

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 4



Qualificação da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, USF Santos Dumont, Benevides, PA

RAQUEL PIRES BISPO ANDRADE

Teresina, 2015

Raquel Pires Bispo Andrade

Qualificação da atenção à hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, USF Santos Dumont, Benevides, PA

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância - UFPEL/UNASUS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Gustavo Giacomelli Nascimento

Co-orientadora: Lavínia Boaventura

Pelotas, 2015

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

A553q Andrade, Raquel Pires Bispo

Qualificação da atenção à hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, USF Santos Dumont, Benevides, PA / Raquel Pires Bispo Andrade; Gustavo Giacomelli Nascimento, orientador(a); Lavínia Boaventura, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Nascimento, Gustavo Giacomelli, orient. II. Boaventura, Lavínia , coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ao meu amado esposo Wagner, pelo apoio incondicional, que apesar de todos os contratempos me motivou a continuar esse projeto e me inspirou com sua paciência e bom senso. Aos meus pequenos, Murilo, Giovanna e Enzo, que muitas vezes tiveram que dividir o tempo destinado a eles para que eu pudesse realizar os requisitos desse projeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e sabedoria.

A minha família, pela motivação e por serem meu porto seguro.

Ao meu pai Armando (in memoriam), por ser meu exemplo de força de vontade, perseverança e de determinação a vencer cada obstáculo que a vida coloca a nossa frente; e à minha mãe Dolores, que não mediu esforços para me auxiliar cuidando das crianças.

Aos orientadores (Lavinia Boaventura e Gustavo Nascimento) que me incetivaram e tiveram muita paciência comigo.

A equipe Santos Dumont, sem a qual seria impossível a realização desse projeto.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	46
Figura 02.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	47
Figura 03.	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	48
Figura 04.	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca.....	49
Figura 05.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 06.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	50
Figura 07.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	51
Figura 08.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	52
Figura 09.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	53
Figura 10.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	53
Figura 11.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	54
Figura 12.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	54
Figura 13.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.....	55
Figura 14.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	56
Figura 15.	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica	57
Figura 16.	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica	57
Figura 17.	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	58
Figura 18.	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	58
Figura 19.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular.....	59
Figura 20.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular.....	59
Figura 21.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	
Figura 22.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	61

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DM – Diabetes Mellitus

DML – Depósito de Material de Limpeza

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PCCU – Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero

PROAME – Programa de Aleitamento Materno Exclusivo

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEl – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

USF – Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	12
1. Análise situacional.....	13
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF/APS em 18/04/2013.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional em 27/06/13.....	15
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2. Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e Metas.....	22
2.2.1 Objetivo Geral	22
2.2.2 Objetivos Específicos	22
2.2.3 Metas	23
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Ações	25
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	41
3. Relatório da intervenção.....	42
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	42
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	45
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	45
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	46
4. Avaliação da intervenção.....	47

4.1 Resultados..	47
4.2 Discussão.....	63
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	66
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	70
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referencias.....	74
Anexos	
Anexo A –Ficha Espelho para coleta de informações.....	77
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	79
Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....	82
Apêndices.....	83

RESUMO

ANDRADE, Raquel Pires Bispo. **Qualificação da atenção á hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, USF Santos Dumont, Benevides, PA.** 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser definida como uma doença crônico-degenerativa. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. A Diabetes Mellitus, por sua vez, é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e está associada a inúmeras complicações e disfunções em vários órgãos como olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Portadores dessas patologias trazem consigo maior predisposição a doenças cardiovasculares caracteriza-se assim como um grave problema de saúde pública, representando grande desafio para as políticas de saúde. Assim, esta intervenção objetivou qualificar a atenção a usuários portadores de hipertensão e diabetes na Unidade Família Santos Dumont, no município de Benevides, PA. Com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi realizado uma intervenção utilizando ações preconizadas pelo protocolo do Ministério da Saúde e, a partir dele, estabelecido plano de seguimento para cada usuário cadastrado. Após cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, coletaram-se dados que após serem lançados em planilha de coleta de dados foram analisados juntamente com os diários de campo. Ao final da intervenção, após análise dos dados observamos que a cobertura de atendimento a usuários hipertensos foi de 53% e de usuários diabéticos foi de 100%; foi realizado busca ativa em 89,2% dos usuários hipertensos e em 93,1% dos usuários diabéticos; estavam em dia com exame clínico 76,8% dos usuários hipertensos e 87,9% dos usuários diabéticos; em relação aos exames complementares, estavam em dia 60,9% dos usuários hipertensos e 72,7% dos usuários diabéticos. Diante dos resultados alcançados pudemos avaliar que estamos aquém de algumas metas propostas quanto à adesão dos usuários aos programas ofertados, que deveremos melhorar os métodos para realizar busca ativa a usuários faltosos, além de melhorar a adscrição de usuários diabéticos e hipertensos ao serviço de saúde bucal. Satisfatoriamente ocorrem ações em registros no atendimento ao usuário, oferta de medicamentos à maioria dos que necessitam, e informações a medidas de controle não medicamentoso no controle das co-morbidades em questão.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância, por meio da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica em uma Unidade de Saúde da Família (USF, no município de Benevides, Pará, construiu-se um projeto de intervenção com o objetivo de qualificar a assistência à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; o relatório da intervenção com descrição das ações; relatório dos resultados e reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS

Há três anos atuo como enfermeira na Unidade de Saúde da Família (USF) Santos Dumont I no município de Benevides, a cidade está localizada na região metropolitana da cidade de Belém, capital do estado do Pará. A cidade tem aproximadamente 50.000 habitantes e possui 13 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). A USF onde atuo está localizada na periferia da cidade. Desde o início de minha atuação tenho observado algumas situações no tocante à assistência básica, algumas positivas, outras nem tanto. Nossa unidade tem horário de funcionamento das 07h às 16h, de segunda à sexta-feira. Nessa unidade funcionam duas ESF, assim os profissionais que atuam são: duas enfermeiras, duas médicas clínico geral, uma odontóloga, uma auxiliar de consultório dentário, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares administrativos, além de treze agentes comunitários e uma auxiliar de serviços gerais. Durante a noite há um vigia. Minha área de abrangência tem aproximadamente 3000 pessoas e é composta por 1 médica, 6 agentes comunitários de saúde, 1 odontóloga, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 agente administrativo, sendo que a auxiliar de serviços gerais é comum as duas equipes, e uma enfermeira, que sou eu. A população atendida por minha equipe é de classe baixa, porém, há uma pequena porção que possui plano de saúde e não utiliza os serviços ofertados pela ESF. A unidade tem aproximadamente 5 anos de existência, portanto, possui uma estrutura física nova, com apenas algumas reformas e manutenção a serem realizadas. A unidade possui apenas um consultório médico, dois consultórios de enfermagem, um consultório odontológico com escovódromo, um ambulatório, uma sala de vacina, uma sala de acolhimento, uma farmácia, um DML(Depósito de Material de Limpeza), uma cozinha, um expurgo, uma sala de esterilização, uma recepção e banheiros para funcionários e pacientes. Uma

