

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão de Curso

**Atenção em Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*: reorganizando o modelo
de atenção na Atenção Primária à Saúde na Unidade de Saúde Núcleo
Assistencial de Saúde de Serranópolis do Iguaçu-PR**

Cristiani da Silva

Pelotas, 2014

Cristiani da Silva

Atenção em Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*: reorganizando o modelo de atenção na Atenção Primária à Saúde na Unidade de Saúde Núcleo Assistencial de Saúde no município de Serranópolis do Iguaçu-PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, Turma 4, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Francine Cardozo Madruga

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586a Silva, Cristiani da

Atenção em hipertensão arterial e diabetes mellitus: reorganizando o modelo de atenção na atenção primária à saúde na Unidade de Saúde Núcleo Assistencial de Saúde / Cristiani da Silva ; Francine Cardozo Madruga, orientadora. — Pelotas, 2014.

65 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Hipertensão. 5. Diabetes mellitus. I. Madruga, Francine Cardozo, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela
saúde, fé e perseverança que tem me dado.
Aos meus pais Valdomiro e Eva, a quem honro
por ser a pessoa que sou.*

Agradecimentos

A professora orientadora Francine Cardozo Madruga, meus sinceros agradecimentos, pelo apoio e encorajamento contínuos na pesquisa e pelos conhecimentos transmitidos, cujos foram de fundamental importância para a elaboração deste trabalho.

A todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, para esta formação que se torna mais uma conquista em minha vida, os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

SILVA, Cristiani. **Atenção em Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*: reorganizando o modelo de atenção na Atenção Primária à Saúde na Unidade de Saúde Núcleo Assistencial de Saúde de Serranópolis do Iguaçu-PR.** 2014. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão são consideradas as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus*, na Unidade de Saúde Núcleo Assistencial de Saúde, que atende pelo modelo do Programa de Saúde da Família, no município de Serranópolis do Iguaçu, Paraná. Para tanto, foram realizadas ações junto à população adstrita a unidade do bairro de Jardimópolis. Foram realizados detalhamentos das ações a serem desenvolvidas, assim como, pactuado metas para cada ação, que foram divididas em quatro eixos, sendo eles: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi possível notar que a equipe de saúde da família possui capacidade de atender integralmente todos os usuários, carecendo apenas de organização do processo de trabalho. Em relação às metas pactuadas, não foi possível atingir a pactuação da cobertura dos hipertensos e diabéticos, qual era de realizar o cadastramento em 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, visto que uma microárea estava descoberta de agente comunitário de saúde. Sendo assim, percebe-se que o monitoramento e avaliação da assistência aos diabéticos e hipertensos se faz importante para programar estratégias que busquem melhores condições de saúde, visando uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde	Pág 44
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção ao diabético na Unidade de Saúde	Pág 44
Figura 3	Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa	Pág 45
Figura 4	Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa	Pág 45
Figura 5	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	Pág 46
Figura 6	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	Pág 47
Figura 7	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	Pág 48
Figura 8	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	Pág 48
Figura 9	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia	Pág 49
Figura 10	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia	Pág 50
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	Pág 50
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	Pág 51

Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	Pág 51
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	Pág 52
Figura 15	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.	Pág 52
Figura 16	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica	Pág 53
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular	Pág 53
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular	Pág 54
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	Pág 54
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	Pág 55
Figura 21	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo	Pág 56
Figura 22	Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo	Pág 56

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente comunitário de saúde
CADSUS	Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde
CISI	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Iguaçu
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
NAS	Núcleo Assistencial de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIGSS	Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do colo do útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de mama
SISPRENATAL	Sistema de Informação do pré-natal
WEB	World wide web ou teia mundial
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Situação inicial da Unidade de Saúde da Família	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial da situação da USF e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e Metas.....	24
2.2.1 Objetivo Geral	24
2.2.2 Objetivos Específicos.....	24
2.2.3 Metas	25
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das Ações	27
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	40
3.2 Ações previstas nos projetos que não foram desenvolvidas.....	40
3.3 Dificuldades enfrentadas na coleta e sistematização dos dados	40
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço	41
4 Avaliação da Intervenção.....	43
4.1 Resultados	43

4.2	Discussão.....	57
4.3	Relatório da intervenção aos gestores	58
4.4	Relatório da intervenção para a comunidade	59
5	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	60
	Referências	61
	Anexos	62

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas, modalidade a distância, e está organizado em seis capítulos.

No capítulo um é apresentada a análise situacional da Estratégica Saúde da Família através de texto inicial que aborda a situação da Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Jardinópolis em Serranópolis do Iguazu-PR. Também é mostrado o Relatório da Análise Situacional desta USF, descrevendo aspectos importantes da estrutura e da organização das ações programáticas na unidade de saúde.

No segundo capítulo, o trabalho apresenta a Análise Estratégica com a descrição da proposta de intervenção para melhoria da atenção ao programa de atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabete *mellitus*, apresentando a justificativa para a escolha desta ação programática, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma a serem desenvolvidos pela equipe multiprofissional de saúde na busca da qualificação da atenção.

No terceiro capítulo temos o relatório da intervenção, no qual aparecem todas as etapas vencidas na fase de execução da mesma. No quarto capítulo são mostrados os resultados e a discussão da intervenção, enfocando sua importância para a comunidade e para os profissionais da saúde. São descritos ainda os Relatórios da Intervenção para a comunidade e para os gestores, frisando o papel de cada um desses grupos na sua melhoria.

No quinto capítulo é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção, incluindo o significado do curso para a prática profissional. No sexto e último capítulo encontramos a

bibliografia que serviu de base para elaboração deste trabalho, e ao final estão os anexos necessários a sua execução.

1 Análise Situacional

1.1 Situação inicial da Unidade de Saúde da Família

Na Unidade de Saúde da Família, Núcleo Assistencial de Saúde (NAS), onde trabalho o horário de atendimento é um pouco diferenciado das demais USF da região, a unidade abre as 07h00 e fecha as 19h00, ou seja, funciona por 12 horas ininterruptas, logo, são duas equipes, uma em cada período de 6 horas.

Na equipe da manhã, temos os seguintes profissionais: uma enfermeira, uma farmacêutica, duas auxiliares de enfermagem, uma recepcionista, nas segundas e quartas temos um médico pediatra e nos outros dias ele atende na outra unidade de saúde da família existente no município, e todas as quartas um médico cardiologista, além de um médico clínico nas terças e quintas. Também dispomos de 1 nutricionista que atende todas as terças. A equipe de saúde bucal, uma dentista e auxiliar de saúde bucal trabalham nas terças, quartas e quintas pela manhã. Faz parte também a digitadora, que trabalha com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CADSUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e uma auxiliar de serviços gerais.

Na equipe da tarde, temos os seguintes profissionais: uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, uma recepcionista, um médico da saúde da família. A equipe de saúde bucal é a mesma do período da manhã, e atende no período da tarde na segunda e sexta. No período da tarde estamos sem farmacêutica, então a equipe de enfermagem faz esse atendimento. Temos também uma auxiliar de serviços gerais. Faz parte ainda da equipe seis agentes comunitárias de saúde (ACS).

Alguns atendimentos médicos e especializados são agendados: cardiologista e nutricionista são agendados somente com encaminhamento. Realizamos os seguintes programas: Programa Saúde na Escola (PSE), grupos de hipertensos e diabéticos, grupos das gestantes, Programa e Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a saúde mental é uma situação crítica no município, não temos um grupo específico, mas estou montando um projeto para montar grupos com esse público, com uma equipe multidisciplinar. Não é comum a enfermeira realizar a puericultura, pois com o médico pediatra, todas as crianças são atendidas por ele.

Os hipertensos e diabéticos, também não tem um acompanhamento ideal, são realizados encontros mensais, onde cada encontro, um profissional faz orientações sobre diversos assuntos, e nesses encontros é aferida a pressão arterial, hemoglicoteste, índice de massa corporal, circunferência abdominal, mas não fazemos um atendimento individual com um plano de cuidado para cada um, como acredito que deveria ser para ter um acompanhamento efetivo desse grupo.

No município existe outra Unidade de Saúde da Família que se localiza em outro bairro e funciona no mesmo horário e do mesmo modo, lá existe serviço de fisioterapia, fonoaudióloga e psicologia. Esses serviços funcionam através de encaminhamentos também e atendem as duas Unidades de Saúde da Família do município.

Aqui, existe a territorialização das Unidades, mas não funciona por completo. Por exemplo: na unidade onde trabalho fica no bairro Jardimópolis, mas atendemos as pessoas que moram no bairro Flor da Serra (onde se localiza a outra USF). Todas as gestantes, por exemplo, são atendidas na unidade onde trabalho, pois o médico da família da equipe, por uma feliz coincidência, tem a especialidade de obstetrícia, então o médico da família da outra unidade, encaminha todas as gestantes para esse médico obstetra.

Assim acontecem com as crianças, os médicos que atendem nas unidades, encaminham para o pediatra. A meu ver, o médico da família, deveria atender todos os tipos de grupos, seja criança, idoso, indivíduos com transtornos mentais, e somente encaminhar para especialista caso haja necessidade.

Por exemplo: o médico da família do bairro Flor da Serra, deveria atender as gestantes que estão nessa área de abrangência, e o médico da família de Jardimópolis o mesmo. E se caso houver necessidade, poderia encaminhar algumas

gestantes para o médico da família do bairro Jardimópolis, pois ele também é obstetra, ou seja, ele seria uma referência para gestante, caso o médico da família precisasse, no caso uma gestação de risco intermediário/alto. Mas essa situação envolve não só a vontade de cada profissional, mas tem questões de gestão e políticas, o que dificulta ainda mais a mudança. A população quer o atendimento de imediato, e uma mudança iria causar muitas reclamações da população desse município, mas se caso a mudança fosse para melhor, esses inconvenientes, acredito eu, seriam só uma questão de tempo, pois com resultados positivos, poderíamos divulgar os dados,, o que justificaria uma mudança que viria para organizar o processo de trabalho.

A estrutura física da unidade de saúde, antes de se tornar uma unidade de saúde, era a sede da prefeitura municipal. Portanto foram realizadas algumas modificações na estrutura física quando se implantou um estabelecimento de saúde.

A unidade básica de saúde (UBS) possui dois consultórios médicos; um consultório para enfermagem; sala da dentista; sala de administração de medicação; sala de vacinas; sala de triagem; sala de exames (eletrocardiograma); sala do digitador; sala de curativos e procedimentos; expurgo; sala de esterilização e armazenamento; almoxarifado; cozinha; área para armazenamento de produtos de limpeza e serviços gerais; dois quartos para internamento ambulatorial com banheiros, dois banheiros aos funcionários, dois banheiro ao público em geral, uma farmácia, local externo para armazenamento do compressor odontológico e resíduos dos serviços de saúde.

A UBS não possui, entretanto, uma sala para as agentes comunitárias de saúde, uma sala para reunião da equipe e/ou educação em serviço e uma sala de espera. A sala de espera da UBS é disposta junto com a recepção, o que parece acarretar certo tumulto, pois os usuários conversam muito e atrapalha, de certo modo, os outros serviços.

Não dispomos também de uma sala para o conselho de saúde, qual seria muito importante para reunir os usuários e trocar informações, ouvir as reclamações, sugestões e aproveitar para realizar educação em saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Serranópolis do Iguaçu originou-se do movimento mútuo e espontâneo das comunidades de Flor da Serra e Jardinópolis, distritos de Medianeira. Foi aprovada no dia 09 de dezembro de 1993, em única discussão, por unanimidade dos vereadores da Câmara Municipal de Medianeira e autorizada a realização de plebiscito para consulta popular pela resolução nº 004/94 da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. O município possui uma área de 17.100 hectares, sendo 1.600 hectares destinados à pastagem, 2.200 hectares são mata, 13.000 hectares são para lavoura temporária e 260 hectares são de outras atividades. Atualmente, pelo último relatório do Sistema de informação da atenção básica (SIAB), a população de Serranópolis do Iguaçu é de 4956 habitantes, distribuídos proporcionalmente na zona rural e urbana.

