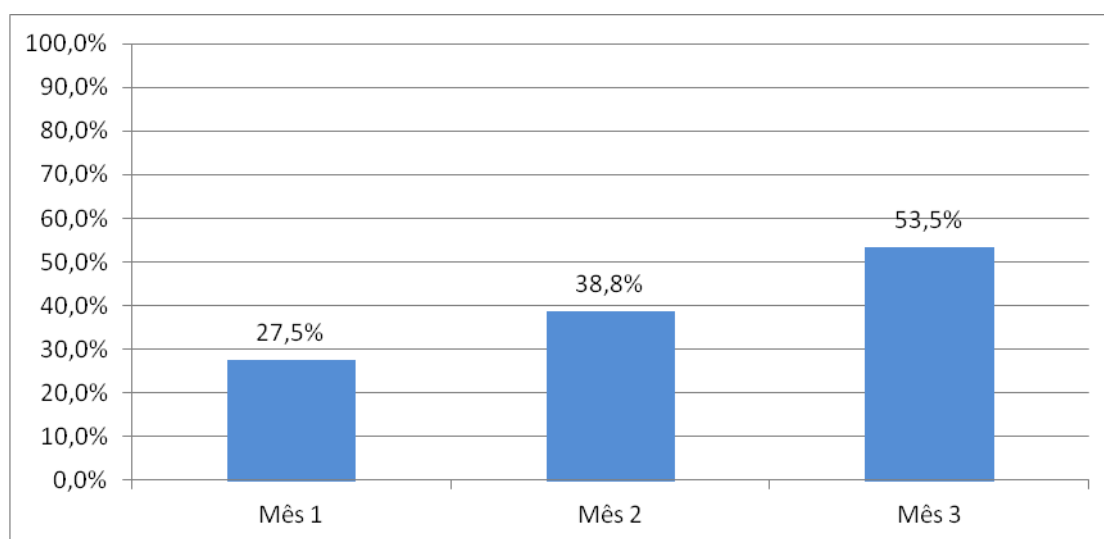


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

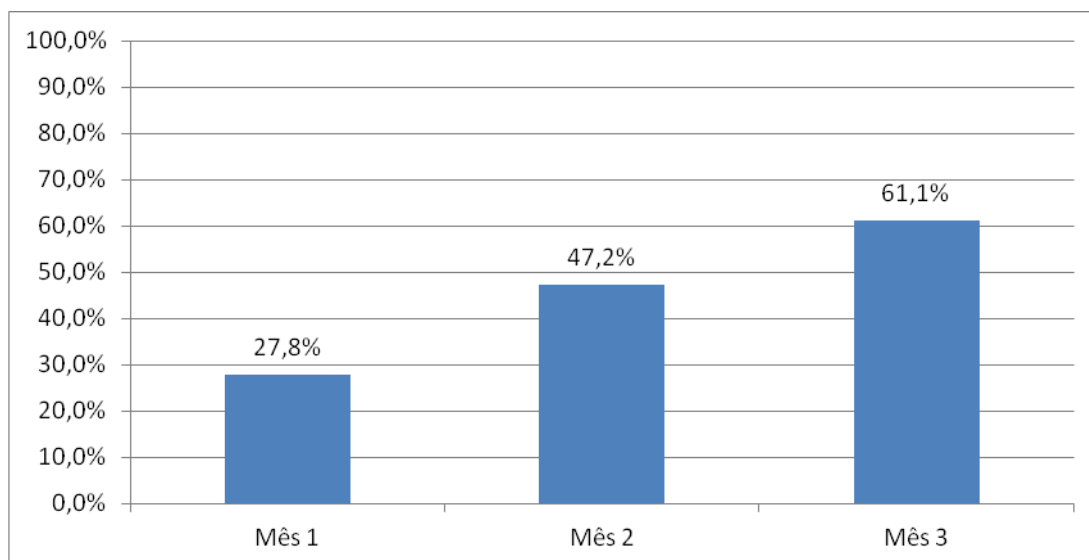


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

A ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos foi obtida com sucesso ao final do período de intervenção, sendo ultrapassada a meta proposta de 50% dos usuários em seu início. O principal fator facilitador foi a realização da ação coletiva de cadastramento que realizamos na UBS, durante esta atividade pudemos atingir uma maior parcela da comunidade, como os usuários que não compareciam pois trabalhavam ou por não conseguirem marcação de consulta. Os ACS desempenharam um papel fundamental, realizando a divulgação das ações na comunidade e a busca ativa dos usuários faltosos. Além disso garantimos uma continuidade das atividades de cadastramento durante todo o período de 3 meses, os cadastramentos foram realizados durante as consultas médicas e de enfermagem.

Apesar de termos atingido a meta proposta, tivemos algumas dificuldades, principalmente em relação aos recursos materiais. No início do projeto na UBS não contávamos com balança e aparelho para realização de hemoglicoteste, felizmente ao final do segundo mês uma nova balança foi adquirida. Encontrei ainda resistência para a impressão das fichas-espelho, de forma que tivemos que imprimi-las em pequenas quantidades para não comprometer os demais impressos do serviço.

Durante os atendimentos encontramos dificuldades principalmente no preenchimento dos diversos impressos, ficha cadastral, ficha-espelho, prontuário e ficha do e-sus, preenchíamos a maior parte das informações durante a consulta, no

entanto ainda necessitávamos registrar a conduta no prontuário médico, que é um importante registro para a equipe de saúde, de forma que o tempo entre as consultas se tornou maior e passamos a receber reclamações dos usuários.

Objetivo 2. Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

Metas:

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

O exame clínico foi realizado durante os atendimentos de forma integral, sempre que possível, a fim de abordar as principais complicações decorrentes da Hipertensão e Diabetes. Obtivemos uma proporção de 16,9%, 17% e 17,4% dos hipertensos e 35,3%, 38,2% e 34,1% de diabéticos com exame clínico em dia nos primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção respectivamente.