dificuldade encontrada é que como a unidade possui apenas um consultório médico para duas equipes, há momentos que algum profissional fica sem local para realizar as consultas, tendo que atendermos no improvisado, sem contar que uma vez na semana temos atendimento pelos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), neste dia então temos que realizar as visitas domiciliares para ceder os consultórios para o atendimento destes profissionais. O funcionamento da unidade no que diz respeito as consultas é através de agendamento por parte dos usuários ou em casos especiais pelos agentes comunitários de saúde, tentamos na medida do possível agendar os usuários por programas, na segunda feira temos as consultas de crianças, puericultura, proame e livre demanda para intercorrências, na terça feira temos o atendimento para os hipertensos e diabéticos, a quarta feira é destinada às mulheres, nesse dia realizamos pré-natal, planejamento familiar, na quinta feira realizamos visitas domiciliares e na sexta feira realizamos a coleta de material para colpocitologia oncótica, lembrando que para todos os dias da semana são reservadas algumas consultas para a demanda livre, pois sempre tem alguém que apresenta alguma intercorrência, ou necessita de alguma orientação. Observo que agendando os usuários por programas ou grupos fica bem mais fácil realizar as atividades coletivas com temas próprios para aquele determinado grupo de pessoas. Nossa unidade também tem um grupo de caminhada, que funciona 3 vezes por semana, a maioria dos inscritos são os usuários portadores de hipertensão e diabéticos e idosos, o que nos proporciona oportunidades de realizarmos atividades educativas e artesanatos. A relação entre os profissionais atuantes na equipe de saúde da família com a comunidade é muito boa, é uma população carente, sendo assim, necessitam de muita assistência, grande parte das atividades que realizamos fora e dentro das dependências da unidade os deixam bastante satisfeitos e a adesão é muito boa. Temos no bairro uma vereadora, que muito nos apoia para a realização dessas atividades, é muito bom ter o apoio de um político, não tenho envolvimento político, mas como essa vereadora cresceu no bairro, sendo moradora juntamente com sua família, tem ajudado a população e a própria unidade tendo trazido muitos benefícios para a comunidade. Na unidade não há coleta de material para exames, os usuários são encaminhados para o laboratório central, localizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município. A unidade conta com o

apoio do NASF, que uma vez por semana, realiza os atendimentos e visitas domiciliares.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Benevides localiza-se cerca de 35 km do centro de Belém, capital do estado do Pará, compreendendo-se como parte da região metropolitana da grande Belém. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas (IBGE) 2010, possui uma população estimada de 51.651 habitantes. O município possui 13 USF com 16 equipes de ESF distribuídas em 16 bairros, e ainda conta com mais duas UBS com serviço de Urgência e Emergência. Conta também com o apoio de três equipes do NASF, um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) onde em livre demanda são realizados testes rápidos de HIV 1 e 2 e de sífilis. Possui também a oferta de atendimento ambulatorial em algumas especialidades como ginecologia, oftalmologia, neurologia, dermatologia, ortopedia, cardiologia, pediatria no próprio município e outras especialidades fora do município, sendo agendadas pelo serviço de regulação do município. Oferece também exames laboratoriais básicos como hemograma, proto-parazitológico de fezes, urina tipo 1, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, uréia, creatinina, ácido úrico, PSA, VDRL, BHCG, baciloscopia em escarro e linfa. Exames mais específicos e as sorologias são realizadas em outros municípios sendo agendados via regulação.

A USF Santos Dumont localiza-se na área urbana do município, num bairro de periferia, é vinculada ao SUS (Sistema Único de Saúde), mas não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino no momento. A unidade é composta por duas equipes, sendo que uma é ampliada e a outra é simples. A ESF em estudo, onde a intervenção será realizada, é ampliada e a equipe está composta por uma médica vinculada ao PROVAB (Programa de Valorização à Atenção Básica), uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, um agente administrativo, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e

um auxiliar de serviços gerais. Uma vez por semana a equipe conta com o apoio do NASF. A USF funciona das 07 às 16 horas de 2ª a 6ª feira.

A USF Santos Dumont está em funcionamento há aproximadamente cinco anos, sendo construída com planos para ali ser estabelecida uma UBS, porém sua planta física não foi bem planejada e não encontra-se de acordo com o preconizado. Falta consultório médico, almoxarifado. A sala de espera não comporta a quantidade de pessoas que são atendidas diariamente, desta forma o atendimento nem sempre é oferecido de forma humanizada. Outro ponto negativo é em relação às barreiras arquitetônicas: sabemos que toda limitação imposta que dificulte o acesso do usuário ao serviço de saúde é uma barreira arquitetônica e na USF Santos Dumont, a começar pela entrada, existe um degrau e não há uma rampa que facilite o acesso com cadeiras de rodas dificultando o acesso para os idosos ou deficientes visuais. Além disso, não existe na unidade um banheiro adaptado para receber um portador de necessidades especiais e o espaço não permite manobras com a cadeira de rodas. A unidade não possui sinalização visual e com recursos sonoros.

As atribuições da equipe são conhecidas de todos os componentes, no entanto, nem todos os profissionais de saúde que atuam na equipe executam as atribuições que cabem a eles e que são definidas pelo Ministério da Saúde, o que realmente prejudica o desenvolvimento das atividades da equipe. O trabalho precisa ser em equipe desde o planejamento até a execução, mas não é isso que acontece na realidade porque quando um membro da equipe deixa de assumir o seu papel termina sobrecarregando outros membros. Geralmente a enfermeira acaba assumindo a unidade e todas as responsabilidades praticamente só, muitas vezes deixando as suas próprias atribuições a desejar. Para mudar essa realidade estamos tentando envolver toda a equipe e sensibilizando sobre a importância de cada membro da equipe assumir suas responsabilidades, e o resultado será uma melhoria na qualidade do atendimento e serviços ofertados. A ESF Santos Dumont I possui na sua área de abrangência 2.932 habitantes, distribuídos da seguinte forma:

	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Menor de um ano	27	26
1 a 4 anos	81	79
5 a 9 anos	117	114
10 a 14 anos	135	129
15 a 19 anos	132	129
20 a 39 anos	481	495
40 a 49 anos	185	197
50 a 59 anos	132	149
60 e mais anos	147	176
Total	1473	1495

No momento, a nossa equipe está adequada para atender esta demanda dentro do que preconiza o Ministério da Saúde. Atendemos 100% da área adstrita, com exceção daqueles usuários que possuem Plano de Saúde e utilizam apenas alguns serviços de saúde. Não temos problemas com a demanda espontânea. Tentamos fazer o acolhimento da melhor forma possível, ou seja, trazer resolutividade para todas as queixas e problemas dos usuários, trabalhamos com agendamento, mas sempre reservamos vagas para a demanda espontânea. Todos os dias se aparecer algum usuário necessitando de atendimento imediato, estamos sempre dispostos para atendê-lo e solucionar o seu problema.

Com relação à saúde da criança são realizadas as consultas de puericultura um dia na semana. Seguimos o calendário de consultas preconizadas que o protocolo do Ministério da Saúde define. São 54 crianças menores de um ano residentes na área, sendo que apenas 30 são acompanhadas na unidade, sendo assim a cobertura de puericultura é de 56%. Realizamos suplementação do ferro para crianças de seis a 18 meses, vitamina A para crianças menores de cinco anos, trabalhamos o Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME) e realizamos vacinação durante toda semana para crianças e adultos. Os registros são feitos em livros do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e puericultura. Estamos executando

as atividades de crescimento e desenvolvimento dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde.

O número de gestantes estimado para a área de abrangência é de 44 gestantes, temos atualmente 23 gestantes cadastradas no Pré-Natal, Uma cobertura de apenas 52% para esse programa. Os atendimentos às gestantes são realizados uma vez por semana, intercaladas entre consultas de enfermagem e médica, sendo a primeira consulta sempre com a enfermeira para que a gestante seja cadastrada no Pré-Natal. A atenção à gestante está estruturada de forma programática como preconiza o Ministério da Saúde. Geralmente são realizadas mais de seis consultas, são solicitadas todos os exames na primeira consulta. Só estamos com dificuldade de obter logo as sorologias que está demorando chegar os resultados, porque são realizados em outros municípios em laboratórios conveniados. Estamos realizando a suplementação do ferro a partir da 20ª semana de gestação e ácido fólico a partir da 1ª consulta. Para controle da unidade os acompanhamentos são registrados no livro de pré-natal. Estão sendo programadas ações de educação em saúde com a equipe da USF e do NASF na comunidade e na unidade para as gestantes.