A rede pública de serviços de saúde conta com duas Unidades de Saúde situadas na área urbana, uma em cada comunidade - Flor da Serra e Jardinópolis. Os exames complementares são realizados com a compra de serviços de laboratórios particulares. As especialidades (consultas e exames) são encaminhadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Iguaçu (CISI). A prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares é complementada por hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Medianeira e outros de acordo com a referência de atendimento. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) agora com a regionalização, também atende Serranópolis do Iguaçu.

Os estabelecimentos de saúde atendem o modelo da Estratégia de Saúde da Família, os quais funcionam doze horas ininterruptas, das sete até às dezenove horas. Contamos com duas equipes, uma em cada USF. Uma equipe é composta por cinco auxiliares de enfermagem, uma farmacêutica, duas recepcionistas, duas auxiliares de serviços gerais, uma enfermeira da estratégia de saúde da família (que também coordena a vigilância epidemiológica) e um médico da família. A outra equipe é composta por seis auxiliares de enfermagem, uma farmacêutica e uma auxiliar de farmácia, duas recepcionistas, duas auxiliares de serviços gerais, uma enfermeira da estratégia de saúde da família e uma enfermeira generalista, e um médico da família (qual tem a especialidade em ginecologia e obstetrícia). Cada equipe se divide em duas, uma trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde. Contamos ainda com o serviço de apoio especializado: constituído por uma

nutricionista, uma psicóloga, uma fonoaudiologia, uma assistente social, um médico clínico geral, um médico cardiologista e um médico pediatra. A nutricionista é lotada na Secretaria de Educação, contudo presta serviços também para a Secretaria de Saúde.

Anualmente é realizado processo licitatório, na modalidade de Pregão Presencial para contratação de farmácia particular para auxílio de medicamentos. Licitados da farmácia particular para toda a população, atendendo a necessidade de cada indivíduo, priorizando as pessoas deficientes, os idosos, as crianças, usuários com problemas crônicos de saúde e que realizam tratamento na especialidade de oncologia, e também aos usuários carentes de nosso município. E é realizado anualmente também um processo licitatório, na mesma modalidade citada anteriormente, para contratação de um Hospital para prestar assistência ao município. Sendo pago mensalmente uma taxa hospitalar fixa, os plantões dos médicos e conforme a utilização dos serviços.

No momento o município encontra-se em processo de implantação de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A estrutura física da Unidade de Saúde da Família a qual pertencem, Núcleo Assistencial de Saúde (NAS) é constituída por: uma farmácia; banheiros para os usuários; a recepção que pertence ao mesmo espaço de espera dos usuários ao atendimento; dois consultórios médicos; uma sala para a enfermeira; uma sala de triagem que funciona também como sala para nebulização; uma sala de procedimentos onde permanece o desfibrilador; uma sala onde é realizado o eletrocardiograma e num passado recente era realizado as ultrassonografias; uma sala de vacina; uma sala para administração de medicamentos; dois quartos para internação ambulatorial dispostos com duas camas cada um; um banheiro para pessoas que utilizam cadeira de rodas, entretanto esse local serve atualmente como um depósito de materiais inutilizados; uma cozinha; lavanderia; expurgo; sala de esterilização e armazenamento; banheiro para funcionário; sala destinada à equipe de saúde bucal; e um almoxarifado que divide espaço com os armários destinados aos funcionários. Apenas um consultório dispõe de um banheiro acoplado. Devido ao fato dessa Unidade de Saúde da Família ter sido reformada para se implantar e efetivar o funcionamento de uma Unidade de Saúde sente-se a necessidade de alguns espaços e adequações para melhor atender a população e aprimorar o fluxo de trabalho, ampliação de uma sala de espera; uma sala para nebulização, uma sala

de reuniões, um espaço apenas para o almoxarifado. A falta de sinalização e comunicação visual também é falha.

Sobretudo, possuímos uma gama de equipamentos para atender a população, como: nebulizador fixo na UBS e outros portáteis para empréstimos; eletrocardiógrafo; aparelho para ecografia; matérias de insumo de boa qualidade (seringas, agulhas, gaze entre outros); oftalmoscópio; lanterna clínica; aparelho de sonar; focos de luz; cama ginecológica; termômetros; fitas métricas; régua antropométrica; balança infantil e adulto digital; esfigmomanômetro digital e mecânico; desfibrilador; aparelho para aspiração; ambú; entre outros.

Algumas modificações que poderiam ser realizadas inicialmente sem necessariamente modificar a estrutura física seria a liberação para a utilização de fato do banheiro para pessoas com necessidades especiais, retirando os materiais nele armazenado. A implantação de placas sinalização/comunicação visual, em cada sala e espaço.

Além da estrutura física, a estrutura e organização de trabalho das equipes são de suma importância para o trabalho fluir. O NAS possui uma equipe, citada anteriormente, que se divide em dois turnos: uma que atua no turno da manhã, composta por uma auxiliar de serviços gerais, uma farmacêutica, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, uma nutricionista que atende uma vez por semana, um médico clínico geral, um médico pediatra que faz atendimento duas vezes por semana e um médico cardiologista que atende uma vez por semana. E uma equipe que atua no período da tarde, composta por uma auxiliar de serviços gerais, quatro auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, uma auxiliar de farmácia, um médico da família.

Temos ainda a equipe de saúde bucal, que faz os atendimentos nos dois turnos: segunda e sexta no período da tarde e nos outros dias no período da manhã. A equipe é comprometida com o seu trabalho técnico, tentando ao máximo manter uma melhor comunicação possível entre os turnos, um exemplo que poderia citar é o caderno onde são anotadas todas as visitas que devem ser realizadas, com a checagem do que foi realizado e quais visitas estão pendentes. E por vezes quando não é possível a passagem de plantão, é deixado por escrito na recepção.

A forma de abordagem com a população tem uma particularidade, positiva, pois todos são conhecidos, criando um vínculo importante. Porém uma dificuldade é

a realização de atividades que são ainda vistas pela equipe como apenas do enfermeiro, um exemplo seria a notificação compulsória de doenças e agravos.

É uma questão problemática, pois não temos um protocolo de atendimento para as crianças, para as gestantes, para os hipertensos e diabéticos, idosos e uma rede de atenção psicossocial organizada. Diferente da rede de urgência e emergência, a qual se desenvolve bem. Com isso o trabalho do enfermeiro acaba sobrecarregado e sem protocolos e fluxos para poder se basear e/ou direcionar as ações fica ainda mais atribulado.

O Núcleo Assistencial de Saúde possui 2.779 habitantes cadastrados, sendo 1.339 do sexo masculino e 1.440 do sexo feminino. De acordo com o Ministério da Saúde, recomenda-se que uma equipe de saúde da família seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Com isso, observa-se que o número de habitantes está adequado, ou seja, dentro do recomendado para o desempenho dos serviços. Nota-se então que está ocorrendo uma falta de planejamento e/ou organização para trazer resolutividade nas ações executadas.

No dia-a-dia, as consultas são realizadas através da demanda espontânea e são atendidos vinte e cinco a vinte oito consultas em média diariamente, isso relatando apenas as consultas com o médico da família. São poucas pessoas que procuram atendimento na unidade e que não são atendidas no mesmo dia, tendo estas avaliadas a necessidade ou não de atendimento imediato. Entretanto, não realizamos de fato o acolhimento, com a escuta qualificada. É realizada uma triagem e algumas vezes o usuário não sai da unidade com a próxima consulta agendada ou com um plano estratégico elaborado para aquela situação.

Como já pode ser observado, nota-se um problema quanto à organização e articulação dos programas. Em se tratando da Saúde da Criança, o NAS dispõe de médico pediatra, o qual realiza consultas e a puericultura, entretanto a caderneta da criança não é preenchida como o recomendado pelo Ministério da Saúde. É realizado ainda o programa do leite, o acompanhamento e monitoramento nutricional nas crianças de 0 a 72 meses, além das ações de imunização. Porém essas ações não são direcionadas através de protocolos, o que dificulta a implementação das ações assim como o planejamento destas, resultando numa baixa qualidade dos registros já existentes.

Recentemente a Unidade pactuou a adesão ao Programa Saúde na Escola através do PMAQ. Com isso esperamos articular em parceria com a Educação, ações de promoção e prevenção nas escolas, incluindo desde a pré-escola ao ensino médio.

As ações realizadas no pré-natal são mais organizadas mesmo não existindo um protocolo no âmbito municipal para organizar tais ações. Não possuímos um protocolo para atender as gestantes, assim quem realiza o pré-natal é apenas o médico da família e não são registradas no prontuário todas as informações da consulta, como, por exemplo, os resultados dos exames. Entretanto essas informações são registradas na carteirinha da gestante. São pouquíssimas as gestantes que realizam consulta nutricional e que participam do grupo de gestantes. O médico solicita, sempre, na primeira consulta a carteirinha de vacinação e orienta quanto à necessidade de imunização, porém não temos um registro onde podemos analisar qual é o índice de massa corporal de cada gestante, se estão em risco de baixo peso ou sobrepeso ou realizaram a consulta odontológica e nutricional. Todas as gestantes são atendidas e a maioria realiza mais de seis consultas de pré-natal, ou seja, o mínimo recomendado. Esse dado é obtido através do registro do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança on line (Sisprenatal web), que é realizado normalmente em um dia da semana, onde priorizamos o atendimento às gestantes. Esse dado é obtido através da agenda do médico, onde são agendadas todas as consultas e também procedimentos realizados na Unidade, através de um sistema online, o prontuário eletrônico. Infelizmente, não realizamos muitas vezes a captação precoce da gestante, quando esta é estrangeira. Temos um problema com relação aos imigrantes ilegais, pois a maioria chega ao município já no segundo ou terceiro trimestre de gestação.

O sistema informatizado trouxe muitos benefícios para a saúde, a começar pelos prontuários eletrônicos através de sistemas interligados com outros municípios, onde podemos monitorar o atendimento dos usuários tanto da área de abrangência da Unidade como os residentes fora da área de abrangência, o que melhora em partes a questão da referência e contrarreferência. Observamos essa interação de informações nos Programas de Prevenção do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO) e do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Todas as usuárias que realizam o exame preventivo do colo do útero e mamografia e que apresentam alterações são registradas nesses programas e realizadas então, o

acompanhamento dessas usuárias. Não possuímos um protocolo que atenda às questões voltadas à prevenção do colo do útero e de mama. Porém temos como rotina na Unidade, a solicitação de mamografia de rastreamento em todas as mulheres que atendam a recomendação do Ministério da Saúde, quando realizam do exame preventivo do colo do útero. Possuímos o registro do quantitativo distribuído por faixa etária da realização da mamografia, através do setor de agendamento de exames e consultas especializadas.

Quando se trata do programa aos hipertensos e diabéticos, encontramos muita dificuldade na avaliação e monitoramento desses usuários. Realizamos o grupo de hipertensos e diabéticos, onde são realizadas orientações com diversos profissionais ao longo do ano, nesse grupo é realizada uma avaliação das pessoas presentes, como a aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, peso, altura, glicemia capilar e se estão em dia com os exames e consultas de rotinas. Porém, participam desse grupo apenas 20% dos hipertensos e diabéticos. O mesmo acontece no grupo de atividade física, onde é realizada caminhada duas vezes na semana pela comunidade, e em média trinta usuários participam das atividades físicas. Foi realizado um levantamento no ano de 2012 através das agentes comunitárias de saúde, dados sobre os hipertensos e diabéticos em cada microárea. E partir desses dados, estamos inserindo aos poucos, na área de cadastros de portadores de doenças crônicas no Sistema de Informação e Gestão em Saúde e Social (SIGSS) do município. Quando todos os usuários hipertensos e diabéticos estiverem inseridos ficará mais simples analisar quem é e fazer o monitoramento destes.