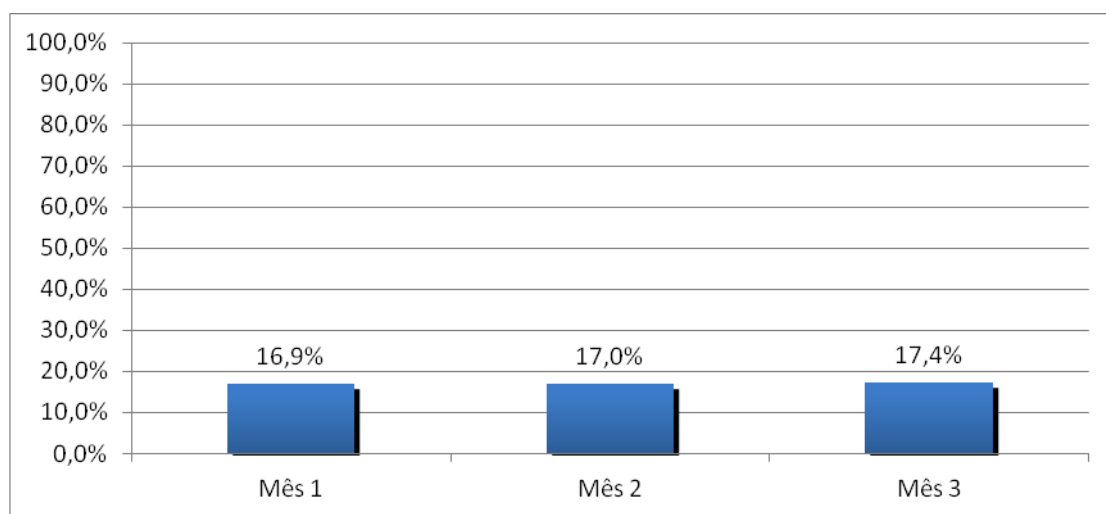


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

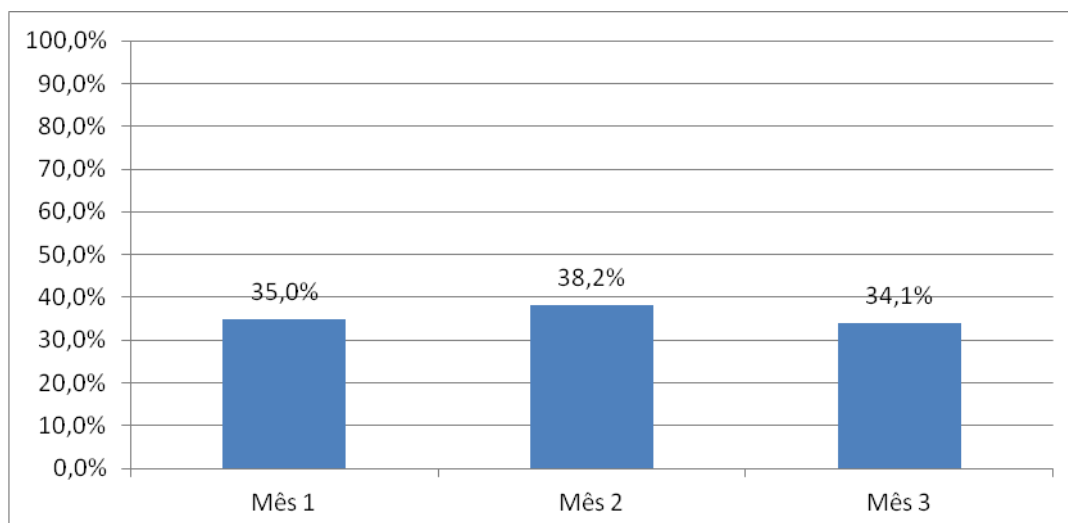


Tabela 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Para considerarmos que o usuário encontrava-se com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na qual nos baseamos (Caderno de atenção básica nº 36 e 37) o usuário também deveria estar com as consultas em dia, como a UBS não contava com um programa de atenção a esses usuários antes do projeto de intervenção, a maioria dos usuários atendidos estava em atraso com suas consultas periódicas levando a um baixo índice para este indicador.

De acordo com os cadernos de atenção básica consideramos exame clínico sendo completo quando as seguintes informações eram obtidas: medidas antropométricas, exame de cavidade oral, medida de PA e frequência cardíaca, ausculta pulmonar e cardíaca, exame dos pés e pescoço e exame de fundo de olho. Como algumas destas informações tivemos dificuldades em obter, como descrito anteriormente em relatório situacional da UBS os usuários eram classificados como exame clínico incompleto.

Analisando os resultados obtidos os diabéticos apresentaram um índice bastante superior aos hipertensos quanto a realização de exame clínico periódico, a partir desta informação concluímos que por ser a hipertensão arterial sistêmica uma doença silenciosa, os usuários apenas procuram atendimento médico quando apresentam algum problema agudo, enquanto os diabéticos por apresentarem com maior frequência complicações que levam a incapacidades, como amputações, os usuários são mais assíduos a periodicidade das consultas.

Tivemos do segundo para o terceiro mês de intervenção uma redução na proporção dos diabéticos com exame clínico em dia, isto ocorreu pois no terceiro mês ocorreu um pequeno aumento no cadastro de usuários que não estavam com consultas/exame clínico em dia reduzindo assim a proporção final deste quesito.

Tabela 5 – Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: DAB/SAS/MS.

Figura 7: Periodicidade de acompanhamento de acordo com a classificação de risco cardiovascular

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

Durante o período da intervenção obtivemos uma proporção de 15,5%, 16% e 18,8% dos hipertensos e 30%, 35,3% e 36,4% dos diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

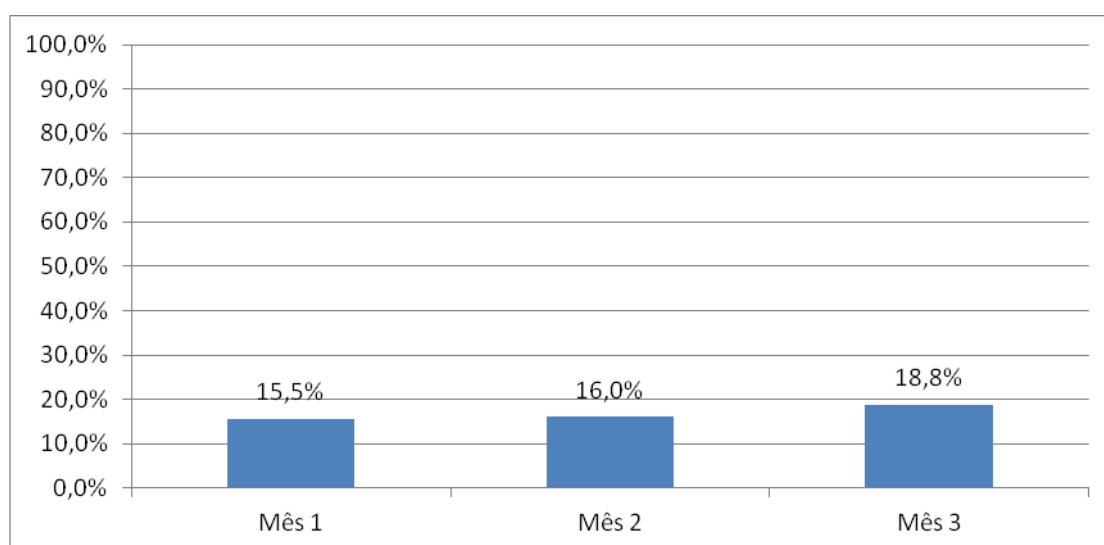


Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

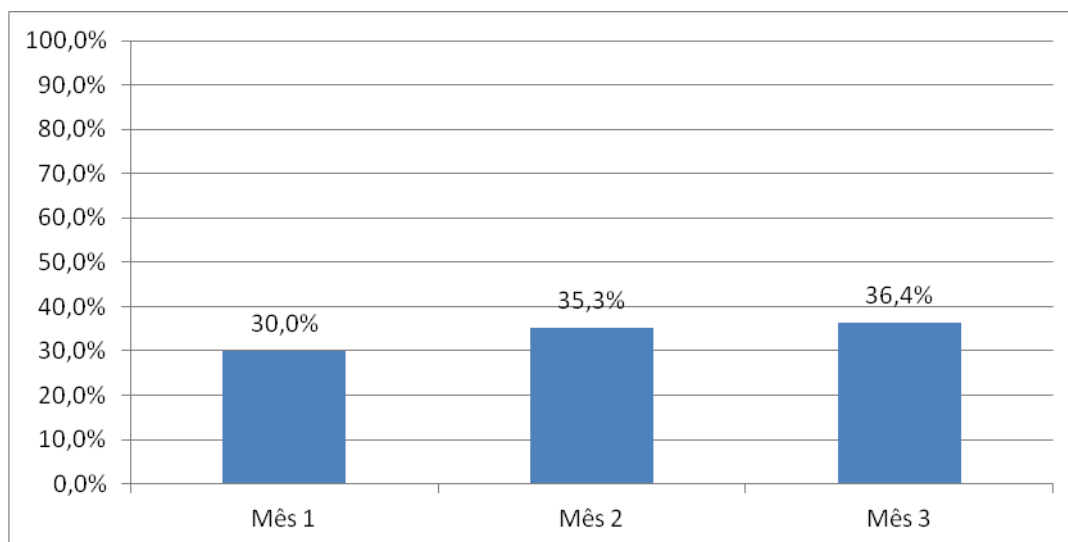


Figura 9: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Uma das maiores dificuldades encontrada durante a intervenção foi a obtenção dos exames complementares, dessa forma a proporção deste indicador não foi satisfatória. Isto decorreu da demora na marcação de alguns tipos de exames como fundo de olho e ecocardiograma. Os exames laboratoriais são realizados em laboratório localizado em outra Unidade de Saúde próxima, em virtude da grande demanda, são distribuídas fichas diariamente para realização dos exames no dia seguinte e isto dificulta principalmente para usuários idosos ou que moram longe do local.