A prevenção de câncer de colo do útero se dá através da realização de atividades educativas sobre a importância da realização da citopatologia oncológica, na área de abrangência existem 432 mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na unidade para a prevenção do câncer de colo de útero, no entanto, a estimativa é que houvessem 762 mulheres nessa faixa etária, assim a cobertura do programa de câncer de colo uterino é de 57%. Já para o controle do câncer de mama o estimado é que houvessem na área 243 mulheres de 50 a 69 anos, no entanto, apenas 203 mulheres nessa faixa etária são acompanhadas na unidade para a prevenção do câncer de mama. Tanto para a prevenção do câncer de colo de útero como para o câncer de mama, as usuárias são orientadas sobre a doença, riscos e como prevenir. As coletas de material para colpocitologia oncológica são realizadas apenas uma vez por semana. As ações estão estruturadas de forma programática como preconiza o Ministério da Saúde e são registradas no livro específico. Estamos realizando busca ativa das mulheres em atraso para realização desse importante exame. Infelizmente em relação à prevenção de câncer de mama, ainda não são

realizadas muitas ações, e existe uma certa demanda reprimida para a realização de mamografia.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos são realizadas uma vez por semana com atendimento agendado, com atendimento de demanda espontânea quando algum usuário necessita de atendimento. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 618, sendo que há apenas 128 usuários portadores de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), a cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na área é de apenas 20%. Já para os usuários portadores de DM (Diabetes Mellitus) a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 177, no entanto, há apenas 57 usuários acompanhados na unidade pela equipe, isso equivale a uma cobertura de 32%. As consultas mensais são intercaladas entre consulta médica e de enfermagem, e as ações são registradas no livro de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Nossos usuários são assíduos, o que facilita o controle da patologia, do uso da medicação de forma correta, da alimentação e atividade física. Na unidade existe um grupo de hipertensos e diabéticos onde as reuniões são realizadas num salão comunitário que fica localizado próximo à unidade. Para esse grupo são ofertado ações educativas, incentivo a prática de atividade física com caminhadas regulares três vezes por semana.

Na unidade não realizamos ações específicas e direcionadas apenas a saúde do idoso. Atendemos esses usuários dentro do programa para hipertensos e diabéticos, e quando eles procuram a unidade por algumas intercorrências, as ações não estão estruturadas de forma programática, ou seja, não estamos seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde. Agora estamos cadastrando todos os idosos de nossa área de abrangência, para que possam ser acompanhados regularmente. Estamos nos programando para as atividades educativas, direcionada para esta população específica com toda equipe. O que temos de registros nos mostra que temos 168 idosos com mais de 60 anos acompanhados na unidade, no entanto, as estimativas indicam que deveríamos ter 323 idosos, Assim a cobertura do programa de saúde do idoso na área é de apenas 52%.

Em relação a Saúde Bucal na unidade o serviço é ofertado de forma insatisfatória, os indicadores demonstram que as ações realizadas estão aquém do

preconizado e esperado. A demanda é muito maior que oferta dos serviços. De toda a população acompanhada apenas 7% são atendidos com primeira consulta programática. O atendimento se dá de forma curativa e pouco é feito para investir na prevenção, o que deveria ser o primordial na atenção básica.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Unidade Situacional

No início da especialização, no momento em que iniciamos a análise situacional, a impressão que tínhamos era de que estávamos desenvolvendo adequadamente as atividades e os programas. Com o passar do tempo, ao nos depararmos com o preconizado pelo Ministério da Saúde e com as estimativas, percebemos que muito estávamos deixando a desejar, uma vez que os dados nos mostraram que o que fazíamos ainda não era o suficiente para promover a saúde, prevenir as doenças e levar informações à população. Entretanto, a especialização mudou totalmente essa visão, e nos deu incentivo e motivação para por em prática tudo que estamos aprendendo, fazendo com que a nossa USF funcione corretamente como preconiza o Ministério da Saúde, transformando-a na unidade modelo do município.

O estudo realizado até aqui, trouxe-me um novo olhar para as questões de saúde vivenciadas no dia a dia. O conhecimento vislumbrou um cenário carente, mas com grandes possibilidades de intervenções positivas. O trabalho com dados estatísticos demonstrou claramente o quanto se faz, o quanto pensamos que fazemos e o que há por fazer.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser definida como uma doença crônico-degenerativa. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Na maioria dos casos apresenta-se assintomática, de acordo com Pedrosa e Drauger, 2005, é uma doença altamente prevalente na população adulta, atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos. Comprometendo fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores responsáveis pela manutenção do tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. (BRASIL, 2013). Na prática, de acordo com Nakamoto, 2012, baseado na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão publicada em 2010, a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado, ou seja, pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Além disso, trata-se do principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. A prevalência da HAS varia entre 30 a 35% da população brasileira. A Diabetes Mellitus, por sua vez, é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e está associada a inúmeras complicações e disfunções em vários órgãos como olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos, configurando-se como uma epidemia mundial e, segundo o Ministério da Saúde existem mais de 6 milhões de diabéticos, atingindo cerca de 5,2% da população brasileira (BRASIL, 2013). Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, a

diabetes junto com a hipertensão apresentam-se como a primeira causa de mortalidade e hospitalizações, amputações de membros inferiores e doença cardiovascular, caracterizando um grave problema de saúde pública e representando grande desafio para as políticas de saúde.

A USF Santos Dumont possui em sua área de abrangência 2,932 pessoas cadastradas, sendo que 126 pessoas estão cadastradas com hipertensão arterial, alcançando uma cobertura de apenas 20% do estimado. Possui ainda 57 pessoas cadastradas com diabetes, atingindo uma cobertura de 32% de acordo com o estimado. Esses valores nos mostram que estamos alcançando uma cobertura baixa, o que justifica a realização da intervenção junto a esse grupo de pessoas. Os indicadores de qualidade do programa mostram muitas falhas nos registros e a não realização de algumas ações que são solicitadas no protocolo do Ministério da Saúde como: consultas e exames laboratoriais, exame físico dos pés, avaliação da saúde bucal, e orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável. Existe na USF um grupo de hipertensos e diabéticos, mas esse ainda não funciona regularmente e da forma ideal. Assim, com a implantação da intervenção objetivamos alcançar melhorias nesse programa.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, USF Santos Dumont, Benevides, PA.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou a diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou do diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário 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. Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertenso e diabéticos

Meta 1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou do diabético ao programa

Meta 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Meta 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Meta 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 3. Garantir a 100% dos hipertensos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo..

Meta 4. Garantir a 100% dos diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o programa.

Meta 1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde.

Meta 1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos

Meta 2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos .

Meta 6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade Saúde da Família Unidade Saúde da Família Santos Dumont, em Benevides, Pará.

Participarão da intervenção todos os adultos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, pertencentes à área de abrangência da USF. Será utilizado como protocolo, os Cadernos de Atenção Básica “Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica”, Ministério da Saúde, 2013.

2.3.1 Ações

Para o objetivo específico de ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos, a fim de atingir a meta de cadastrar 40% dos hipertensos e 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, no **eixo de qualificação da prática clínica** será a princípio realizada uma capacitação para a equipe de saúde. Os ACS serão treinados para atualizar os cadastros já existentes e cadastrar os usuários que ainda não estão cadastrados. Esta capacitação será desenvolvida pela enfermeira da equipe no início da intervenção, todos os cadastrados serão lançados em um instrumento para coleta de dados informatizado. Ainda contemplando esse eixo será desenvolvido um programa de educação em saúde pela enfermeira onde a equipe de saúde será capacitada sobre o procedimento correto de verificação da pressão arterial e hemoglicoteste, para isso será utilizado os protocolos do Ministério da Saúde, 2013. Após essa qualificação, contemplando o **eixo monitoramento e avaliação** será desenvolvido pela enfermeira e ACS um monitoramento semanal da planilha onde os cadastros foram lançados, nesse momento os ACS avaliarão se todos os usuários hipertensos e diabéticos de sua microárea estão cadastrados e se faltar algum poderão realizar o cadastro. Contemplando o **eixo organização e serviço** para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes, será desenvolvida sobre a responsabilidade da outra enfermeira da unidade uma oficina sobre acolhimento, baseada no protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde, 2011. Ainda nesse eixo, será solicitado à Secretária de Saúde quinzenalmente ou quando necessário os insumos adequados para garantir a realização da aferição da pressão arterial e hemoglicoteste, o controle de estoque desses materiais será feito pelo técnico de enfermagem responsável pelo ambulatório. Finalmente para contemplar o **eixo engajamento público** será desenvolvido em grupos de sala de espera na unidade e num grupo de hipertensos e diabéticos já existente na área, ações coletivas informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus na unidade e das ações que ali estão sendo desenvolvidas, neste contexto ainda a população será orientada sobre a importância da aferição da pressão arterial e o rastreamento para Diabetes para aqueles com a

pressão arterial alterada e ainda sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e do diabetes. Essas ações serão desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde com o apoio do NASF. Todas essas informações também serão transmitidas pelos ACS em suas visitas domiciliares.