Com esses dados poderemos analisar quantos dos usuários hipertensos e diabéticos do município são idosos, pois não temos esses dados. O centro de convivência dos idosos no município desenvolve ação de lazer aos idosos, toda semana. Os idosos em vulnerabilidade psicossocial e econômica são acompanhados pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Como o município é pequeno, sabemos quem são os idosos acamados, mas não temos um registro específico e um planejamento de cuidados para essa população.

A USF do NAS possui uma equipe multiprofissional que pode atender a população com qualidade. Através dos questionários e dos cadernos de ações programáticas, pôde-se observar que há necessidade de melhorar a qualidade

também dos registros. E com isso adequar algumas ações, sendo então o maior desafio, a mudança na organização dos serviços e planejamento das ações. A estrutura física não é o maior obstáculo para aprimorar as ações de saúde na atenção primária, é necessário um protocolo que norteie nossas ações, para organizarmos as ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Outra questão importante a se tratar é a territorialização, a qual não é realizada no município. Existe a divisão de áreas e microáreas para as agentes comunitárias de saúde poderem se organizar e realizar o planejamento do seu trabalho através das visitas domiciliares. Mas para o processo de trabalho nas unidades de saúde, não aderimos à organização dos territórios. Isso dificulta quando pensamos na lógica do planejamento dos cuidados aos usuários que necessitam de monitoramento e avaliação, como nos casos de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, transtornos mentais, entre outros). Portanto os programas são divididos com as três enfermeiras que atuam no município, como a saúde do homem; saúde das crianças; saúde da mulher; saúde mental; epidemiologia; saúde dos idosos e assim por diante. E cada responsável por um programa, desenvolve-os com todos os usuários do município e não apenas com aqueles da área de abrangência das unidades de saúde da família. Entretanto, temos o conhecimento do total da população da área de abrangência de cada unidade de saúde família, assim como o número de usuários com determinadas doenças crônicas. E tendo em vista a capacidade instalada de uma equipe de saúde da família, observamos que um município com menos de cinco mil habitantes e em funcionamento duas equipes de saúde da família, pode oferecer serviços de saúde com qualidade e resolutividade se for muito bem organizado.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial da situação da USF e o Relatório da Análise Situacional

É possível observar a diferença entre os dois textos acima. A percepção da situação da Unidade de Saúde da Família aparece mais fundamentada e com mais detalhes no último. Com isso é possível analisar funcionamento da rotina dos serviços da USF, assim como o mapeamento das áreas e microárea, trazendo mais clareza sobre o território onde está instalada a USF.

Outra questão que se observa no Relatório da Análise Situacional, é o descritivo das ações de cada programa que é desenvolvido na USF, como o pré-natal, por exemplo.

A descrição sistematizada no Relatório de Análise Situacional foi muito importante de modo que se pode observar detalhes de cada programa, desde a estrutura física ao atendimento ao público. Desse modo, facilita a visualização de determinadas situações que poderiam ser modificadas no processo de trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* foram elaborados com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras dessas doenças, garantindo a essas pessoas um acompanhamento e tratamento eficaz (BRASIL, 2002; 2006). A organização do serviço para atendimento às pessoas portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* é essencial para prevenir complicações e que causam grande impacto na saúde pública (PICCINI et al, 2011).

O Núcleo Assistencial de Saúde possui 2.779 habitantes cadastrados, sendo 2.280 acima de 15 anos, sendo 100% a cobertura da equipe de saúde da família. No dia-a-dia, as consultas são realizadas através da demanda espontânea e são atendidos vinte e cinco a vinte oito consultas em média diariamente, isso relatando apenas as consultas com o médico da família, entretanto a USF não possui um protocolo de atendimento a hipertensos e diabéticos, porém realiza ações com enfoque para essa população como encontros mensais com esse grupo para orientações/palestras; dispõe de medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos entre outros; promove caminhadas na comunidade e dispõe de profissional especializado (nutricionista e médico cardiologista).

São poucas pessoas que procuram atendimento na unidade e que não são atendidas no mesmo dia, tendo estas avaliadas a necessidade ou não de atendimento imediato. Entretanto, não realizamos de fato o acolhimento, com a escuta mais qualificada. É realizada uma triagem e algumas vezes o usuário não sai da Unidade com uma consulta agendada ou com um plano estratégico elaborado para aquela situação e também não é realizada a busca ativa de hipertensos e/ou

diabéticos que não compareceram na unidade de saúde, pois não tem um registro de acompanhamento desses usuários. Diariamente, usuários com a pressão arterial descontrolada procuram a unidade de saúde, assim como casos de usuários hipertensos em uso de medicamentos, que há mais de anos não procuram a unidade de saúde, porém não dispomos de um registro que permita esse controle assim como não possuímos um protocolo de tratamento a hipertensão e diabetes que possa orientar os médicos, permitindo assim melhor controle do tratamento e acompanhamento ao usuário hipertenso e/ou diabético.

A população estimada é de 490 usuários portadores de hipertensão arterial e 60 usuários portadores de diabetes mellitus.

Como já pode ser observado, nota-se um problema quanto à organização e articulação do Programa a Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Em virtude da alta prevalência de usuários hipertensos e/ou diabéticos e as complicações que estas doenças podem trazer, é extrema importância à implantação de um protocolo para o atendimento de hipertensos e diabéticos no município. A organização do serviço voltada para esse programa pode ser bem desenvolvida em toda a área adstrita da USF, devido à cobertura de 100% da população da área adstrita e com o apoio das agentes comunitárias de saúde e da equipe multidisciplinar da USF. Com isso busca-se melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a qualidade de vida destes, assim como prevenir complicações decorrentes dessas doenças.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* no município de Serranópolis do Iguaçu - PR.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1

- 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2

- 2.1. Buscar 60% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 2.2. Buscar 60% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 3

- 3.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 3.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 3.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4

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

Relativas ao objetivo 5

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

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

Relativas ao objetivo 6

6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O trabalho foi realizado num período de 16 semanas no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014. A população alvo foram os usuários dos serviços de saúde da unidade de saúde NAS do município de Serranópolis do Iguaçu, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. A estimativa dessa população alvo é de 490 usuários com hipertensão arterial e 60 usuários com diabetes mellitus.

Foram utilizados os cadernos de atenção à hipertensão arterial e diabetes *mellitus* do Ministério da Saúde, além da planilha eletrônica e ficha espelho elaborado pela Universidade Federal de Pelotas.

2.3.1 Detalhamento das Ações

Monitoramento e Avaliação:

- Atualizar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde:

Através das visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde e por eventualidade em usuários que procuram a unidade de saúde.

- Revisar periodicamente a ocorrência de faltosos nas consultas previstas no protocolo (consultas em dia):

Verificar na agenda, semanalmente, quem faltou à consulta.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos:

Verificar a realização do exame clínico, no próprio prontuário e/ou através de um check-list (a ser elaborado e implantado).

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde:

Verificar a realização do exame clínico, no próprio prontuário e/ou através de um check-list (a ser elaborado e implantado).

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada:

Verificar o registro de acompanhamento (planilha com data da última realização de exames, consultas e outros dados necessários para o efetivo controle do programa).

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia da unidade de saúde:

Através do prontuário eletrônico pode-se obter o registro de retirada de medicamentos na farmácia da unidade de saúde.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde:

Através do prontuário eletrônico (e o de papel ainda utilizado por alguns médicos da UBS), verificar a existência de registros, assim como os dados atualizados na planilha de acompanhamento (a ser implantada).

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano:

Verificar o registro de acompanhamento (planilha com data da última realização de exames, consultas e outros dados necessários para o efetivo controle do programa).

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista:

Monitorar esse dado através da agenda da equipe de saúde bucal.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos:

Rotina a ser aplicada em toda consulta (médica, nutricional, odontológica, enfermagem) além dos encontros mensais. Verificar o registro através do prontuário eletrônico e/ou planilha de acompanhamento.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos:

Através do prontuário eletrônico (e o de papel ainda utilizado por alguns médicos da UBS), verificar a existência de registros, assim como os dados atualizados na planilha de acompanhamento (a ser implantada).

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos:

Rotina a ser aplicada em toda consulta (médica, nutricional, odontológica, enfermagem) além dos encontros mensais, principalmente aos tabagistas. Verificar o registro através do prontuário eletrônico e/ou planilha de acompanhamento.

Organização e Gestão de Serviço:

- Elaborar um protocolo para o atendimento dos usuários portadores de HAS e diabetes com o apoio dos profissionais da atenção básica.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde:

Com apoio do gestor, gerenciar o material adequado para o acompanhamento dos usuários com HAS e diabetes.

- Realizar a busca ativa dos faltosos, com apoio das ACS:

Verificado a falta dos usuários nas consultas, organizar visitas domiciliares e remarcação da consulta.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos:

Através do protocolo implantado, serão designadas atribuições a cada profissional de equipe multiprofissional para o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para a realização do exame clínico:

Realizar através de oficinas, reuniões de equipe a capacitação dos profissionais da equipe multidisciplinar.

- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde:

Deixar impresso o protocolo sempre atualizado na unidade de saúde, em lugar de fácil acesso, de preferência em todos os consultórios da unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares:

Inserir os exames necessários ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na elaboração do protocolo de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

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

Com o apoio do gestor, definir o acesso aos exames complementares e/ou alternativas de acesso, utilizando como auxílio o protocolo para atendimento dos hipertensos e diabéticos.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos:

É realizado o controle de estoque (incluindo validade) de todos os medicamentos disponibilizados na farmácia da unidade de saúde.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

Disponibilizar uma listagem dos medicamentos pressóricos, antidiabéticos orais e insulina que são fornecidos aos usuários.

- Manter as informações do SIAB atualizadas:

Todo mês as ACS fazem a atualização do SIAB junto com a digitadora do sistema na unidade de saúde.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento:

Está sendo elaborada uma planilha eletrônica com todos os hipertensos e diabéticos de cada microárea e nessa planilha será inserido dados necessários ao acompanhamento como (data das consultas, exames realizados, avaliação odontológica/nutricional entre outros).

- Pactuar com a equipe o registro das informações:

A planilha de acompanhamento ficará disponível por compartilhamento de rede assim como o prontuário eletrônico que já é disponível.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda:

O agendamento da consulta será realizado com a priorização dos usuários de risco, através da estratificação de risco, assim como estará descrito no protocolo.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários:

O agendamento da consulta será realizado com a priorização dos usuários de risco, através da estratificação de risco, assim como estará descrito no protocolo.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade:

É realizadas caminhadas quatro vezes na semana com um profissional supervisionando e uma auxiliar de enfermagem acompanhando o grupo.

- Organizar práticas coletivas e individuais sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade:

Nos encontros mensais com o grupo de hipertensos e diabéticos, de forma coletiva, é orientado sobre a alimentação saudável e incentivo a exercício físico.

- Demandar junto ao gestor o programa de controle ao tabagismo.

Na adesão ao PMAQ, foi realizada a adesão ao programa de controle ao tabagismo.

Engajamento Público:

- Realizar orientações através de palestras nas comunidades e vilas do município e através do conselho municipal de saúde sobre a Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus, os fatores de risco, complicações e a prevenção dessas doenças.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Buscar sugestões dos usuários portadores de HAS e diabetes sobre a forma e assuntos que gostariam de ser abordados no encontro do grupo, realizado mensalmente.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos das complicações decorrentes da HAS e diabete mellitus.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar aos usuários hipertensos e diabéticos a importância da consulta odontológica.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo:

Organizar uma agenda para realização de grupos de hipertensos e diabéticos nas comunidades (além daquelas já realizadas na zona urbana) na zona rural, além de visitas domiciliares, grupos de atividade física e de prevenção ao tabagismo, consultas médicas e de outros profissionais de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
 - Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Através de um programa de educação continuada e/ou em reuniões a ser realizadas na unidade de saúde.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
 - Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
 - 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 para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas:

Após a elaboração do protocolo de hipertensos e diabéticos será realizado uma reunião com todas as equipes para a apresentação do protocolo; discussão sobre o acompanhamento dos usuários nas reuniões de equipe, avaliação dos dados através do monitoramento da ficha espelho.