2.3. Prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Dentre os usuários atendidos e cadastrados no programa durante os meses de intervenção obtivemos proporção de 51,4%, 48,5% e 54,7% de hipertensos e 60%, 64,7% e 61,4% de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

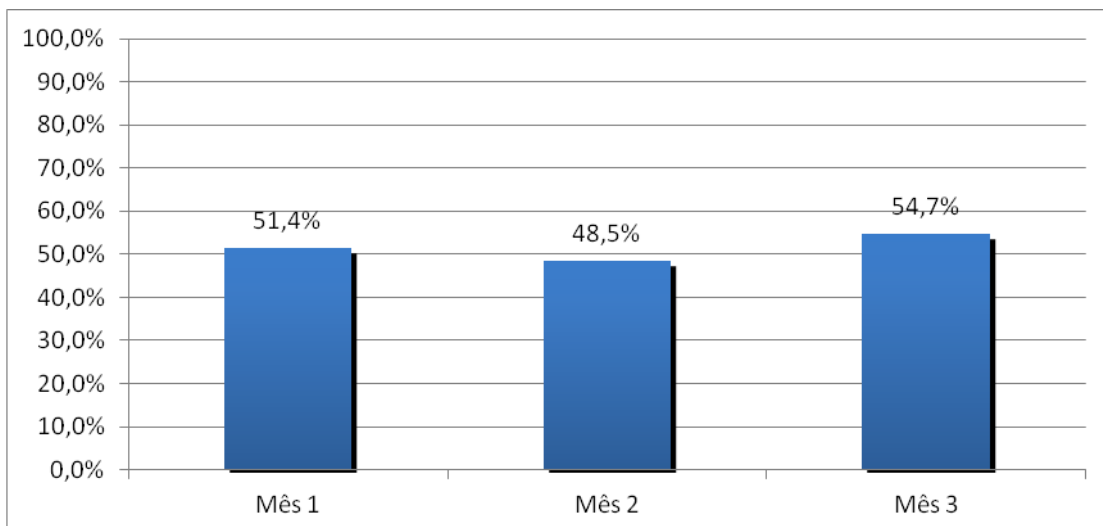


Figura 10: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

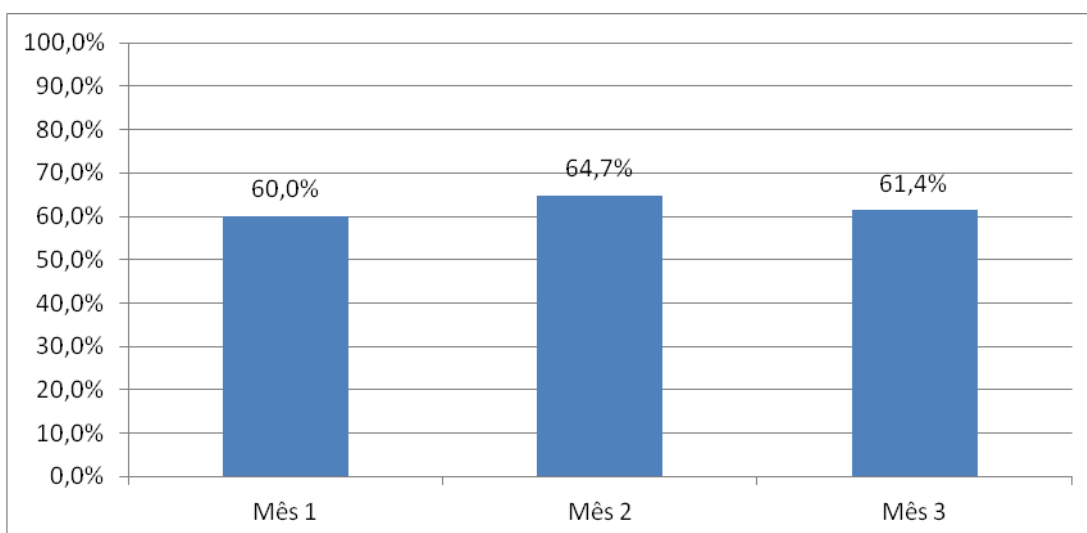


Figura 11: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Priorizamos durante todos os atendimentos a prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia popular quando possível de acordo com as necessidades de cada usuário, no entanto, como solicitado em planilha fornecida pelo curso, registramos nesta se o usuário estava em uso no momento da consulta de medicamentos que eram disponibilizados pelo referido programa.

Pudemos concluir portanto, que o tratamento inicial logo após o diagnóstico é realizado com medicamentos disponíveis na farmácia popular, que são de primeira linha para início de tratamento, no entanto com a evolução da doença ou uso incorreto das medicações surge a necessidade de mudança no esquema terapêutico.

Como essas mudanças são realizadas por médicos especialistas os medicamentos utilizados passam a serem outros não disponíveis na farmácia popular não sendo possível a modificação do esquema pelo profissional da atenção básica.

2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos

Todos os usuários foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico pela odontóloga da equipe, independente da presença de queixas no momento da consulta.

A equipe de odontologia da UBS não realizava, durante o período do projeto, nenhum tipo de tratamento, uma vez que os equipamentos não estavam em funcionamento, no entanto estes profissionais estavam presentes na UBS e realizavam atividades coletivas nas escolas, na própria UBS e realizavam avaliações e encaminhamentos quando necessário. Desta forma, apesar do não funcionamento do consultório odontológico de forma adequada, pudemos contar com a colaboração da equipe para avaliação odontológica em todos os usuários cadastrados.

Solicitamos à direção do serviço envio de ofício à secretaria de saúde para demandar ao gestor o conserto dos equipamentos, recebemos em contrapartida a notícia de que haveria uma mudança no profissional que atuava na equipe e que estava prevista uma reforma para o consultório odontológico da unidade. Finalizamos o projeto e infelizmente a reforma não havia sido concluída, atualmente o serviço está funcionando normalmente após conclusão da reforma e contratação de novo profissional.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

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

Obtivemos proporção de 72,7%, 81% e 77,6% dos hipertensos e 72,7%, 84,2% e 81,5% no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente dos diabéticos com busca ativa realizada ao final da intervenção.