Para o objetivo específico melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programam a fim de atingir a meta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade conforme a periodicidade recomendada, no **eixo de monitoramento e avaliação** será realizado um monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo: semestral para usuários controlados e sem sinais de lesões em órgãos alvo e sem co-morbidade; trimestral os indivíduos que mesmo apresentando controle sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; e mensal para os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades. Esse monitoramento será realizado mediante registros feitos em um livro onde são anotadas as datas das consultas realizadas e aprazada a próxima consulta, será realizado quinzenalmente pela auxiliar administrativo, que detectando a falta do usuário reagendará a consulta e comunicará ao ACS responsável para que esse realize a busca ativa com a nova consulta já reagendada, essa ação também contempla o **eixo organização e gestão do serviço**, que tem como ação específica organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Para o **eixo engajamento público**, a comunidade será informada e esclarecida sobre a importância de realização das consultas dentro do prazo determinado, essa ação será realizada em grupos de sala de espera e no grupo de hipertensos e diabéticos pelo profissional responsável pela atividade daquele dia. Para contemplar o **eixo qualificação da prática clínica** os ACS serão treinados para orientação aos usuários quanto à importância da realização das consultas na data agendada e sua periodicidade, essa capacitação será realizada pela enfermeira durante as reuniões de equipe.

Para o objetivo específico Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde a fim de atingir a meta realizar exame clínico em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos no **eixo monitoramento e avaliação**, será realizado mensalmente pela enfermeira um

monitoramento da realização do exame clínico apropriado aos usuários utilizando os registros feitos nos prontuários. Para o **eixo organização do serviço**, no início da intervenção serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários. Essa definição será feita em reunião de equipe baseada nos protocolos do Ministério da Saúde e será registrada no livro de reuniões. Neste mesmo eixo para atender as metas de organizar a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotado pela unidade e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais será realizada uma reunião com o coordenador do programa de atenção ao hipertenso e diabético da Secretária de Saúde no início da intervenção para definir melhor essa organização, a capacitação será realizada pela médica da equipe aos auxiliares de enfermagem e enfermeira, profissionais que realizam o exame clínico dos hipertensos e diabéticos, essa ação contempla o **eixo qualificação da prática clínica**. Para o **eixo engajamento público** serão realizadas ações de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, essa ação será realizada no decorrer da intervenção pelos profissionais da equipe em ações educativas realizadas em sala de espera e no grupo de hipertensos e diabéticos já existente na unidade.

A fim de atingir a meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no **eixo monitoramento de avaliação** será realizado durante a período da intervenção um monitoramento sobre a realização dos exames complementares e sua periodicidade, os dados serão retirados de um instrumento de coleta de dados onde serão registradas essas informações durante as consultas, quando for o tempo de realizar os exames novamente será possível solicitá-lo dentro do prazo preconizado. Para contemplar o **eixo organização e gestão do serviço** será garantida a solicitação dos exames. Para realizar essa ação será realizada uma reunião de equipe, inclusive com a médica, estabelecendo a necessidade de seguir o protocolo do Ministério da Saúde. Essa reunião deverá ocorrer no máximo até a terceira semana da intervenção. Ainda nesse eixo, em reunião com a Coordenação da Atenção Básica e Programa de atenção a Hipertensão e Diabetes será repassada essa meta e solicitado que haja agilidade na realização dos exames complementares

preconizados, alguns já são realizados no município, outros ainda não fazem parte da rotina e após essa reunião decidido como será feito. Essa reunião será realizada antes do início da intervenção e já está sendo agendada. Para contemplar o **eixo de engajamento público**, em grupos de sala de espera e atividades educativas rotineiras a população será orientada sobre a necessidade da realização dos exames complementares e sua periodicidade, alertando que se estiverem fora dos prazos que procurem a unidade para solicitar a realização dos mesmos. No **eixo qualificação da prática clínica** serão realizadas capacitações com a equipe para seguir o protocolo adotado unidade, para isso será realizado um estudo desse protocolo, essa capacitação será organizada pela enfermeira da equipe, na segunda semana da intervenção, utilizando a versão impressa do protocolo do Ministério da Saúde, 2013.

Para atingir a meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, para essa meta, no **eixo monitoramento e avaliação** será realizado semanalmente um monitoramento do acesso dos usuários aos medicamentos da Farmácia Popular. Esses dados inicialmente serão registrados em um impresso para coleta de dados e posteriormente tabulados, o responsável por esse monitoramento será a enfermeira e a médica no momento da consulta. Contemplando o **eixo organização e gestão do serviço**, será realizado um controle de estoque de medicamentos na farmácia, mantendo um registro das necessidades de medicamentos para hipertensão e diabetes cadastrados na unidade, esse controle deverá ser diário e será realizado pelo técnico de enfermagem responsável pela farmácia, uma vez que não dispomos de farmacêutico na equipe. No **eixo engajamento público**, nas reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos e grupos de sala de espera, os usuários serão orientados quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e quais as possíveis alternativas para obter esse acesso. No **eixo qualificação da prática clínica**, será realizada uma capacitação sobre o tratamento da hipertensão e diabetes para os profissionais de saúde, incluindo também informações sobre alternativas de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, para que possam orientar os usuários.

Para o objetivo específico de melhorar o registro das informações sobre o programa, a fim de atingir a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos

hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, no **eixo organização e gestão do serviço** será implantada uma planilha para registro específico de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, pactuando com a equipe sobre a importância dos registros das informações. Também deverá ser organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, realização de exames laboratoriais e a não realização da estratificação de risco e avaliação de comprometimento em órgãos alvo. Com a detecção da falta de alguma dessas ações deverá ser agendada a consulta, solicitado o exame ou ainda realizada a estratificação de risco. Registrar na ata da reunião de equipe o compromisso que cada profissional de saúde tem com a qualidade do registro das informações, pois esses registros serão úteis para se obter um bom resultado na intervenção. No **eixo monitoramento e avaliação**, será realizado um monitoramento da qualidade dos registros através de avaliação da ficha espelho e planilha de registros das informações. O responsável por esse monitoramento será a enfermeira da equipe e ocorrerá semanalmente. No **eixo de engajamento público** os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. A orientação será feita semanalmente nas reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos na UBS ou no Centro Comunitário do bairro onde já são realizadas algumas ações com o grupo. O profissional responsável pela atividade coletiva do dia que ficará responsável por essas orientações. Na qualificação da prática clínica, será promovido o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético. O treinamento da equipe ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas no final do expediente, na primeira semana da intervenção e posteriormente mensalmente. A metodologia utilizada será através de aulas expositivas dialogadas do conteúdo, dispondo tempo para que os participantes exponham suas dúvidas ou conceitos. Os materiais utilizados serão recursos audiovisuais e impressos.

Para o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos quanto ao risco para doença cardiovascular, a fim de atingir a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no **eixo de organização e gestão do serviço**, será priorizado o atendimento

dos usuários avaliados como de alto risco e organizado a agenda para o atendimento desta demanda. As consultas médicas serão agendadas de forma imediata para estes usuários. No **eixo de monitoramento e avaliação**, será monitorado o número de usuários de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Mensalmente a enfermeira realizará o levantamento de todos os usuários que necessitam realizar estratificação de risco, mas o planejado é que a estratificação seja realizada no momento do cadastro do usuário como hipertenso ou diabético. No **eixo de engajamento público** os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Os usuários e a comunidade receberão esclarecimentos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como, por exemplo, a alimentação. A orientação será feita semanalmente nas reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos na UBS ou em visitas domiciliares para os usuários que não participam do grupo. Na **qualificação da prática clínica** será promovida a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O treinamento da equipe ocorrerá na própria UBS. A metodologia utilizada será através de aulas expositivas dialogadas do conteúdo, dispondo tempo para que os participantes exponham suas dúvidas ou conceitos. Os materiais utilizados serão recursos audiovisuais, impressos e cartazes.