2.3.2 Indicadores

Serão utilizados vinte e dois indicadores, de modo que servirão para avaliação das ações assim como do programa como um todo. E para cada meta, foi estipulado um indicador, descrito abaixo:

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

1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

2.1 Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

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

2.2 Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

3.4 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: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

3.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

Meta: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

3.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

6.1 Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.2 Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.5 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.6 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir a orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos.

6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir a orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos diabéticos.

6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para poder realizar as intervenções no programa de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* iremos adotar o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* do Ministério da Saúde (2002). E com este material de apoio e outros protocolos existentes em outros municípios, as enfermeiras do município e o médico da família irão elaborar um protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos.

Será elaborada uma planilha eletrônica para o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Nessa planilha irá conter os usuários hipertensos e diabéticos agrupados por microárea, ou seja, pertencente a cada agente comunitária de saúde. Desse modo será mais fácil localizar e conhecer os usuários. A planilha também servirá como sistema de alerta para os faltosos, pois constarão dados importantes para a obtenção de indicadores que servirão de avaliação da qualidade do serviço (datas das consultas; exames de rotinas solicitados; participação em atividade educativa; consultas odontológica e nutricional entre outros) e o prontuário eletrônico servirá como apoio para o registro e acompanhamento dessa população. Assim, será mais prático visualizar a situação do paciente quanto ao seu

acompanhamento. Essa planilha ficará compartilhada com os demais computadores da unidade de saúde, assim como com a outra unidade de saúde, para os profissionais (nutricionista, dentista, médico, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros) terem acesso às informações.

Mensalmente serão averiguados os faltantes nas consultas agendadas assim como em outras atividades, a fim de realizar a busca ativa desses usuários, se houver, e remanejar o agendamento, a princípio o agendamento das avaliações será responsabilidade da equipe de saúde bucal, qual irá marcar a consulta conforme agenda disponível. A princípio seria reservado horário em dois dias da semana, um no período da manhã e outro no período da tarde. Assim como as consultas médicas que já são realizadas através de agendamento na UBS, os usuários com consultas de rotina também serão agendados, e para isso, através do monitoramento e das ACS os mesmos serão comunicados a comparecer a UBS para agendar a consulta no dia e horário que forem melhor para os mesmo. As agentes comunitárias de saúde serão de extrema importância nesse processo, principalmente na busca ativa, pois se torna mais prática e acessível.

Sendo assim, a equipe de saúde (enfermagem, médicos, nutricionista, dentista, psicóloga) irão realizar o preenchimento das planilhas, sendo a enfermeira responsável pelo monitoramento dos dados e através dos ACS realização da busca ativa dos usuários. Já a ficha espelho ficará junto ao prontuário dos pacientes.

As atividades coletivas continuarão a ser desenvolvidas no espaço da pastoral, anexo a igreja de cada um dos dois bairros, como já havia sendo realizado. Entretanto as agentes comunitárias de saúde irão lembrar as pessoas das palestras na semana que irá ocorrer, pois como o cronograma é realizado no início do ano, designando as datas e os profissionais que irão palestrar, muitas pessoas acabam perdendo o cronograma e esquecendo. O anúncio na rádio também servirá de apoio para chamar a população. Cada profissional será responsável pelo sua atividade de grupo, ou seja, as atividades serão realizadas periodicamente por diferentes profissionais com data previamente marcada.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Consegui desenvolver as atividades do cronograma, parcialmente: a atualização do número de hipertensos e diabéticos não foi possível alcançar a meta de 80% devido à microárea descoberta; a revisão periódica da ocorrência de faltosos nas consultas teve mais praticidade, pois o programa de informação permite isso, além do que a recepcionista é muito responsável em todas suas atividades, e essa eficiência no seu trabalho, colaborou muito; a monitorização da realização de exame clínico e exames laboratoriais e complementares atingiu as metas, pois poucos não estavam em dia com o preconizado; em relação aos medicamentos prescritos para serem retirados na UBS ou farmácia popular, temos 100% de adesão. Em relação à avaliação da saúde bucal, conseguimos um ótimo resultado, avaliamos mais de 80% dos usuários.

3.2 Ações previstas nos projetos que não foram desenvolvidas

Iniciamos uma conversa sobre a implantação de um protocolo para essa população, porém não conseguimos concluir devido a várias outras atividades que tínhamos a realizar na UBS e na comunidade, porém pretendemos implantar o mais breve possível.

3.3 Dificuldades enfrentadas na coleta e sistematização dos dados

Tentei ao máximo incorporar as ações previstas no projeto nesses quatro meses do projeto, porém o tempo era muito curto para desenvolver todas as

atividades que continham no cronograma do projeto. Isso foi uma das maiores dificuldades e também o que contribuiu para não serem cumpridas integralmente. Acredito que se houvesse um tempo hábil para planejar, as capacitações com a equipe, por exemplo, surgiria mais impacto nas atividades a serem desenvolvidas.

A parte da coleta de dados e sistematização dos dados foi o ponto mais complexo e difícil de realizar. Primeiro porque foi muito difícil fazer a busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos e organizar a agenda para consultas e ao mesmo tempo monitorar esses usuários. Tive bastante problema com a planilha nos indicadores. Pois peguei a última atualização da planilha digitei os dados um por um e mas o problema com os indicadores continuou. Então para arrumar novamente os dados, não digitei um por um como já havia feito, até porque não haveria tempo para isso. Copiei os dados de uma planilha para outra. E finalmente deu certo.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

A parte da coleta de dados e sistematização dos dados foi o ponto mais complexo e difícil de realizar. Primeiro porque foi muito difícil fazer a busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos e organizar a agenda para consultas e ao mesmo tempo monitorar esses usuários. Tive bastante problema com a planilha nos indicadores. Pois peguei a última atualização da planilha digitei os dados um por um e depois quando vejo o problema dos indicadores continuaram. Então para arrumar novamente os dados, não digitei um por um como já havia feito, até porque não haveria tempo para isso. Copiei os dados de uma planilha para outra. E finalmente deu certo.

Precisamos melhorar o acompanhamento dos usuários em seus domicílios através das ACS. E através de um planejamento com dias horários apropriados para todos, com os temas a serem discutidos, poderemos organizar melhor as capacitações com esses profissionais e melhorar nesse ponto. Estamos num município onde o número de habitantes, o território colabora muito para a viabilidade da continuação do projeto, não apenas aos hipertensos e diabéticos como para outros programas específicos também.

Possuímos uma equipe multidisciplinar (psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga, entre outros), com profissionais empenhados e responsáveis, que torna as atividades mais viáveis.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde:

A meta pactuada para esse indicador foi de 80% representando 392 hipertensos de um total de 490, entretanto o resultado alcançado foi de 08 hipertensos (1,6%) no primeiro mês, 136 hipertensos (27,8%) no segundo mês, 328 (66,9%) no terceiro e quarto mês de intervenção. Devido à intensa atividade realizada na UBS no primeiro mês, as intervenções ao projeto ficaram paradas nesse período, por isso o resultado alcançado foi consideravelmente baixo. No terceiro e quarto mês alguns profissionais entraram em férias, a prefeitura entrou em férias coletivas e as unidades de saúde trabalharam meio período cada UBS. Com isso, para realizar todas as ações previstas no projeto com os usuários hipertensos e diabéticos, foi realizado o acompanhamento daqueles cadastrados no terceiro mês.

Não foi possível alcançar a totalidade meta, devido ao fato de que uma microárea estava descoberta, nesta microárea tem em média 130 famílias. Entretanto pode ser que tenha algum hipertenso que não esteja cadastrado pela ACS de sua área, ou seja, o usuário pode sequer saber que tem hipertensão arterial e a ACS não estar realizando um olhar estratégico nas visitas domiciliares, por isso a importância da continuidade dessa intervenção na rotina de trabalho da UBS. Para isso será de extrema importância à capacitação contínua das ACS e equipe.

Até o momento não foi contratado nenhum agente comunitário de saúde no período. A previsão para contratação é para esse ano, onde estamos

aguardando a abertura do concurso público para o segundo semestre deste ano.

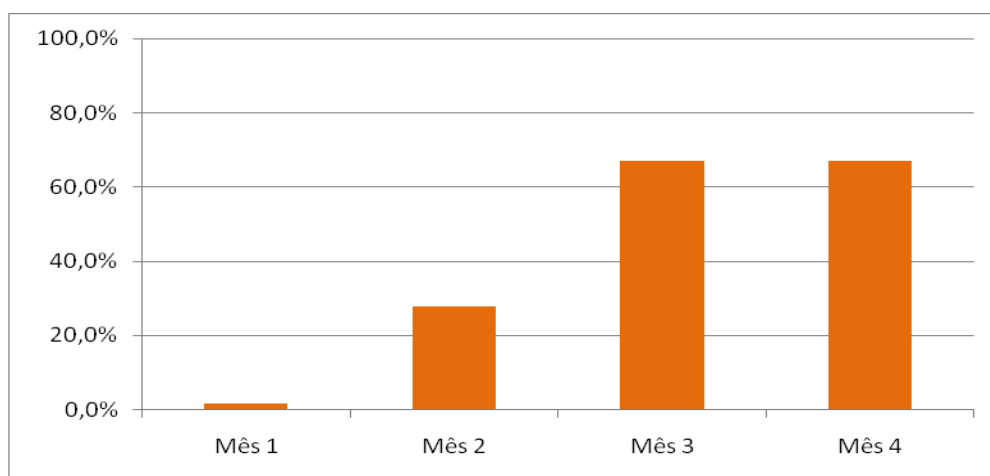


Figura 1 – Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde:

A meta pactuada de 80% que representa 60 diabéticos foi superada, chegando a 49 (81,7%) diabéticos. O que diferencia do indicador anterior é que o número de diabéticos é muito menor que o número de hipertensos, portanto mesmo com a microárea descoberta, foi possível atingir a meta, embora o ideal fosse 100% de cobertura. Com a organização do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, essa meta tende a melhorar também.

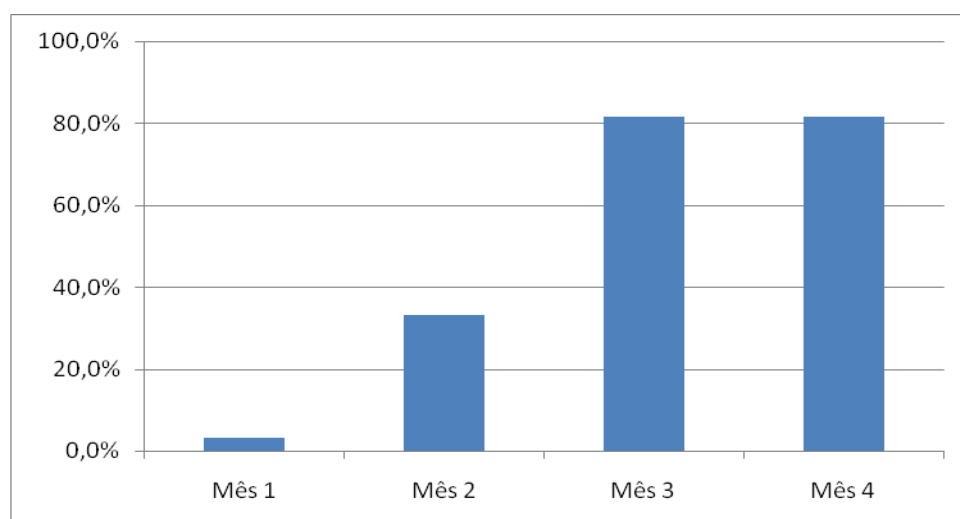


Figura 2 – Cobertura do Programa de Atenção ao diabético na Unidade de Saúde Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

2.1 *Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa:*

Conseguimos realizar a busca ativa em 25 (100%) dos hipertensos faltantes. Até porque poucos faltaram nas consultas e poucos não estavam em dia com o acompanhamento. Nessa época de final de ano, muitos estavam viajando.