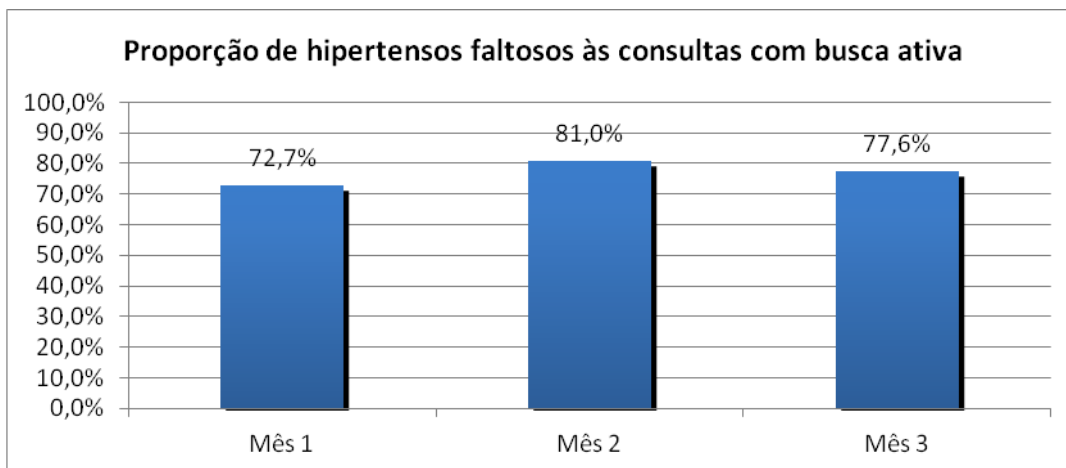


Figura 12: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

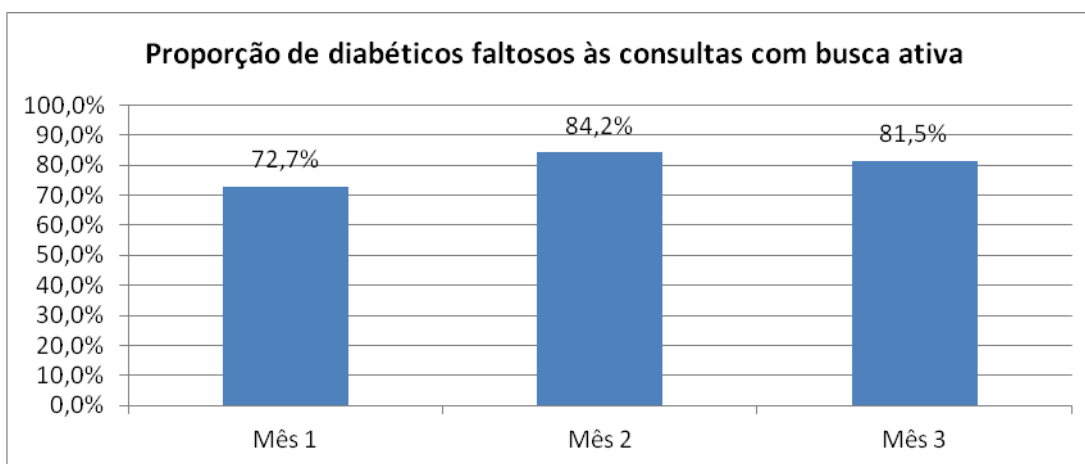


Figura 13: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

A falta de informação acerca da importância das consultas periódicas, reduz bastante a demanda periódica dos usuários quando assintomáticos, a maioria apenas procura a UBS quando em decorrência de problemas agudos, sendo estes frequentemente já decorrentes de complicações da hipertensão e diabetes.

No entanto, contamos neste período com o importante trabalho e empenho dos agentes comunitários de saúde, realizando orientações em suas visitas sobre a necessidade das consultas periódicas assim como a identificação de casos de risco que necessitavam de intervenção precoce e a busca ativa dos faltosos. Apesar do esforço tivemos alguns usuários em que essa busca ativa não foi realizada ou porque o usuário não encontrava-se em seu domicílio no momento da visita ou

porquê o agente responsável pela área estava ausente. Tivemos uma proporção menor no primeiro mês de intervenção pois dois ACS estavam em período de férias.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante os meses de intervenção obtivemos os seguintes índices: 19,7%, 19% e 20,3% dos hipertensos e 40%, 41,2% e 36,4% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

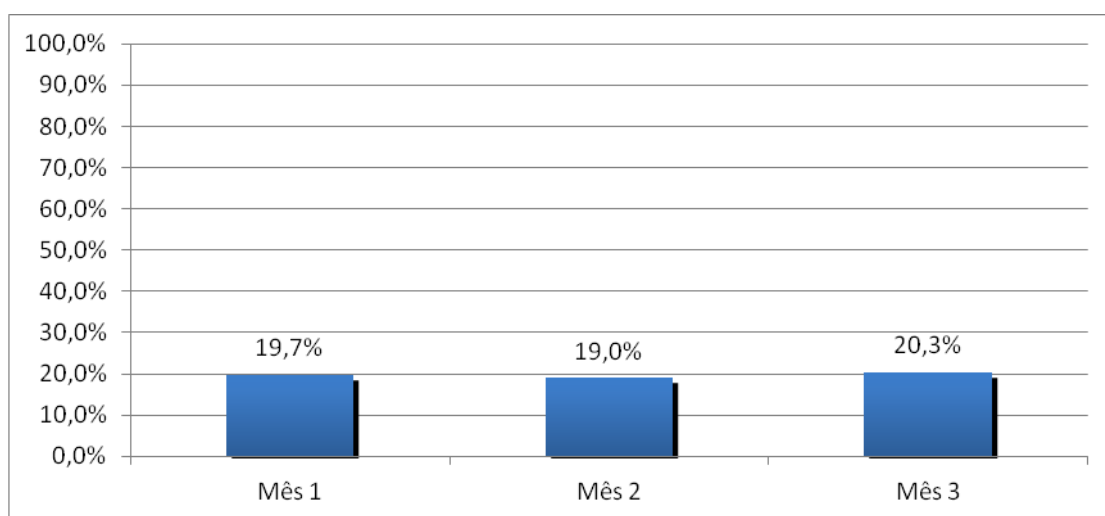


Figura 14: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

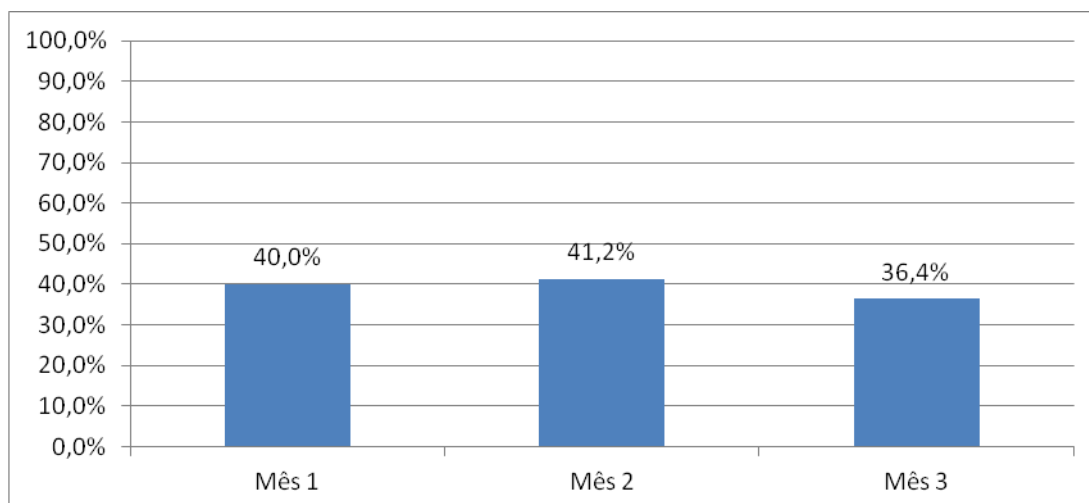


Figura 15: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento
 Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Como mostrado no anexo A deste trabalho, utilizamos como protocolo de atendimento as fichas-espelho fornecidas pelo curso de especialização em saúde da família da UFPEL, que solicita as seguintes informações: identificação, medicamentos em uso, exames complementares, medidas antropométricas, estratificação de risco, exame físico e orientações sobre hábitos de vida. Durante a realização do projeto consideramos que o usuário estava com registro adequado na ficha de acompanhamento quando todas estas informações eram obtidas durante a consulta.

Em virtude da dificuldade da obtenção dos resultados dos exames laboratoriais, como já explicitado anteriormente, resultados de exames de fundo de olho e medidas antropométricas quando não havia balança na UBS, em parte das consultas essas informações não eram preenchidas sendo então considerado que o registro não estava adequado.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Durante os meses de intervenção apresentaram 18,3%, 18% e 20,3% dos hipertensos e 45%, 44,1% e 40,9% dos diabéticos com estratificação de risco

cardiovascular por exame clínico em dia.