Para realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças dos hipertensos e/ou diabéticos, buscando a meta de garantir consulta periódica com dentista a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, no **eixo de organização e gestão** do serviço será organizada a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecendo prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Organizar o cronograma de atendimento do dentista, de forma a disponibilizar um dia específico para o atendimento dos hipertensos ou diabéticos, e terão prioridade no atendimento os usuários de maior risco odontológico. No **eixo de monitoramento e avaliação**, será monitorada a realização de consultas periódicas anuais com o dentista em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS. Identificar usuários,

através da ficha espelho, que não foram atendidos pelo dentista e agendar consultas. No **eixo de engajamento público** tentaremos mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da permanência de disponibilização do atendimento com dentista. Essas orientações serão transmitidas semanalmente nas reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos na UBS. Na **qualificação da prática** clínica será promovida a capacitação da equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético. A capacitação da equipe ocorrerá na própria UBS, pela odontóloga da equipe para isto será reservado, na primeira semana, algumas horas no final do expediente. A metodologia utilizada será através de aulas expositivas dialogadas do conteúdo, dispondo tempo para que os participantes exponham suas dúvidas ou conceitos. Os materiais utilizados serão recursos audiovisuais, impressos e cartazes.

Para realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças dos hipertensos e/ou diabéticos, buscando a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável e em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, no **eixo de organização e gestão do serviço** serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre a importância da atividade física regular. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade. Organizar atividades coletivas juntamente com a equipe do NASF, que estimulem a mudança de hábitos alimentares e a realização de atividade física regularmente, e implementar as atividades de caminhada que já são realizadas no grupo do hipertensos e diabéticos da unidade. No **eixo de monitoramento e avaliação**, será monitorada a realização de orientação nutricional e sobre a prática de atividade física regular para os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS, para isso será utilizado uma ficha espelho onde serão registrados todos os usuários que já receberam essas orientações e a enfermeira fará o levantamento de todos os usuários que receberam as devidas orientações. No **eixo de engajamento público** os hipertensos, diabéticos e seus familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável e a realização regular de atividades físicas. A orientação será feita semanalmente nas reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos na UBS, pela equipe do NASF. Na **qualificação da prática clínica** será promovida a capacitação da equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e atividade

física regular sobre metodologias de educação em saúde. A capacitação da equipe ocorrerá na própria UBS e será ministrada pela enfermeira da equipe. A metodologia utilizada será através de aulas expositivas dialogadas do conteúdo, dispondo tempo para que os participantes exponham suas dúvidas ou conceitos. Os materiais utilizados serão recursos audiovisuais, impressos, cartazes.

2.3.2 Indicadores

Relativo à Meta 1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativo à Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 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.

Relativo à Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: 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.

Relativo à Meta 4: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa

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

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

Relativo à Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: 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.

Relativo à Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: 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.

Relativo à Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: 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.

Relativo à Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: 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.

Relativo à Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9: 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 com prescrição de medicamentos.

Relativo à Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10: 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.

Relativo à Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11: 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.

Relativo à Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11: 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.

Relativo à Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: 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.

Relativo à Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: 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.

Relativo à Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo à Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: 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.

Relativo à Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: 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 realizar a intervenção e melhoria na atenção aos hipertensos e diabéticos adotaremos o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde de Diabetes Mellitus (36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (37) do ano 2013, que em reunião já foi solicitado à Coordenação do Programa de Hipertensão e Diabetes do município. Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Já foi realizado contato com o gestor municipal para dispor de 400 fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Na intervenção devido à falta de orçamento do município não será utilizado folders e cartazes para a divulgação da intervenção, essa será realizada pela própria equipe, especialmente pelos ACS. A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da USF. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre

os Cadernos de Atenção Básica para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. As enfermeiras e as médicas da USF dividirão o manual técnico e exporão o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo são previstas as ações de treinamento para os ACS para que possam orientar os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à importância da realização das consultas e exames complementares dentro de sua periodicidade, para que possam realizar a busca ativa dos usuários faltosos e com consultas atrasadas. Outra estratégia será instruir os profissionais para atentar-se para o protocolo adotado pela USF e manejo do usuário portador de hipertensão e diabetes e ainda explicar para equipe a necessidade da realização do exame clínico apropriado para identificação de usuários descompensados. A fim de melhorar os registros, a equipe será treinada para preencher todos os registros necessários ao acompanhamento e procedimentos realizados com os usuários e mantê-los atualizados, além disso, capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. A equipe também participará de oficinas sobre práticas de alimentação saudável e atividade física regular, abandono do tabagismo e controle de fatores modificáveis para que possam transmitir essas informações para a comunidade; trabalharemos ainda para capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social e acolhimento adequado aos usuários.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários portadores de HAS e DM cadastrados no programa e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, realização de orientações sobre tabagismo e alimentação saudável e outras informações pertinentes.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o funcionamento será da seguinte forma: todas as terças-feiras o atendimento é organizado para atender os pacientes portadores de HAS e DM, tanto as consultas médicas quanto de enfermagem e a partir da intervenção o atendimento odontológico para esses usuários também será neste dia. O acolhimento inicial será realizado pela técnica de enfermagem e será realizado através de escuta qualificada e em seguida e o usuário será encaminhado para as consultas. Os usuários cadastrados no programa deixarão a unidade de saúde já com a data da próxima consulta agendada e aqueles que ainda não estão cadastrados terão sua consulta agendada pelo ACS de sua área. Aquelles usuários que buscarem o serviço apresentando problemas agudos serão atendidos diariamente nas vagas de urgência/intercorrências que já são reservadas.

Para sensibilizar a comunidade serão realizadas atividades educativas na sala de espera da USF para o público geral e no Centro Comunitário para os usuários pertencentes ao grupo de idosos, hipertensos e diabéticos, além de visitas domiciliares. Nessas oportunidades os usuários serão informados sobre a importância da realização das consultas regularmente, esclarecendo-os sobre a periodicidade preconizada para as consultas e exames laboratoriais. A comunidade será ouvida a fim de que se elaborem estratégias para diminuir a evasão dos hipertensos e diabéticos. Ainda nesses momentos será compartilhado com os usuários sobre as condutas esperada durante a consulta, para que esses possam exercer o controle social. Eles também serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes dessas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e sobre fluxos de acesso ao atendimento especializado e a importância do retorno a unidade após o atendimento especializado. Por fim, mas não menos importante, dever-se-á orientar a comunidade para adoção de práticas de alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e abandono do tabagismo.

Para monitoramento das ações programáticas semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos usuários identificando os que estão com consultas, exame clínico ou laboratorial atrasado e comunicará o agente comunitário de saúde

para que seja realizada a busca ativa desses usuários. Durante a busca ativa o agente comunitário já deixará a próxima consulta agendada. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão lançadas na planilha eletrônica para serem consolidadas.

3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

A capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde sobre os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde foi realizada com todos os profissionais nas duas primeiras semanas da intervenção. Como essas reuniões de equipe aconteciam sempre no período da tarde, encontramos algumas dificuldades, pois os protocolos são extensos e com muitos detalhes importantes que não queremos perder. No início achamos que seria rápido, mas não conseguimos avançar muito. Outra dificuldade é que a médica que fazia parte da equipe foi substituída, sendo que a nova médica, embora tenha demonstrado bastante boa vontade em nos auxiliar não estava preparada e inteirada do que estava proposto no projeto como a médica que saiu. O cronograma previa que deveríamos fazer as capacitações nas duas semanas iniciais da intervenção, no entanto, devido ao fato dos protocolos serem extensos acabamos levando mais tempo para repassar todas as informações importantes para a equipe, principalmente para os agentes comunitários de saúde.