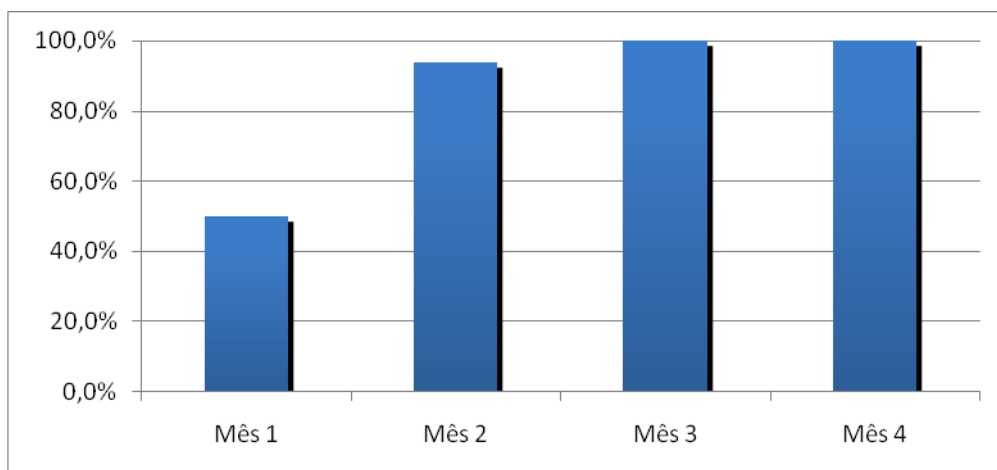


Figura 3 - Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

2.2 *Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa:*

Assim como no item anterior, o número de usuários diabéticos que faltaram nas consultas foi baixo, totalizando 23 usuários, sendo que foi realizada a busca ativa em 100% dos faltantes.

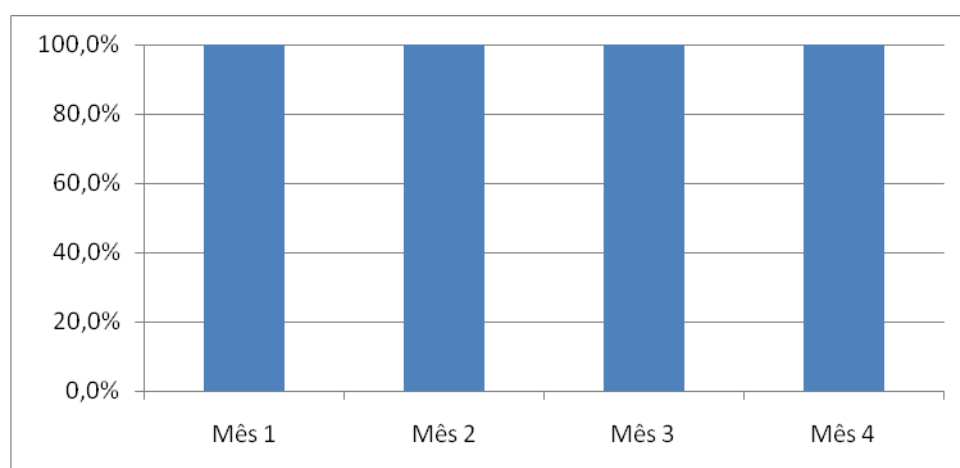


Figura 4 - Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

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

A meta para ser atingida nesse indicador era de 100% ou seja, 328 hipertensos que receberam atendimento, entretanto atingimos 88,1% representando 289 hipertensos, faltando apenas 39 usuários. Final do ano, alguns profissionais acabaram saindo de férias o que dificultou um pouco o atendimento desses usuários na sua integralidade, pois com a saída de alguns profissionais da UBS, a demanda de consultas aumentou, além do que o exame clínico nas consultas requer um pouco mais de tempo para avaliar o paciente como um todo e não apenas suas queixas. Como o exame clínico não era algo de rotina a ser realizado assim como outras ações previstas no programa, tivemos dificuldades na realização do exame clínico nos atendimentos. Entretanto, será implantada na rotina de trabalho da equipe e conseqüentemente realizada a busca ativa dos usuários que não realizaram o exame clínico.

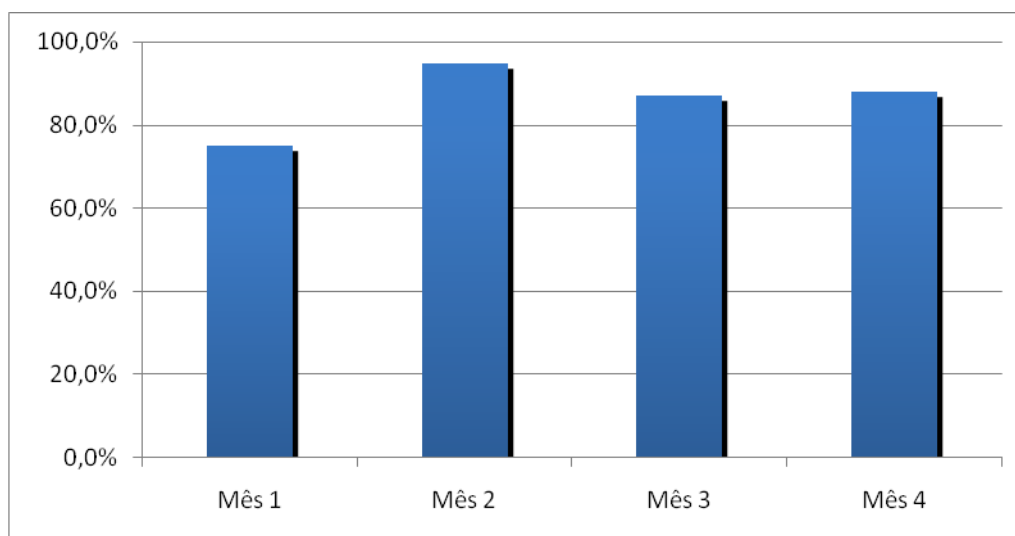


Figura 5 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

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

Já com os usuários diabéticos, o índice foi melhor, 93,9% representando 46 diabéticos, sendo a meta pactuada 100% como no indicador anterior. Como já havia descrito no indicador 1.2, o número de usuários diabéticos é bem menor do que os hipertensos, o que acaba facilitando o monitoramento e acompanhamento. No primeiro mês foi possível realizar o exame clínico em

100% dos diabéticos, pois foram atendidos apenas 02 usuários diabéticos nesse período, assim como no segundo mês, foi possível realizar o exame clínico em 100% dos diabéticos atendidos, representando 20 usuários. No terceiro e quarto mês foi realizado o exame clínico em 45 (91,8%) e 46 (93,9%) usuários diabéticos, respectivamente. Em três usuários não foi realizado o exame clínico, isso se deve ao fato de que na época da estávamos em fase de implantação das ações, profissionais saíram de férias, as demandas de consultas aumentaram, causando um pouco de dificuldade no cumprimento integral das ações.

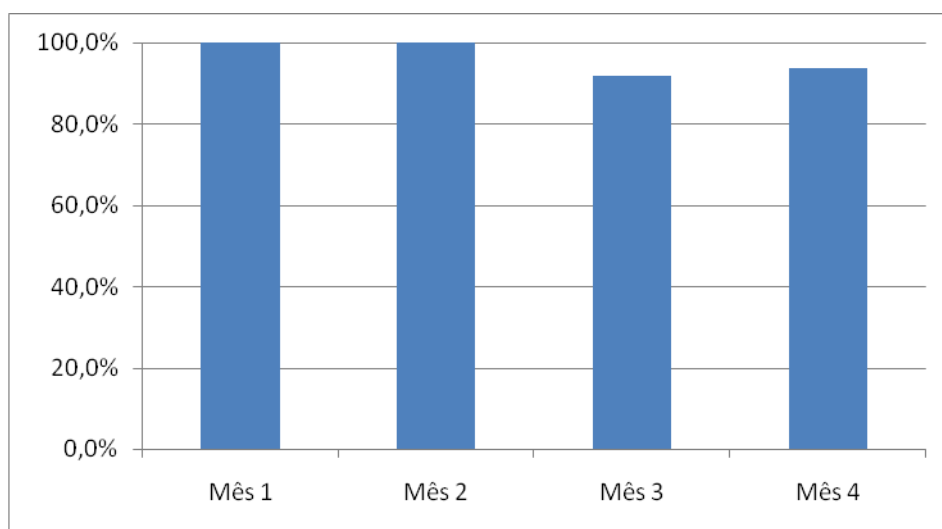


Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

3.3 *Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:*

A meta pactuada neste indicador foi de 100%, ou seja, os 328 usuários s que receberam atendimento, e a meta alcançada foi de 80,8% representando 265 hipertensos. Os exames que se refere nesse indicador são de custo financeiro mais elevado, sendo que muitos usuários referem não ter condições de custear e o município não tem condições de financiar todos os exames para todos os hipertensos do município, isso não é uma realizada isolada deste município, mas sim no Brasil todo. Os usuários com menos condições financeiras tem prioridade em relação aos usuários com condições mais favoráveis, assim como rege os princípios do SUS.

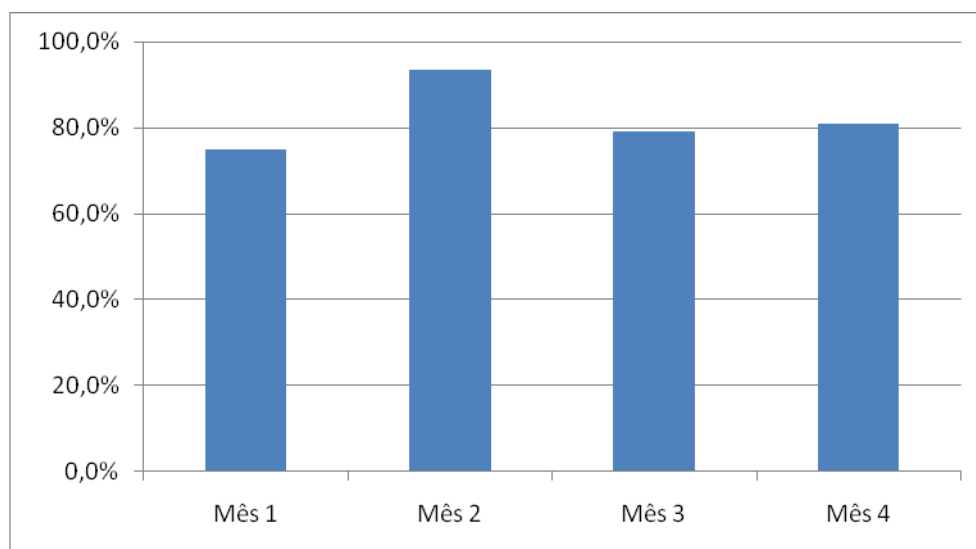


Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

3.4 *Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:*

Em relação aos usuários diabéticos, o índice foi maior do que nos usuários hipertensos, representando 42 (85,7%) usuários. As quedas dos meses 3 e 4 se deram ao fato de que a atualização dos cadastros dos usuários foi maiores do que nos meses anteriores, conseqüentemente o atendimento teve uma demanda maior além de que os exames que se refere nesse indicador são de custo financeiro mais elevado, e alguns usuários não quiseram custear os exames ou não tiveram condições financeiras no momento.