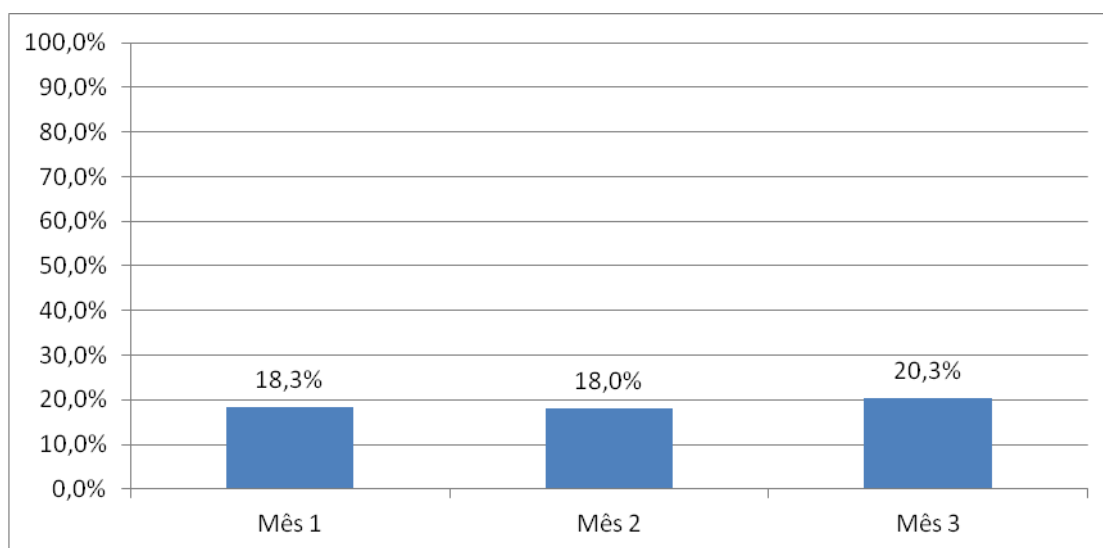


Figura 16: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

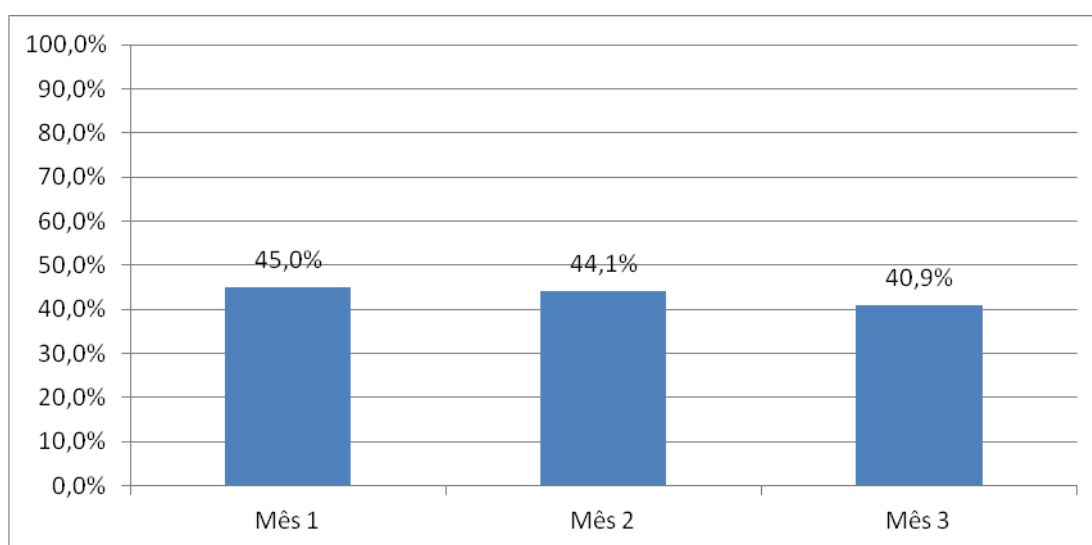


Figura 17: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por em dia
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Diante das dificuldades na realização dos exames complementares pelos usuários, obtivemos um índice baixo porém satisfatório quanto a estratificação do risco cardiovascular, próximo aos 40% dos usuários acompanhados. Como demonstrado nas figuras abaixo, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, alguns exames laboratoriais são necessários para correta estratificação cardiovascular não tendo sido possível ser realizada em alguns usuários.

Tabela 9. Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

DM: diabetes melito; LOA: lesão de órgãos-alvo; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; SM: síndrome metabólica.

Figura 18: Estratificação de risco cardiovascular global

Tabela 6. Fatores de risco cardiovascular adicionais aos pacientes com HAS

Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos)

Tabagismo

Dislipidemias: triglicérides ≥ 150 mg/dl; LDL colesterol > 100 mg/dl

HDL < 40 mg/dl

Diabetes melito

História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos

Figura 19: Fatores de risco Cardiovascular

Objetivo 6. Promoção da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos

Metas 6:

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

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

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

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

Realizamos orientações acerca da prática regular de atividade física, alimentação saudável, tabagismo e higiene bucal em 100% dos usuários acompanhados durante este período na UBS.

Um das ações propostas era a realização de atividade coletiva para orientações quanto aos hábitos de vida, esta foi realizada em conjunto com toda a equipe e parceiros da farmácia popular, o que contribuiu para a concretização da meta. Esta ação, teve como objetivo principal orientações quanto a modificações do estilo de vida dos hipertensos e diabéticos.

Os ACS realizaram durante a semana anterior a divulgação da atividade, convocando a comunidade a comparecer a UBS, mesmo os usuários que já realizaram o cadastramento. Em parceria com a farmácia popular, realizamos verificação da glicemia capilar e pressão arterial de todos os usuários. Tivemos a participação da educadora física do NASF e da nutricionista, que realizaram atividade em grupo com roda de conversa e palestra. Junto com a nutricionista também realizei palestra sobre atividade física e hábitos alimentares adequados, enfatizando a importância para a redução do risco cardiovascular. Novamente tivemos a participação dos palhaços, parceiros da farmácia popular, que realizaram brincadeiras. Ao final da atividade oferecemos um lanche aos usuários. Tivemos ainda uma pequena feirinha, organizada pelos ACS para venda de artesanatos produzidos na comunidade. Compareceram aproximadamente 30 pessoas à atividade. Ação foi bastante proveitosa, senti que os usuários ficaram bastante satisfeitos pois tiraram diversas dúvidas durante as palestras e rodas de conversa.

Além disso, durante os atendimentos os usuários eram questionados quanto aos seus hábitos de vida e orientados quanto aos benefícios das mudanças.

4.2 Discussão

No Brasil, a HAS é uma das principais causas de mortalidade na faixa etária de 30 a 69 anos, respondendo por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Entretanto, cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados no âmbito de atenção básica, de modo a se evitar o aparecimento e a progressão das complicações, reduzir o número das internações hospitalares decorrentes desse agravo, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Desta forma é notória a importância da atenção primária na abordagem da Hipertensão e do Diabetes, a partir do conhecimento do perfil dos usuários é possível realizar intervenções com efetividade. Analisando os resultados obtidos com o projeto, podemos concluir que a intervenção na unidade básica de saúde de Felipe Camarão II proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos assim como a melhoria da qualidade dos registros e atendimentos.

Realizamos reuniões para capacitação dos profissionais da equipe, que puderam ser capacitados em áreas que não possuíam conhecimentos ou puderam se reciclar nas áreas em que atuam. Realizamos discussões baseadas nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Diabetes, abordando assuntos como verificação correta da pressão arterial e estratificação clínica cardiovascular, os profissionais ficaram bastante satisfeitos com as atividades.

A implantação das fichas-espelho permitiu a organização dos registros. Apesar das dificuldades encontradas, que levaram ao registro inadequado em quase 60% dos usuários portadores de hipertensão, verificamos que esta falha se deveu não a inadequada abordagem ou preenchimento e sim por inadequada infraestrutura do sistema de saúde do município o que estava além da governabilidade da equipe de saúde. Como abordado por Correia LOS et al.(2014) que demonstrou a partir de avaliação da completude dos dados do cadastro do SisHiperdia que as fichas de cadastro apresentaram boa completude em quase 70% das variáveis. As informações sobre as medidas antropométricas, pressão arterial e do exame para dosagem de glicemia são relevantes para confirmação do diagnóstico, porém a ausência de preenchimento da variável “glicemia capilar” foi quase quatro vezes maior que os valores encontrados por outros estudos. Isso revela falhas na operacionalização dos programas decorrentes da infraestrutura inadequada das unidades de saúde e deficiência de insumos.

Apesar de serem bastantes complexas por exigirem uma grande quantidade de informações, as fichas de cadastro do Ministério da Saúde também foram bastante importantes pois tornando-as atualizadas e disponíveis a toda a equipe, permitimos que os agentes comunitários de saúde e demais profissionais ficassem cientes dos medicamentos utilizados pelos usuários e realizassem as corretas orientações durante suas visitas.