O estabelecimento da função de cada profissional durante a intervenção foi definido na primeira semana da intervenção, no entanto, com o passar do tempo foram realizados alguns ajustes, principalmente quando observava que algum funcionário não estava cumprindo o que havia sido designado a ele fazer. Tive um problema com uma funcionária a quem foi designado preencher uma parte da ficha espelho: ela questionou que aquela não era sua função, pois se tratava de um impresso particular da minha especialização. Após esse incidente percebi que

alguns outros funcionários foram influenciados e a intervenção foi um pouco prejudicada, no entanto, após reunião e orientações sobre a importância daquela intervenção para os usuários e para a comunidade todos entenderam.

Em relação ao cadastramento dos usuários, no início foi bem tranquilo, porque começamos cadastrando os usuários que compareciam à unidade para as consultas médica e de enfermagem ou para participarem do grupo de hipertensos e diabéticos. A maior dificuldade foi quando tivemos que cadastrar os usuários faltosos e que não são atendidos na unidade, pois possuem plano de saúde. Muitas vezes tínhamos que realizar o cadastro e toda a intervenção no âmbito domiciliar e aconteceu vezes de percebermos que o usuário nem queria que o examinássemos ou orientássemos. Tínhamos um sentimento de que estávamos deixando de fazer para quem precisava e fazendo para quem não queria, não nos sentíamos bem-vindos em algumas casas.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensos e diabéticos solicitando apoio para a captação de usuários e para as demais estratégias que seriam implementadas aconteceu como previsto. Apenas houve uma dificuldade nas datas que estavam previstas no cronograma devido à disponibilidade das igrejas e centro comunitário, mas realizamos essas ações e tivemos resultados muito satisfatórios na detecção e posterior acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos ocorreu de forma muito satisfatória. Conforme os usuários iam passando na consulta clínica com a médica, ela ia realizando o exame clínico, realizando ou atualizando a estratificação de risco cardiovascular e solicitando os exames para os usuários que ainda não tinham sido realizados. Também durante as consultas de retorno, os exames eram avaliados e o tratamento iniciado, as consultas eram reagendadas e na próxima consulta esses usuários eram consultados por mim, enfermeira. Durante a minha consulta, mantinha a conduta médica e reforçava as orientações sobre orientação nutricional e alimentação saudável, prática de atividade física, riscos de tabagismo e também solicitava exames quando necessário. Na consulta também eu avaliava a ficha espelho e observava quais itens ainda não tinham sido abordados ou realizados. Uma grande dificuldade foi em relação ao atendimento odontológico, pois detectava que o usuário ainda não havia sido avaliado pela odontóloga, no entanto, não havia vagas na agenda para agendá-los. Ainda houve a dificuldade dos usuários não

acharem necessário consultar com a dentista, pois alegavam serem desdentados parciais ou edêntulos.

A capacitação dos ACS para realização de busca ativa aos hipertensos e diabéticos faltosos aconteceu na primeira semana da intervenção. Conforme íamos detectando o não comparecimento do usuário para as consultas agendadas, tanto para consulta médica como para consulta de enfermagem, o ACS era comunicado pelas agentes administrativas da unidade e juntos já agendavam a próxima consulta. Quando o ACS visitava o usuário já deixava a próxima consulta agendada. Tivemos algumas dificuldades com alguns usuários que não estavam acostumados a irem regularmente à unidades. No início houve certa resistência por parte dos usuários, mas com o passar do tempo eles foram aceitando a nova rotina. Como já citei anteriormente, tivemos dificuldade também com alguns usuários que não utilizam o serviço público, foi um grande desafio alcançá-los, pois tivemos não apenas que fazer busca ativa em suas residências, como também, prestar toda assistência no âmbito domiciliar.

As atividades desenvolvidas nos grupos foram realizadas com muito êxito. Uma vez ao mês durante o grupo dos hipertensos e diabéticos, fazíamos orientações sobre temas pertinentes à intervenção, além de realizarmos diversas atividades educativas na sala de espera, mesmo o local sendo apertado, não perdemos oportunidades para levar informações aos nossos usuários. No decorrer da intervenção a Secretária de Saúde entregou à unidade uma televisão de 40 polegadas que foi fixada na parede da sala de espera, que no final do período da intervenção foi um recurso bastante utilizado para educação em saúde. Nossa dificuldade nesse item é que algumas reuniões do grupo não foram realizadas nas datas previstas, e por falta de insumos algumas vezes não realizamos glicoteste nos usuários.

O monitoramento da intervenção foi realizado sem muitas dificuldades. Mantivemos as fichas atualizadas e sempre lançava em casa na planilha. No final da intervenção recebemos alguns computadores na unidade, o que facilitou bastante para manter a planilha atualizada. Também pude contar com a equipe para que isso acontecesse.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Algumas ações propostas no projeto não conseguimos realizar como previsto, pois encontramos algumas dificuldades na logística. Outra dificuldade também encontrada é a sobrecarga de tarefas à qual os profissionais de saúde estão expostos. Cada profissional é responsável por uma infinidade de tarefas, porque no decorrer dos anos houve um avanço muito grande em ofertas de serviços oferecidos para comunidade em uma unidade de saúde da família. Muitos programas foram implantados e não houve a contratação de recursos humanos, assim, aumentou a quantidade de trabalho mas a equipe continua a mesma. Hoje em dia todos os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família estão sobrecarregados, principalmente o enfermeiro que assume a parte gerencial da unidade e a parte assistencial. Isso é muito difícil para um profissional executar sozinho, porque terminamos levando trabalho para casa, o que não é indicado e a qualidade do serviço acaba ficando comprometida.

As ações previstas no projeto foram executadas na medida do possível, algumas ações de forma satisfatória e outras com algumas dificuldades de execução, mas em todas as reuniões com a equipe adotei uma estratégia de motivá-los e a fazer o que estivesse ao nosso alcance, mostrando a necessidade dos usuários. Sempre usava os pontos positivos alcançados para motivá-los. Não podíamos deixar de fazer simplesmente porque tínhamos dificuldades. Nossa maior dificuldade foi relacionadas à saúde bucal porque a demanda é muito grande e não houve como atender aos usuários hipertensos e diabéticos de forma mais específica.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

A maior dificuldade que tivemos durante a coleta de dados e a sistematização das informações coletadas durante a intervenção foi a falta de computadores e internet na unidade para consolidar os dados e fechar as planilhas. Assim, só podia

fazer os trabalhos quando chegava em casa á noite. Apenas no final da intervenção é que recebemos alguns computadores o que muito nos facilitou.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Estamos incorporando as ações realizadas durante o período de intervenção à rotina da unidade, para o programa do hipertensão e diabetes essa ações já estão quase em sua totalidade implantadas, exceto por alguns ajustes. Parcialmente já temos implantado para o Pré Natal e Saúde da Criança, mas ainda não tivemos tempo para fazer um monitoramento e avaliar o que melhorou e o que ainda falta melhorar.