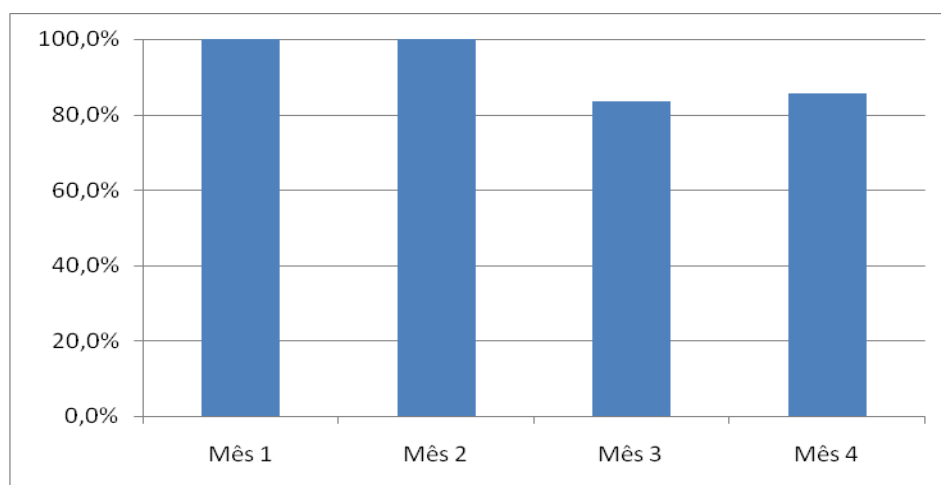


Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

3.5 *Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia:*

Todas as medicações para os hipertensos estão disponíveis na rede SUS/farmácia popular. Aquelas que são prescritas e não estão disponíveis na farmácia popular, estão disponíveis na Unidade de Saúde do município.

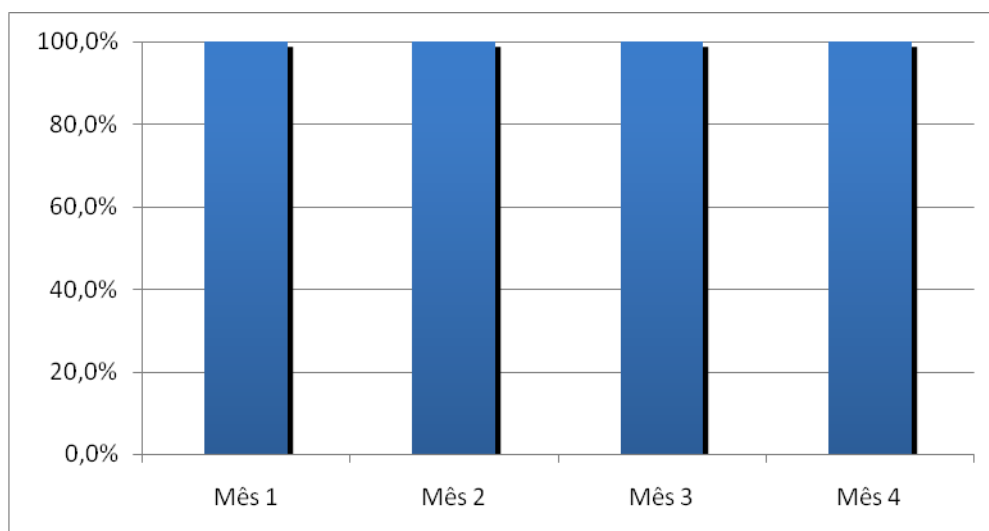


Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

3.6 *Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia:*

Em relação aos medicamentos, todos os usuários hipertensos e diabéticos retiram suas medicações na Farmácia Popular, algumas que não estão disponíveis na Farmácia Popular, retiram na UBS. Antigamente, os munícipes não utilizavam a farmácia popular, até porque a administração comprava os mesmos medicamentos disponíveis na farmácia popular, e armazenava na farmácia da UBS. Outro fator é que os usuários também não sabiam como funcionava a Farmácia Popular. Então foi realizado um trabalho de orientação aos usuários para que passassem a utilizar a farmácia popular, o que ocorreu muito bem, pois agora o município pode comprar outros insumos para a UBS ao invés de investir em medicamentos que já estão disponíveis em outro estabelecimento sem custo aos usuários.

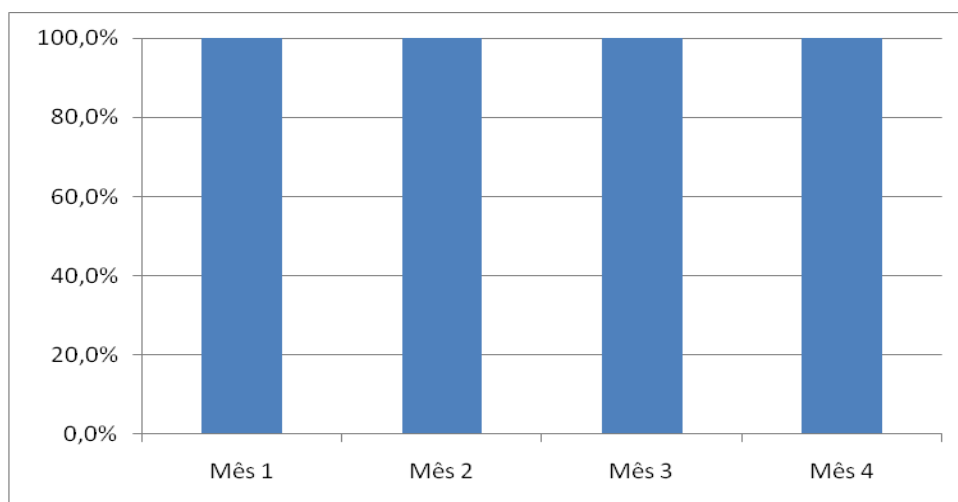


Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

4.1 *Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento:*

Dos usuários hipertensos 81,7% tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, correspondendo 268 dos hipertensos. A meta pactuada foi de 100%, ou seja, todos os usuários hipertensos que receberam atendimento. Como estamos organizando o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos alguns dados não foram registrados na ficha espelho que inserimos na UBS, apenas no prontuário eletrônico. Ou esquecia-se de anotar, outras vezes a unidade estava muito tumultuada, deixando para anotar na ficha espelho em outro momento e acabava ficando para trás.

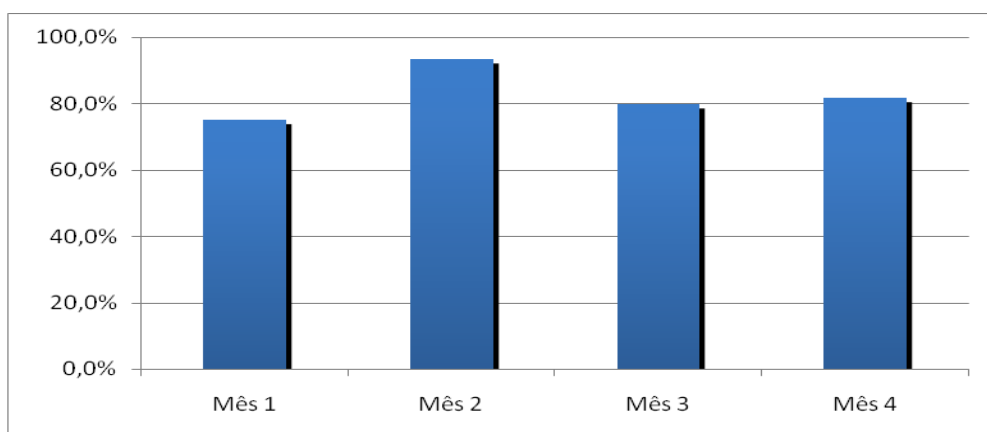


Figura 11 - *Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.* Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

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

Não houve diferença significativa em relação aos resultados obtidos entre os usuários hipertensos ou diabéticos. O resultado obtido nos usuários diabéticos que tiveram suas fichas com registro adequado foi de 43 (87,8%) registros adequados na ficha de acompanhamento. Entretanto as fichas serão atualizadas posteriormente, frisando aos profissionais a importância de manter os registros adequados, tornando isso rotina.

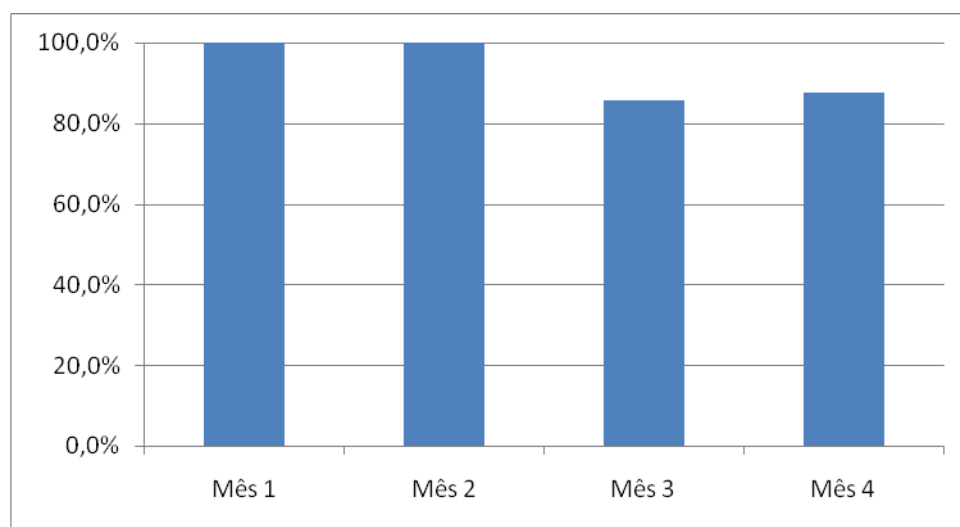


Figura 12 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular:

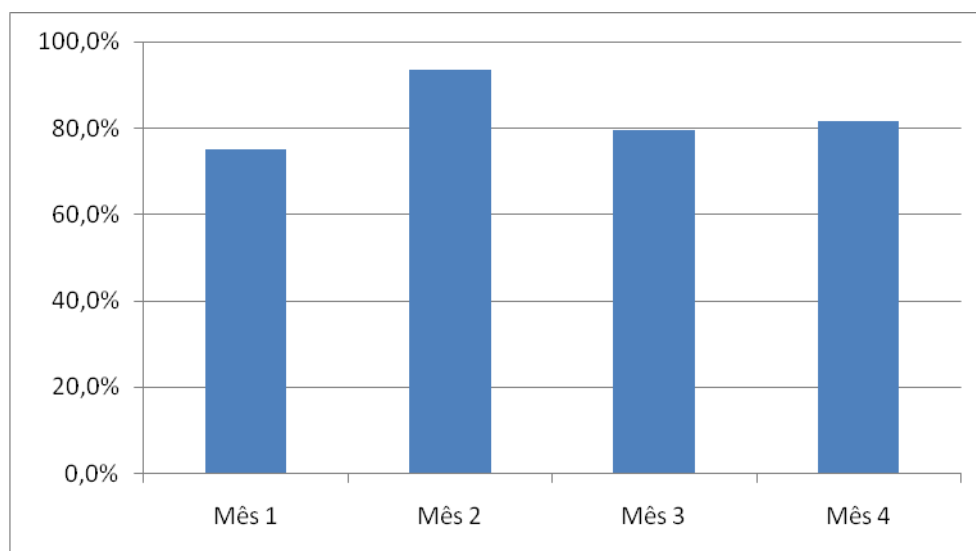


Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

O mesmo ocorrido no indicador anterior, se repete nos indicadores 5.1 e 5.2, sendo 267 (81,4%) usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular e 43 (87,8%) de usuários diabéticos com a estratificação de risco cardiovascular. A meta pactuada foi de 100%, ou seja, de 328 usuários atendidos na UBS, devido ao fato de haver um médico cardiologista que atende no município há muitos anos. Isso facilita o acesso ao usuário que não precisa se deslocar para outro município, além do vínculo do profissional com os usuários. Entretanto, quando iniciou as intervenções, já tínhamos alguns usuários agendados para atendimento com o cardiologista, sendo que o mesmo atende apenas nas quartas e um número específico de atendimentos, totalizando 15 consultas por semana, embora quando há uma necessidade de uma consulta de urgência, é realizado atendimento devido.