O foco na melhoria da qualidade dos atendimentos, priorizou a realização de um exame clínico completo durante as consultas tanto médica como de enfermagem assim como a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Estas atividades promoveram um trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e dos ACS, que identificavam precocemente os usuários que necessitavam de intervenção da equipe.

Acredito que durante a realização das atividades nesses últimos três meses os agentes comunitários de saúde mostraram o quão importante são dentro de uma equipe de Estratégia da Saúde da Família, atuando como uma ferramenta essencial para a construção de uma equipe bem integrada. Eles foram peças fundamentais para a realização das atividades, como as reuniões realizadas nos sábados que necessitavam de divulgação porta-a-porta para conseguirmos uma maior adesão da comunidade, o cadastramento, a busca ativa dos faltosos, as orientações quanto ao uso correto das medicações e a identificação de casos de risco que necessitavam de visitas domiciliares e intervenções precoces da equipe.

O apoio da equipe do NASF também foi essencial, contamos com equipes multidisciplinares abordando casos bastante complexos, que necessitavam de um abordagem ampliada e que se mostrou bastante efetiva. Tivemos principalmente o apoio constante da psicóloga e da assistente social do serviço, que estiveram presentes tanto em visitas como realizando intervenções na própria unidade.

A enfermeira também foi peça fundamental para o bom andamento do projeto, realizando suas consultas pôde contribuir para a adesão ao plano terapêutico proposto assim como realizando orientações sobre modificações nos hábitos de vida, tabagismo, alcoolismo, dieta e exercícios físicos.

Um adequado acompanhamento destes pacientes permite um controle pressórico e de glicemia prevenindo o surgimento de complicações preveníveis. De acordo com Gomes TJO et al. (2010) cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlados. No Brasil, essa parcela é ainda maior, atingindo valores de 70% a 89%. A maior razão para o controle inadequado é a falta de adesão ao tratamento, uma vez que um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de vida não são acatados por muitos pacientes. Apenas 22% dos doentes seguem todas as orientações médicas, como os horários para tomar os remédios e

alterações no estilo de vida. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento (Gomes T.J.O, 2010).

Em virtude da falta de equipamentos a equipe não contou com a realização de tratamentos odontológicos, apesar da presença do profissional que realizava a avaliação dos usuários e os encaminhava a outra instância quando necessário.

A rotina de avaliação do pé diabético dentro da equipe impactou nas atividades realizadas na sala de curativo da Unidade. Frequentemente os usuários compareciam a UBS para realização de curativos e não eram avaliados pela equipe médica ou de enfermagem, apenas realizando a troca de curativo e sendo liberado em seguida. Realizamos as orientações a equipe de técnicos de enfermagem que passaram a comunicar e solicitar a avaliação médica ou de enfermagem para todos os casos. Obtivemos também o abastecimento de material de curativo.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos Hipertensos e Diabéticos eram concentradas apenas nos médicos, este trabalho permitiu que a equipe reavaliasse as atribuições de cada membro viabilizando a atenção de qualidade a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento organizado permitiu ainda a otimização dos atendimentos, pois passamos a ter um roteiro de itens que deveriam ser realizados durante as consultas. Apesar do tempo mais prolongado para o atendimento, pois era necessário o preenchimento da ficha-espelho, da ficha de cadastramento e do prontuário médico, o que gerou um pouco de insatisfação dos usuários no início da mudança, ao longo da intervenção estes se mostraram satisfeitos com as ações uma vez que passaram a ser visto de uma forma mais integral.

Seria necessário muito mais tempo para que todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos fossem cadastrados e acompanhados na UBS de forma adequada. Além disso, não consegui o apoio da outra equipe da UBS, o que poderia ter aumentado ainda mais o índice de cobertura. Isso é algo que ainda continuarei focando durante as reuniões, mostrando os resultados e benefícios adquiridos com o projeto.

Durante este período conseguimos superar alguns desafios, como a obtenção de recursos materiais que não estavam disponíveis no serviço, organização da

agenda, ausência dos outros médicos na unidade reduzindo os atendimentos da área, falta de equipe da odontologia e a resistência dos usuários as consultas periódicas.

As atividades realizadas durante os meses do projeto de intervenção são de suma importância para o adequado acompanhamento dos usuários, mostrando-se uma boa estratégia para prevenção e o diagnóstico precoce de complicações destas que são importantes causas de morbimortalidade atualmente. Infelizmente, não obtive êxito em conseguir o apoio das demais equipes da UBS, no entanto, minha equipe encontra-se orientada e capacitada para a continuidade das atividades, a enfermeira e os agentes comunitários, como orientado em reuniões durante o período estão familiarizados com as fichas de cadastro e acompanhamento.

Os profissionais da equipe se mostraram bastante satisfeitos com a intervenção. Uma das ACS relatou: “Achei muito importante a ideia da médica de realizar o cadastramento coletivo, pois tinha muitos usuários da minha microárea que há muito tempo não vinham na UBS e como a atividade foi feita num sábado pudemos recebê-los”. A enfermeira da equipe durante um dos encontros relatou: “Há muito tempo estávamos precisando de uma ação como esta que fizemos sábado passado, muitos pacientes que estavam em uso de medicações de forma incorreta ou com glicemia ou pressão alterada foram detectados, pudemos acolher e marcar atendimento, evitando que eles precisassem pegar ficha”.

Ao final destes meses intensos de atividade voltadas ao projeto, conclui que realizamos as atividades propostas com bastante empenho e proporcionamos satisfação aos usuários beneficiados, assim como ao serviço e seus servidores. As dificuldades que enfrentamos não prejudicaram a evolução do projeto, ao contrário disso, tornaram os profissionais mais engajados em transformar o serviço. Como esta é uma demanda que faz parte do dia-a-dia das Unidades básicas de saúde, acredito que poderíamos ter persistido mais na adesão das demais equipes, no entanto esta é uma estratégia que continuaremos adotando.

4.3 Relatório da intervenção para a gestão

A equipe 9 da USF de Felipe Camarão II, localizada no bairro de Felipe Camarão em Natal-RN, vem através deste relatório explicar a gestão de saúde do município sobre um projeto de intervenção realizado no serviço.

O projeto foi realizado no âmbito da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, morbidades bastante prevalentes na atenção primária brasileira. O foco do projeto foi a ampliação da cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (HIPERDIA) e a melhoria na qualidade da atenção, ampliando o leque de atividades realizadas pela equipe e implantando ações que não faziam parte da rotina do serviço.

Iniciamos as atividades do projeto realizando reuniões para capacitação da equipe sobre o tema proposto. Baseando-se nos protocolos disponíveis na literatura como Diretriz Brasileira de Hipertensão 2014, Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes e os Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37, discutimos sobre diagnóstico correto, estratificação de risco, técnica correta de verificação de pressão arterial e triagem dos casos de urgência/emergência. Esta atividade foi extremamente importante para capacitação dos profissionais em áreas em que não atuavam e para atualização em outros temas. Foi discutido ainda durante as reuniões que se seguiram semanalmente, o correto preenchimento da ficha cadastral fornecida pelo Ministério da Saúde e o protocolo de seguimento que foi implantando.

Com o objetivo de organizar a rotina da equipe para o adequado seguimento dos usuários portadores das comorbidades em questão, determinamos um turno durante a semana para atendimento preferencial destes. Dessa forma passamos a destinar um maior tempo à consulta, sendo possível realizar cadastramento, exame clínico completo, orientações sobre mudanças de estilo de vida e construção de um plano terapêutico conjunto, o que aumenta a adesão a terapia proposta tornando o usuário também responsável pelo seu tratamento.

Para dar início ao cadastramento e tentar atingir uma maior parcela da comunidade possível ao final da intervenção, programamos a realização de uma ação voluntária, contando com a colaboração de toda a equipe. Solicitamos ao ACS que convocassem os usuários hipertensos e/ou diabéticos a comparecerem a UBS, através da divulgação em suas visitas domiciliares de rotina. Programamos a realização de medidas antropométricas, verificação de PA pelas técnicas de enfermagem, verificação de glicemia capilar, com aparelhos fornecidos em parceria com a farmácia popular do bairro, preenchimento da ficha cadastral do MS e análise e registro dos medicamentos em uso.