Pessoalmente acredito que este tipo de intervenção nos obriga a uma análise crítica do nosso papel no panorama geral do SUS além de lembrar os motivos que me fizeram me apaixonar por este sistema e querer fazer parte dele a cada dia.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

No início da intervenção havia na área de abrangência uma estimativa de 390 hipertensos e 99 diabéticos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

Meta 1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

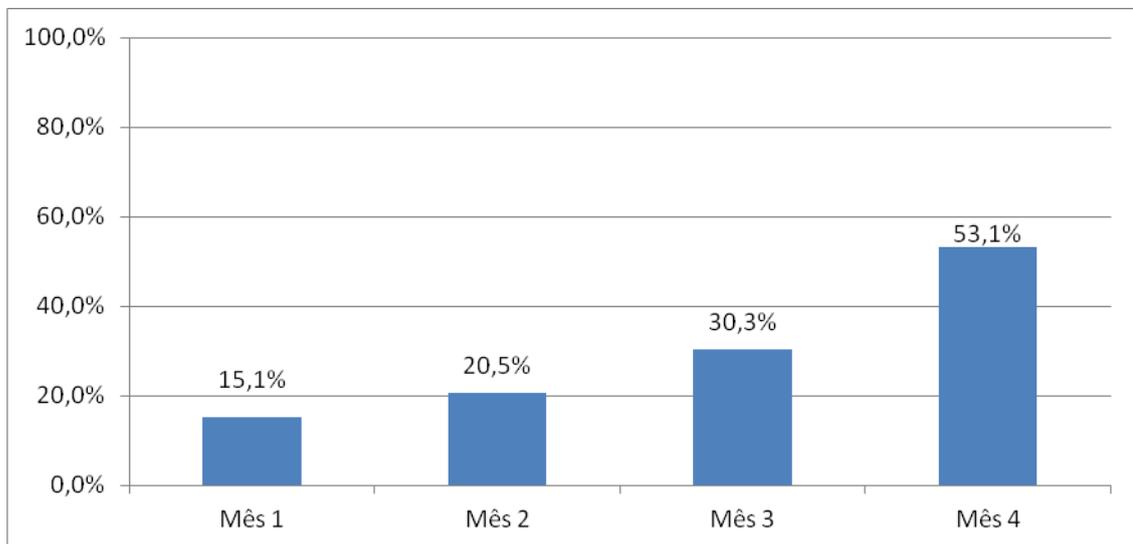


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

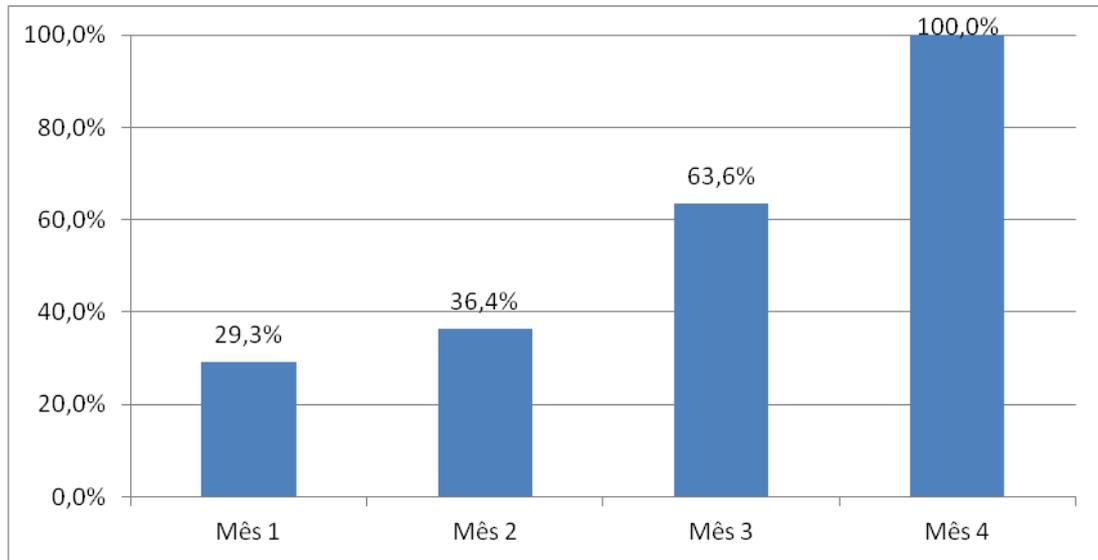


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

De acordo com as figuras 1 e 2, observa-se que no primeiro mês conseguimos cadastrar 59 (15,1%) usuários portadores de HAS e 29 (29,3%) portadores de DM, com o decorrer da intervenção, no segundo mês cadastramos 80 (20,5%) hipertensos e 36 (36,4%) diabéticos, os usuários cadastrados gradativamente foram aumentando e no terceiro mês foram cadastrados 118 (30,3%) usuários com hipertensão e 63 (63,6%) usuário com diabetes, mostrando importante aumento com o desenrolar das ações realizadas durante a intervenção, conseguimos finalizar o quarto mês com um resultado final de 207 (53,1%) hipertensos cadastrados e 99 (100%) usuários diabéticos. Diante dos resultados apresentados, conclui-se que a meta foi alcançada, pois conseguimos cadastrar 53% dos hipertensos estimados na área, sendo que a meta era cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência onde a unidade está inserida. Faz-se necessário salientar que o resultado alcançado no cadastro dos usuários diabéticos foi bastante satisfatório, sendo a meta seria cadastrar 50% dos usuários portadores de diabetes e conseguimos cadastrá-los em 100%. É possível notar que no decorrer da intervenção gradativamente foi – se aumentando o número de usuários cadastrados. Acredito que se o período de intervenção continuasse por mais alguns meses conseguiríamos cadastrar 100% dos hipertensos da área, no entanto, como o tamanho da área e o fato de termos área descoberta não conseguimos apenas em quatro meses cadastrar um número maior de hipertensos. Como pretende-se continuar as ações realizadas durante a intervenção, é possível afirmar que em

breve os outros usuários também serão cadastrados. As maiores dificuldades no cadastros dos usuários aconteceu porque os usuários não estavam habituados a comparecer regularmente as consultas médicas e enfermagem, como as receitas valem por 04 meses, muitos usuários não iam as consultas, apenas pegavam a medicação na farmácia. Com o avançar da intervenção fomos orientando e educando o usuário que apenas usar a medicação não se constitui uma terapia satisfatória, com a intervenção criou-se hábito de trazer o usuários para a unidade ou ações realizadas como o grupo do Hiperdia. Encontramos dificuldades também para cadastrar os usuários que não utilizam o serviço de saúde pública, muitas vezes tínhamos que realizar as ações da intervenção no âmbito domiciliar.