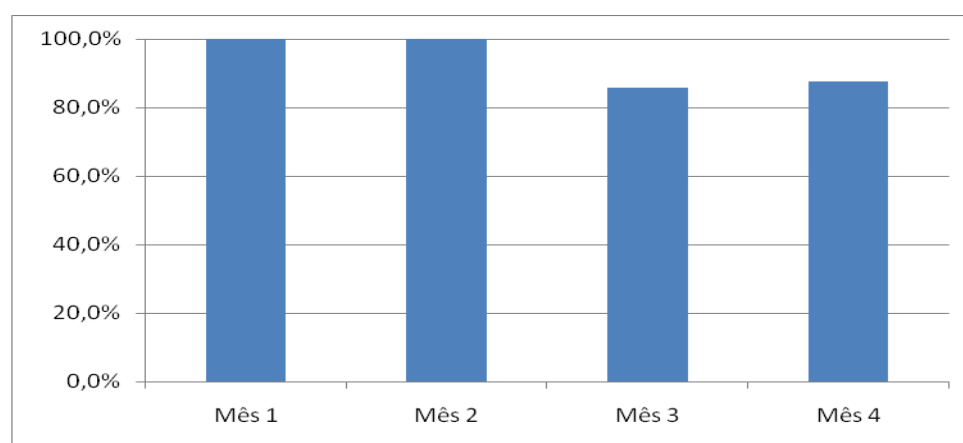


Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

6.1 e 6.2 Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica:

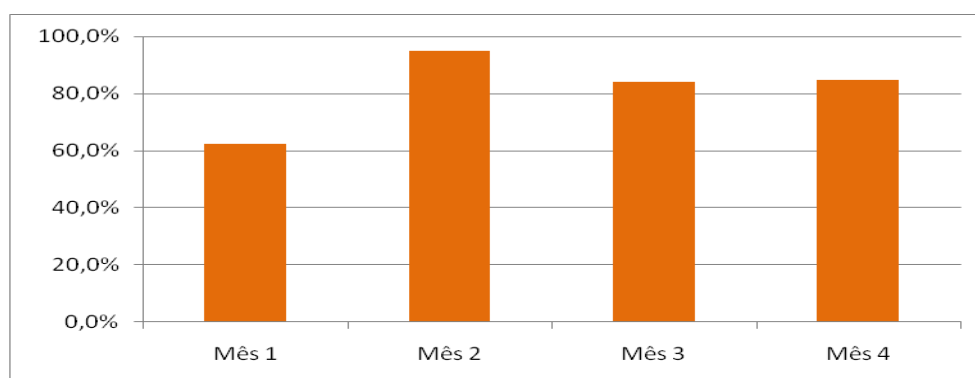


Figura 15 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

A meta pactuada para o indicador 6.1 e 6.2 foi de 100%, representando todos os usuários que receberam atendimento no período da intervenção. A

proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica foi de 278 (84,8%) e 40 (87,8%) usuários respectivamente. Foi agendado em torno de 5 a 6 usuários três vezes na semana.

Houve uma preocupação, pois a dentista da equipe estava prestes a sair de licença maternidade, e isso poderia acarretar em uma baixa adesão das ações. Entretanto teve a contratação de um dentista temporário para atender a demanda, o que ajudou a manter a prevalência em mais 50% dos usuários com avaliação odontológica.

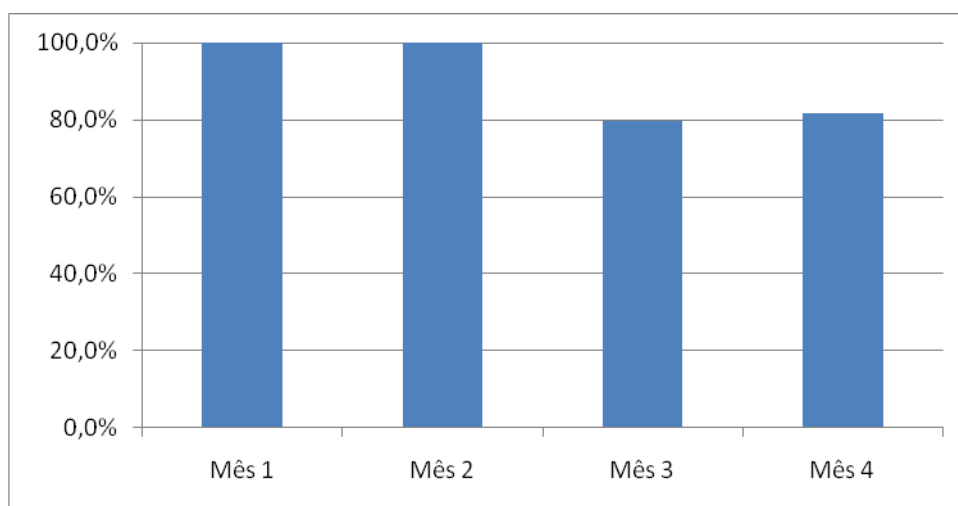


Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

6.3 *Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular:*

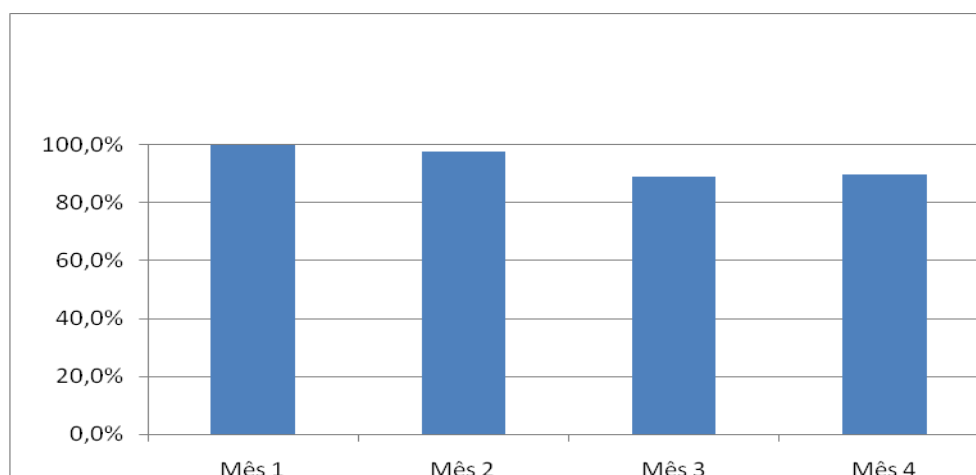


Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

A meta pactuada do indicador 6.3 e 6.4 foi de 100%, sendo que 89,9% e 98% dos hipertensos e diabéticos respectivamente foram orientados sobre a

importância da prática de atividade física regular. Existe no município caminhadas com dias e horários pré-definidos na comunidade, entretanto não temos muitos adeptos a essas caminhadas. Em geral o grupo que participa das atividades é em torno de 20 pessoas, na maioria das vezes, as mesmas pessoas, geralmente quem participa, são os moradores na região urbana, que tem mais facilidade de se deslocar. Como não era rotina orientar sobre a prática de atividade física regular em todas as consultas, independente do profissional, orientávamos frequentemente nas atividades coletivas, como os encontros dos hipertensos e diabéticos. As intervenções tiveram mais ênfase a partir do terceiro mês, embora no gráfico mostre que no primeiro e segundo mês ocorreu a ação se deu em sua integralidade, foi pelo fato que nesses dois meses o número de usuários foi menor que nos meses posteriores.

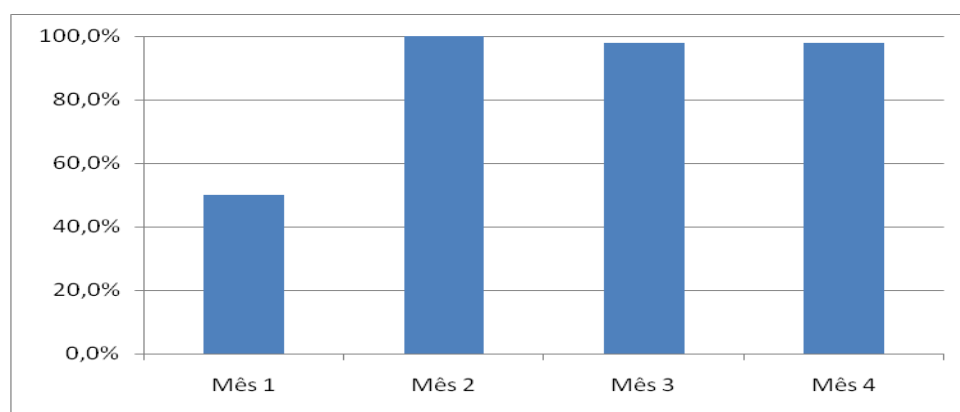


Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

6.5 *Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:*

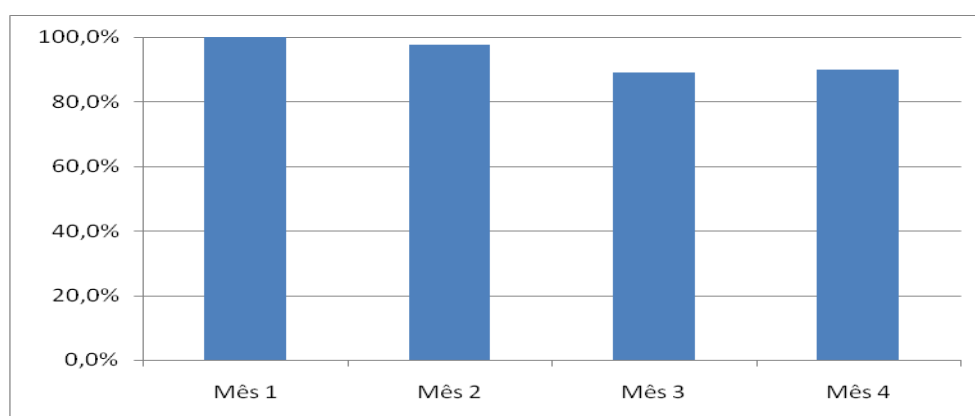


Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

6.6 *Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:*

A orientação nutricional é algo bastante frisado para a população. Tanto nas consultas médicas, como na triagem, nas palestras com o grupo de hipertensos e diabéticos quanto na consulta com a nutricionista. Portanto neste item, foi considerado não somente a orientação sobre alimentação saudável realizada pelo profissional nutricionista, mas também pelos outros profissionais da ESF.

Nos casos mais preocupantes como sobrepeso e/ou obesidade, hipertenso com estratificação de risco cardiovascular mais alta, diabético descompensado, entre outros, priorizava-se a consulta com a nutricionista.

No período estudado, 295 (89,9%) dos hipertensos e 48 (98%) dos diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. A meta pactuada para os usuários hipertensos e diabéticos foram de 100%.

Assim como ocorreu em outros indicadores, nos primeiros meses conseguimos atingir 100% de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, representando 08 usuários hipertensos e 02 usuários diabéticos no primeiro mês. Com o aumento de atendimento desses usuários além de outros fatores como falta de profissional, aumento da demanda nas consultas na UBS, acarretando um decréscimo no índice mensal da prática dessa ação.