Tivemos ainda a participação da escola do bairro, que nos forneceu uma balança para uso durante a atividade. Esta ação trouxe um resultado bastante positivo, aumentando significativamente a proporção de usuários cadastrados que foram conscientizados a iniciar um acompanhamento adequado. Realizamos ainda durante esta atividade orientações sobre atividade física realizada pela educadora física do NASF e alimentação saudável realizada pela nutricionista do NASF.

Durante os atendimentos tivemos muitos êxitos, quanto a orientação de uso correto e regular da medicação, orientações quanto a hábitos de vida saudáveis, exercício físico, combate ao tabagismo e alcoolismo e identificação de diversos pacientes de risco que possuíam necessidade de alguma intervenção de urgência. Realizamos ainda visitas domiciliares de usuários hipertensos e/ou diabéticos, acamados ou domiciliados. Muitos deles, por não frequentarem a UBS não possuíam cadastro e não vinham em acompanhamento regular.

Na área adstrita havia uma população de 258 hipertensos com 20 anos ou mais e 72 diabéticos com 20 anos ou mais, de acordo com os registros dos agentes comunitários. Entre esses usuários tivemos no primeiro mês da intervenção 71 hipertensos cadastrados no programa e 31 diabéticos, no segundo mês 100 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 138 hipertensos e 44 diabéticos. A partir destes números podemos concluir que ao final do terceiro mês conseguimos atingir a meta proposta de 50% de cobertura do programa, com uma taxa de 53,5% de hipertensos cadastrados e 61,1% de diabéticos cadastrados. Tivemos uma proporção de 54,7% dos hipertensos e 61,4% dos diabéticos cadastrados em uso de medicamentos disponíveis na Farmácia popular, índice bastante alto demonstrando a importância do programa para a adesão ao plano terapêutico.

Um dado que nos proporcionou significativa insatisfação foi a proporção de hipertensos e diabéticos que apresentaram exames complementares de acordo com a regularidade proposta pelos protocolos, 18,8% e 36,4% respectivamente, o que mostra uma ineficiência do sistema de saúde quanto ao oferecimento em tempo hábil os exames solicitados. Propomos a partir desta análise, que estejam disponíveis um maior número de serviços capacitados para realização de exames laboratoriais, assim como disponibilidade de serviços em atenção secundária.

Acredito que assim como todos que se engajam em realizar um trabalho em equipe, tivemos algumas dificuldades, principalmente em relação aos recursos materiais. Outra demanda bastante importante e urgente é quanto a falta de

equipamentos odontológicos, há 5 anos as equipes da UBS não realizam nenhum tipo de atendimento e isto prejudica a capacidade resolutiva da atenção primária e sobrecarrega a atenção secundária.

Apesar das dificuldades encontradas, fato comum quando trabalhamos em equipe e dependemos de recursos materiais que não podem ser obtidos com recursos próprios, a minha equipe se mostrou nestes meses bastante empenhada em realizar um bom atendimento ao usuário portador de hipertensão e diabetes e contornando as dificuldades da melhor maneira possível contando com o apoio e parcerias com os equipamentos sociais da comunidade. Sugerimos a partir desta experiência que os senhores gestores, demandem uma atenção especial para a disponibilização de recursos materiais para as Unidades básicas assim como a disponibilização de um maior número de especialistas na atenção secundária.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Através deste breve relatório, a equipe 9 da UBS de Felipe Camarão II, vem informar para os nossos usuários um pouco do que realizamos durante os últimos três meses. Durante este período nossa equipe se esforçou bastante para realizar um bom atendimento ao usuário portador de hipertensão e diabetes, contornando as dificuldades da melhor maneira possível. Encontramos também parceiros na comunidade que contribuíram de forma bastante significativa para o projeto.

Iniciamos as atividades realizando reuniões com a equipe para que estes profissionais pudessem receber orientações sobre o adequado atendimento, por exemplo, como verificar a pressão de forma correta, quais os valores de pressão que devem fazê-los ficar atentos e encaminhar rapidamente o usuário para consulta, como preencher corretamente as fichas que foram utilizadas para cadastro e acompanhamento assim como repassamos as orientações que deveriam ser transmitidas durante as visitas domiciliares, como a importância da periodicidade das consultas e sobre mudança na agenda da equipe.

A partir desse projeto, organizamos a agenda da equipe para estabelecer um turno de atendimento para os hipertensos e diabéticos, dessa maneira foi possível realizar um a consulta mais detalhada, para cadastramento no programa HIPERDIA, solicitação de exames laboratoriais, exame físico completo e também orientações sobre alimentação, exercício físico, que são também importantes para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Para dar início ao cadastramento realizamos uma ação voluntária, que muitos de vocês devem ter participado, contando com a colaboração de toda a equipe, assim como da escola Eurípedes Barsanoufo, que nos disponibilizou uma balança, e da farmácia popular, que realizou atividades educativas e explicou sobre a participação dos usuários no programa da farmácia popular do Brasil. Solicitamos aos ACS que convidassem os usuários hipertensos e/ou diabéticos, porta-a-porta para virem a UBS nesta data e horário. Realizamos medidas antropométricas, verificação de PA pelas técnicas de enfermagem, preenchimento das fichas de cadastro, análise e registro dos medicamentos em uso, além de orientações sobre seu uso correto.

Para a realização desta atividade, contamos também com a disponibilização pela equipe da farmácia, de um aparelho para realização de exame de glicose para todos os pacientes, com isso pudemos identificar alguns usuários que não compareciam a UBS com frequência e que estavam com exame alterado, marcamos consulta para estes. Foi uma atividade com ótimos resultados, conseguimos realizar orientações sobre hábitos de vida assim como cadastrar uma parte dos usuários.

Durante as semanas que se seguiram a intervenção caminhou como planejado, realizamos os atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na terça-feira no turno da manhã. O ACS Rivanildo era responsável pela marcação das consultas, eram marcadas cerca de 8 a 10 fichas para os hipertensos ou diabéticos, além de 02 fichas para demanda espontânea. Depois de um pouco de resistência a determinação de um turno apenas para o atendimento de hipertensos e/ou diabéticos o que iria reduzir a quantidade de fichas para os demais grupos, conseguimos organizar a agenda conscientizando a comunidade sobre a importância desta organização ao longo dos meses que se seguiram.

Durante os atendimentos pude perceber o quanto a orientação de uso correto e regular da medicação era esquecida durante as consultas, pelo pouco tempo e volume de atendimentos que era necessário realizar muitos usuários não seguiam o plano de tratamento apenas porque não entendiam as orientações. Também pude realizar orientações quanto a alimentação, exercício físico, males causados pelo tabagismo e alcoolismo e identificação de diversos pacientes de risco que precisavam de internação ou avaliação de especialista.

Realizamos ainda visitas domiciliares de usuários hipertensos e/ou diabéticos, acamados ou domiciliados. Muitos deles, por não frequentarem a UBS não possuíam cadastro e não vinham em acompanhamento regular.

Em seguida realizamos uma segunda atividade coletiva, ação em conjunto com toda a equipe e parceiros da farmácia popular novamente. Esta ação, diferente da primeira que realizamos no primeiro mês da intervenção, não teve como objetivo o cadastramento dos usuários, mas como ação principal orientações quanto a modificações do estilo de vida dos hipertensos e diabéticos.

Os ACS realizaram durante a semana anterior a divulgação da atividade durante suas visitas, convocando a comunidade a comparecer a UBS, mesmo os usuários que já realizaram o cadastramento. Em parceria com a farmácia popular, realizamos verificação da glicemia capilar e pressão arterial de todos os usuários. Tivemos a participação da educadora física do NASF e da nutricionista, que realizaram atividade em grupo com roda de conversa e palestra. Junto com a nutricionista também realizei palestra sobre atividade física e hábitos alimentares adequados, enfatizando a importância para a redução do risco cardiovascular. Novamente tivemos a participação dos palhaços, parceiros da farmácia popular, que realizaram brincadeiras. Ao final da atividade oferecemos um lanche. Tivemos ainda uma pequena feirinha, organizada pelos ACS para venda de artesanatos produzidos na comunidade. Compareceram aproximadamente 30 pessoas á atividade. Ação foi bastante proveitosa, senti que os usuários ficaram bastante satisfeitos pois tiraram diversas dúvidas durante as palestras e rodas de conversa.

Falando um pouco em números, tínhamos em nossa área uma população de 258 hipertensos com 20 anos ou mais e 72 diabéticos com 20 anos ou mais, de acordo com os registros dos agentes comunitários. Entre esses usuários tivemos no primeiro mês da intervenção 71 hipertensos cadastrados no programa e 31 diabéticos, no segundo mês 100 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 138 hipertensos e 44 diabéticos. A partir destes números podemos concluir que ao final do terceiro mês conseguimos atingir quase metade dos usuários portadores destas doenças sendo cadastrados no programa, com uma taxa de 53,5% de hipertensos cadastrados e 61,1% de diabéticos cadastrados. Concluimos também que mais da metade dos usuários cadastrados estão em uso de medicamentos disponíveis na Farmácia popular, índice bastante alto demonstrando a importância do programa

para a adesão ao tratamento, pois os remédios podem ser adquiridos sem nenhum custo.

Um dado que nos deixou bastante insatisfeitos foi a proporção de hipertensos e diabéticos que apresentaram exames complementares de acordo com a regularidade necessária, 18,8% e 36,4% respectivamente, o que mostra uma ineficiência do sistema de saúde quanto ao oferecimento dos exames solicitados com rapidez. Iremos com este dado, alertar aos nossos gestores sobre esta grave situação pois alguns exames são extremamente importantes para o adequado acompanhamento.

Acredito que assim como todos que se engajam em realizar um trabalho em equipe, tivemos algumas dificuldades, principalmente em relação a alguns materiais que não tínhamos disponíveis na unidade, porém com bastante esforço conseguimos parceiros na comunidade que nos ajudaram bastante.

Um dos problemas que encontramos foi a dificuldade em conseguir realizar os exames solicitados, e consultas com especialistas, um vez que o laboratório do SUS no bairro distribui fichas diariamente com quantidade limitada, de forma que alguns não conseguem marcar os exames e acabam não retornando com os resultados, que devem ser registrados na ficha para que fique completa, assim como estes são necessários para a realização da estratificação de risco cardiovascular. Estamos cientes que isso é uma dificuldade não específica da nossa área, e que também não depende dos esforços dos usuários, de forma que repassaremos a gestão para que sejam tomadas medidas para atender esta demanda.

Como passamos a realizar outras tarefas durante os atendimentos, que antes não faziam parte da rotina, as consultas passaram a durar demorar um pouco mais de tempo e no início percebi que isso causou um pouco de insatisfação. Porém é importante que compreendam o quão importante é a realização de um adequado acompanhamento dessas doenças, que podem levar a quadros complicados com infarto ou AVC, por exemplo, se não forem regularmente tratados. Temos em nossa área, diversos pacientes que sofrem as consequências de complicações que poderiam ser prevenidas com um adequado acompanhamento.

Conseguimos com este nosso projeto, um aumento significativo da adesão ao programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético, o que mostra que o que faltava era uma articulação da equipe para a melhoria desse seguimento. Contamos a partir

de agora, com uma rotina bem estabelecida, e estamos cientes que os usuários têm muitos benefícios a adquirir com essa rotina.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Iniciei o curso de especialização com muitas expectativas e também angústias, por iniciar um curso com uma didática totalmente diferente do que já havia vivenciado na minha vida acadêmica. O ensino a distância exige muita persistência e interesse por parte tanto dos alunos como dos orientadores, pois não há uma convivência entre eles o que dificulta a criação de um vínculo. No entanto, acredito que me surpreendi com o evoluir do curso e das minhas atividades.

Nos primeiros meses, fiquei apreensiva pois tive bastante dificuldade em encontrar os dados que eram solicitados pelo curso em minha Unidade Básica de Saúde, porém com os dados que obtive consegui desenvolver uma análise situacional compatível com a realidade vivenciada. Veio então o projeto de intervenção, desde o início do curso quando soube que deveríamos realizar um projeto e implantá-lo na rotina do serviço decidi que o realizaria no âmbito da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, por ser um tema que me deparei constantemente e que percebi ser bastante deficiente no serviço. Sabia das dificuldades que encontraria porém sabia que contava com uma equipe esforçada e capacitada para realizar as atividades que fossem propostas.

No decorrer do curso e das atividades do projeto de intervenção tive dificuldades em conseguir cumprir algumas atividades propostas e outras consegui realizar com bastante êxito atingindo a meta. Os principais desafios enfrentados foram em relação aos recursos materiais, os quais não foram disponibilizados pela UBS e tive que obter com recursos próprios assim como a ausência de alguns usuários às consultas que mesmo com a busca ativa não compareceram. Nos deparamos também com a demora na entrega de resultados de exames laboratoriais e marcação de consultas, o que dificultou o acompanhamento dos usuários e a estratificação de risco cardiovascular.

O curso de especialização, com atividades voltadas para as diversas áreas e temas que abrangem a atenção primária, nos ajudou a ter uma visão mais abrangente do que é e como deve funcionar uma Unidade de Saúde da Família. Nos fornecendo materiais didáticos importantes, como os cadernos de atenção básica, documentos que devem basear a dinâmica do serviço, pude assim detectar e refletir sobre os êxitos e as carências da unidade em que atuo, focando meu trabalho nas áreas que necessitavam de mais atenção.

O curso contribuiu para minha vida profissional e pessoal, profissionalmente, me deu a oportunidade de me aprofundar em temas que durante o curso de formação em medicina não damos ênfase, assim como pude aplicar muitos conceitos aprendidos na minha diária de atendimento. Pude ter a oportunidade de realizar um curso a distância, aprendendo a ter pontualidade na entrega das atividades e dedicação para realizá-las.

O curso atingiu minhas expectativas quanto ao aprendizado que almejava alcançar no âmbito da saúde da família, assim como contribuiu positivamente para a rotina do serviço que se beneficiará com o que foi implantado pelo projeto.

6. Bibliografia

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009

BRASIL, 2010 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2011.

Correia, Lourani Oliveira dos Santos, Padilha, Bruna Merten and Vasconcelos, Sandra Mary Lima. **Completeness of data of registration of carriers of arterial hypertension and diabetes mellitus registered in the Sistema Hiperdia in a state of Northeast of Brazil**. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2014, vol.19, no.6, p.1685-1697. ISSN 1413-8123

Gomes, Tiago José de Oliveira; Silva, Monique Vércia Rocha e; Santos, Almira Alves dos. **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família / Blood pressure control in patients seen by hiperdia program at a family health unit**. *Rev. bras. hipertens*; 17(3): 132-139, jul.-set. 2010.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999

Anexos


Anexo B - Planilha de coleta de dados:

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1								
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
11	8							
12	9							
13	10							
14	11							
15	12							
16	13							
17	14							
18	15							
19	16							
20	17							
21	18							
22	19							
23	20							
24	21							
25	22							

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 2								
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1		0					
	2		0					
	3		0					
	4		0					
	5		0					
	6		0					
	7		0					
	8		0					
	9		0					
	10		0					
	11		0					
	12		0					
	13		0					
	14		0					
	15		0					

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	2		0				
	3		0				
	4		0				
	5		0				
	6		0				
	7		0				
	8		0				
	9		0				
	10		0				
	11		0				
	12		0				
	13		0				
	14		0				
	15		0				
	16		0				

Documento do Comitê de Ética



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

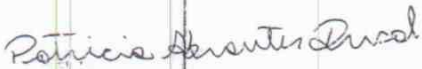
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