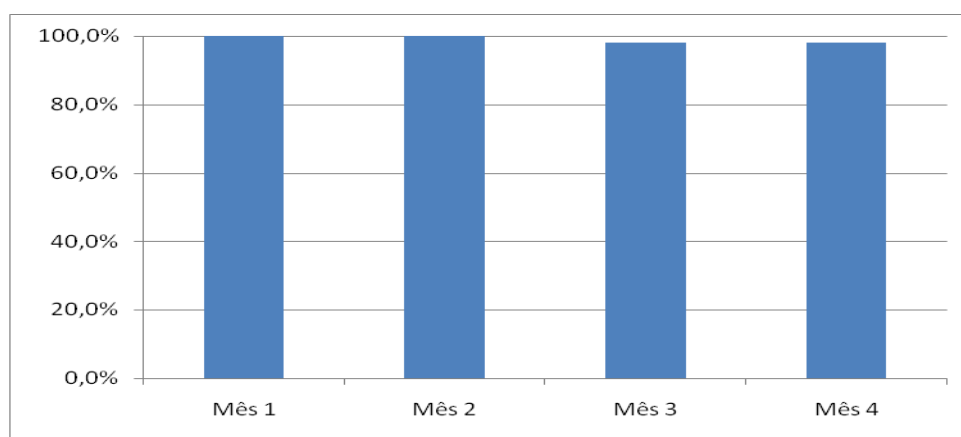


Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

6.7 *Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo:*

A meta pactuada foi de 100%, ou seja, nos 328 usuários que receberam atendimento, entretanto, as orientações sobre os riscos do tabagismo para os

usuários hipertensos foram enfatizadas em 295 (89,9%) desses usuários. A queda nos meses 3 e 4 foi devido à quantidade de usuários que fizemos a intervenção, com o conseqüente aumento significativo de acompanhamento desses usuários nesses dois meses, a probabilidade de diminuição dos percentuais em relação a esse indicador foi menor.

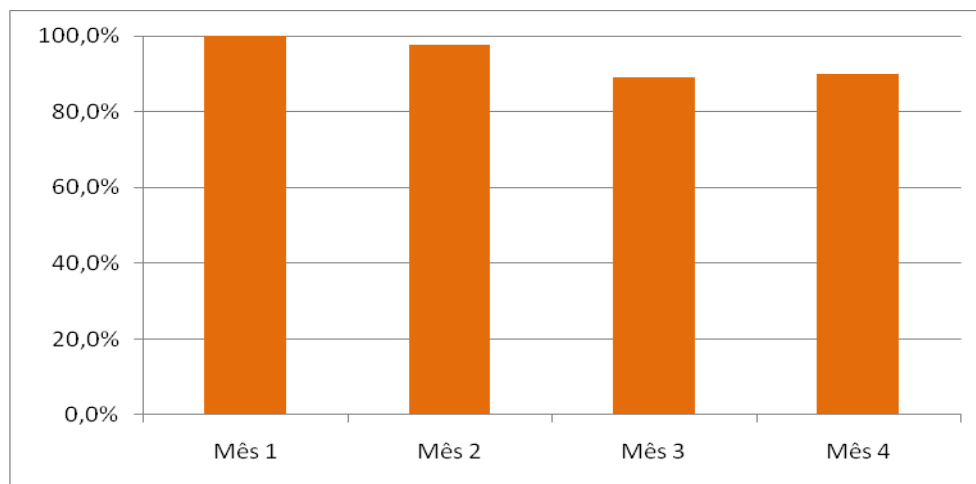


Figura 21 - Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

As orientações sobre os riscos do tabagismo para os diabéticos alcançaram índices de 100% no primeiro e segundo mês, representando 02 e 20 usuários para esse atendimento, nos meses posteriores houve uma queda para 98%, representando 48 usuários.

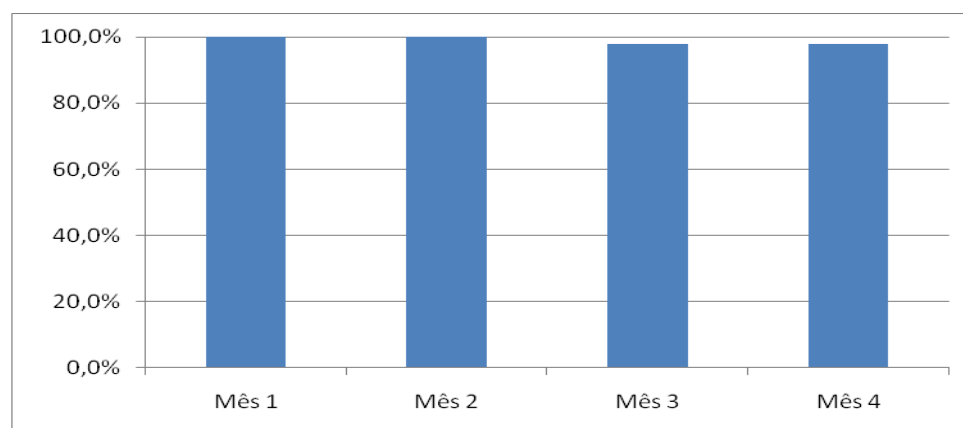


Figura 22 - Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Núcleo Assistencial de Saúde, Serranópolis do Iguaçu – 2013.

4.2 Discussão

A Intervenção propiciou na Unidade de Saúde da Família onde trabalho uma modificação no processo de trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos. Melhorando o monitoramento e os registros dessa população.

Para a equipe foi muito válido todo trabalho desenvolvido, pois exigiu dos profissionais envolvidos tanto conhecimento técnico em relação às patologias estudadas como uma abordagem mais humanizada, não apenas com esse público alvo, mas com toda a população.

Antes das atividades serem desenvolvidas, já havíamos percorrido um longo caminho, entretanto, faltava o registro dos dados, de forma organizada para poder otimizar o monitoramento dos usuários.

A comunidade ainda não entende de fato a essência do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, ou seja, que visa muito mais que a entrega da medicação ou as consultas realizadas, e sim um trabalho multidisciplinar focado na prevenção de agravos. Entretanto, muitos usuários sentiram que estava recebendo uma atenção especial, um cuidado a mais para eles.

A intervenção já está incorporada na Unidade de Saúde, porém pretendemos mudar algumas ações relacionadas à educação em saúde desses usuários, como os grupos dos hipertensos e diabéticos. Pretendemos criar grupos com atividades dinâmicas que aos poucos façam a população incorporar hábitos mais saudáveis.

Neste ano, será realizado um concurso público no município, onde estarão sendo contratados mais profissionais para a equipe com o intuito de melhorar o atendimento. Como exemplo, mais agente comunitário de saúde para assumir a microárea que está descoberta, evitando dessa forma falta de cobertura nas áreas de abrangência a UBS. E assim como aplicamos várias ferramentas nesse programa, poderemos ampliar para outros programas que também estão necessitando de organização no processo de trabalho.

4.3 Relatório da intervenção aos gestores

Através do apoio da Universidade Federal de Pelotas, foi realizado um projeto na Unidade de Saúde do Núcleo Assistencial de Saúde com o objetivo de melhorar o programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.

Este projeto envolveu diretamente as ações realizadas aos usuários e aos profissionais de saúde, de modo que ocorreram mudanças no atendimento a população com o intuito de aperfeiçoar o atendimento e os serviços oferecidos a comunidade.

A qualidade dos serviços de saúde envolve diretamente a educação em saúde, o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos. Portanto a intervenção realizada nesses quatro meses ajudou na qualificação da equipe de saúde, proporcionando um atendimento mais qualificado aos usuários. Podemos constatar isso através dos registros dos dados, da busca de 100% dos usuários faltosos, da superação das metas pactuadas no projeto.

Sem o apoio da gestão nesse projeto, seria inviável desenvolver em integralidade. Apoio tanto no quesito de materiais de insumo como na organização do processo de trabalho. O trabalho da equipe, dos profissionais de saúde que estão na ponta desenvolvem mais facilidade e mais eficácia se a gestão do município apoiar a equipe, viabilizando o aprimoramento desta, com consequente melhoria nos serviços aos usuários.

A política está vinculada em todas as áreas, seja na saúde, na educação. E muitas pessoas na comunidade em geral confunde o significado da palavra política por favorecimento próprio. Em todos os serviços existem protocolos a ser cumpridos, pois os protocolos ajudam a diminuir erros, padronizar o atendimento, e algumas vezes as pessoas não querem esperar seguir protocolos, querem tudo para já. E então os gestores passam muitas vezes a servir como uma espécie de ouvidoria.

Com a parceria entre os gestores e os profissionais técnicos deve haver uma interação e uma só linguagem a transmitir, desse modo, o trabalho flui com mais facilidade, desenvolve melhor, tentando sensibilizar a população que a prevenção é o primeiro passo e que a gestão está ali para articular, programar os serviços a fim de melhorar para todos e não apenas para alguns.

Através desse trabalho em conjunto, as metas pactuadas, poderiam chegar a 100%, em todas as ações, com a parceria da gestão.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Foram quatro meses de intervenção para realizar o projeto e muitas ações para incorporar e outras para organizar no serviço da Unidade de Saúde da Família do bairro de Jardimópolis. Com isso, a abordagem aos usuários do serviço foi diferenciada, proporcionando mais atenção e conseqüentemente mais satisfação. Muitos usuários não haviam visitado o dentista há anos e sequer sabiam a importância em realizar esse atendimento, sendo a avaliação da saúde bucal de muita importância aos usuários, são cuidados básicos, preventivos para a saúde bucal que refletiram na saúde como um todo, além de um atendimento integral, mais humanizado, criando vínculos com os profissionais.

Para a equipe, foi muito valioso rever aspectos técnicos, recomendações do Ministério da Saúde sobre o Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, desse modo aperfeiçoando os cuidados com a população.

A partir desse projeto, a equipe vê a importância da organização do serviço não apenas ao programa dos hipertensos e diabéticos como também a saúde mental, pré-natal entre outros.

As intervenções incorporadas na rotina do serviço na UBS ainda carecem de alguns ajustes, pois uma microárea ainda está descoberta, entretanto esse ano será realizado o concurso público para também suprir essa necessidade. Entretanto a comunidade pode e deve dar sugestões através das reuniões do conselho de saúde, para juntos podermos refletir sobre quais melhorias podemos realizar.

Conseguimos realizar a atualização de 328 usuários hipertensos e 49 usuários diabéticos, e a intenção é avançar nesses números, realizando atendimento a todos os hipertensos e diabéticos.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

As minhas expectativas iniciais em relação ao curso baseavam-se em aprimorar meus conhecimentos, para de fato melhorar/organizar o processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde, criando estratégias e por fim obter resultados efetivos.

De fato, as minhas expectativas continuaram as mesmas, entretanto, o curso teve um significado de extrema importância para a minha prática profissional. Muitas vezes estamos estigmatizados com ações mecanizadas que acabamos não percebendo a real importância de tal atividade.

Esse curso explorou diversas estratégias para conduzir a um único objetivo: reorganizar o modelo da atenção primária a saúde, com foco no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, buscando a interação entre vários profissionais da equipe e até outros departamentos. Foi possível observar a importância do planejamento não só nas ações a serem desenvolvidas, mas em qualquer projeto que se queira realizar. E por fim, observar detalhes nas atividades do dia-a-dia do serviço que muitas vezes não eram vistos com a devida importância e que podemos sempre estar modificando o nosso processo de trabalho para o melhor.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PICCINI et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 543-550, Pelotas, 2011.

Anexos

Anexo A -Planilha de coleta de dados

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	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 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 ?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	M	77	1	0	1	0	0	1	1	1	1
2	El	79	1	0	1	0	0	1	1	1	0
3	Er	73	1	0	1	0	0	1	0	1	1
4	M	82	1	0	1	0	0	1	0	1	1
5	H	69	1	0	1	0	0	1	0	1	1

Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	1
1	1	1	0	1	1	0
1	1	1	0	1	1	1
1	1	1	0	1	1	0

Anexo C - Parecer 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.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