Objetivo 2: Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa

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

Meta 4: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

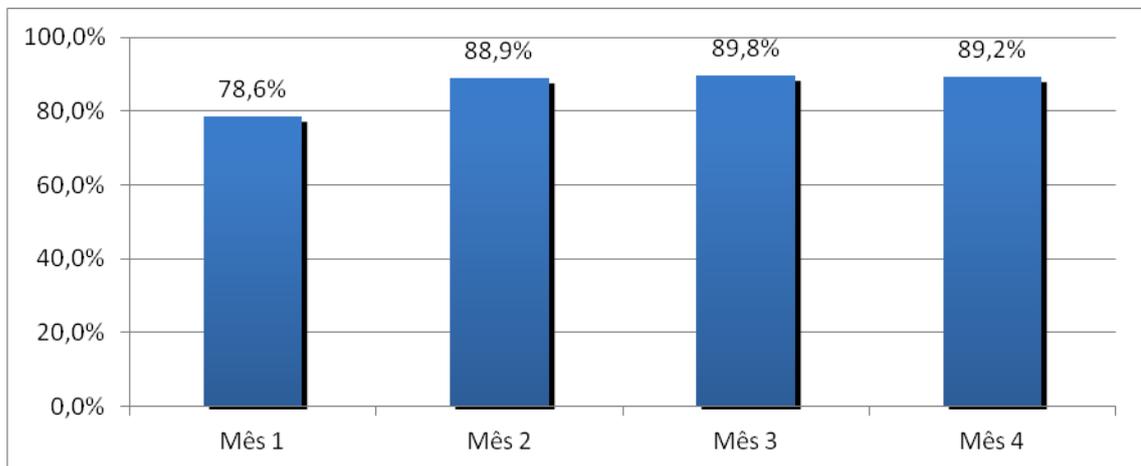


Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médica com busca ativa

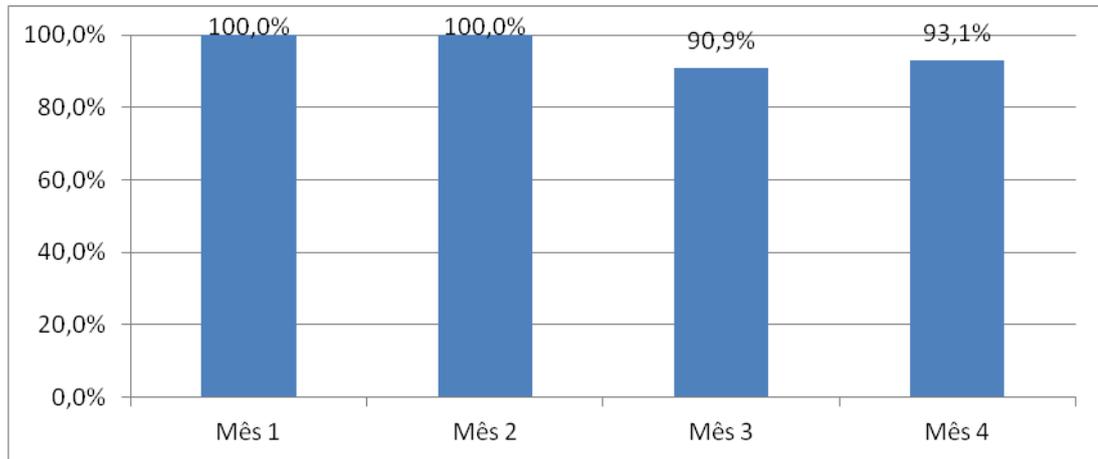


Figura 4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

De acordo com a figura 3, no primeiro mês a proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa foi de 11 (78,6%), e de 99 (100%) para os usuários diabéticos, como mostra a figura 4. No segundo mês essa proporção avançou para 24 (88,9%) hipertensos faltosos com busca ativa e manteve-se em 100% para os usuários diabéticos. No terceiro mês se alavancou para 44 (89,8%) para busca ativa de portadores de HAS e houve uma pequena queda para os usuários diabéticos faltosos, apenas 20 (90,9%). No quarto mês, encerrando a intervenção alcançamos um percentual de 83 (89,2%) de busca ativa para hipertensos e Já no quarto mês, encerramos a intervenção com 27 (93,1%) busca ativa aos usuários portadores de diabetes faltosos às consultas. É possível concluir que a meta foi alcançada parcialmente, de forma mais satisfatória no início, essa queda dá-se ao fato de que nos primeiros meses os usuários que estavam agendados e por alguma razão faltavam às consultas, eram aqueles usuários que utilizam o serviço público e frequenta a unidade, já nos últimos meses os usuários que estavam sendo buscados eram aqueles que não utilizam o serviço porque possuem plano de saúde e não são usuários assíduos da unidade, após agendar consulta médica e detectado a falta, os agentes comunitários de saúde já sabiam que não compensaria reagendar a consulta, pois o usuário faltaria novamente, assim, os agentes comunitários preferiam utilizar as vagas disponíveis para outros usuários que realmente necessitavam.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

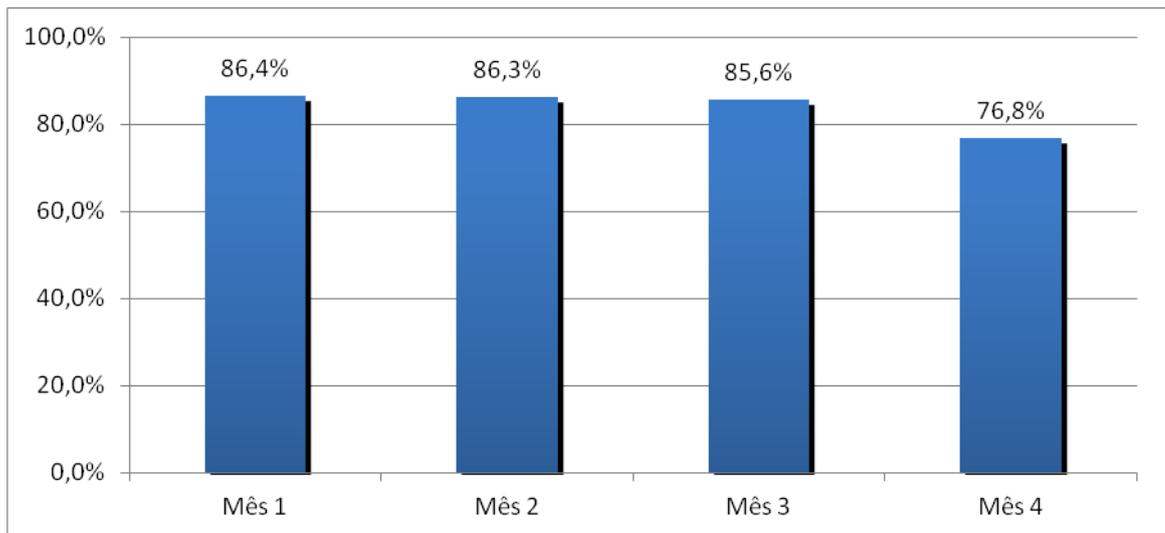


Figura 5. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

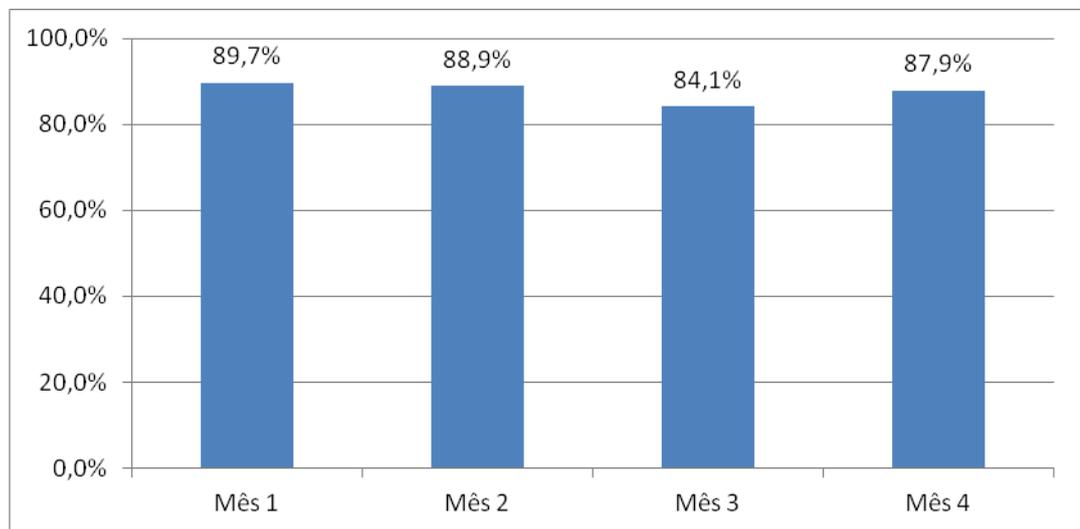


Figura 6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Conforme dados apresentados na figura 5 e 6, observamos que no primeiro mês da intervenção foi realizado exame clínico em 51 (86,4%) usuários hipertensos e 26 (89,7%) usuários diabéticos, no segundo mês a proporção permaneceu semelhante para os hipertensos, sendo examinados clinicamente 69 (86,3%) usuários hipertensos e houve uma queda para os usuários diabéticos, pois apenas

32 (88,9%) usuários foram examinados clinicamente. Já no terceiro mês os resultados alcançados foram 101 (94,4%) usuários portadores de HAS e 53 (84,1%) usuários portadores de DM que passaram pelo exame clínico. Finalmente no quarto mês o resultado alcançado diminuiu, sendo que apenas 159 (76,8%) usuários hipertensos e 87 (87,9%) usuários diabéticos com exame clínico adequado. Como já justificado anteriormente, no último mês da intervenção os usuários que foram atendidos foram aqueles usuários que não frequentam a unidade e não utilizam o serviço de saúde público, as consultas eram agendadas e muitos não compareciam, isso prejudicou bastante a intervenção, além disso, essa ação foi realizada pela médica da equipe, e ela faltou em um dia de atendimento destinado aos hipertensos e diabéticos, num mês de quatro semanas, sendo que o atendimento a esses usuários é realizado em apenas um dia da semana, não havendo esse atendimento houve uma queda significativa no resultado.

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

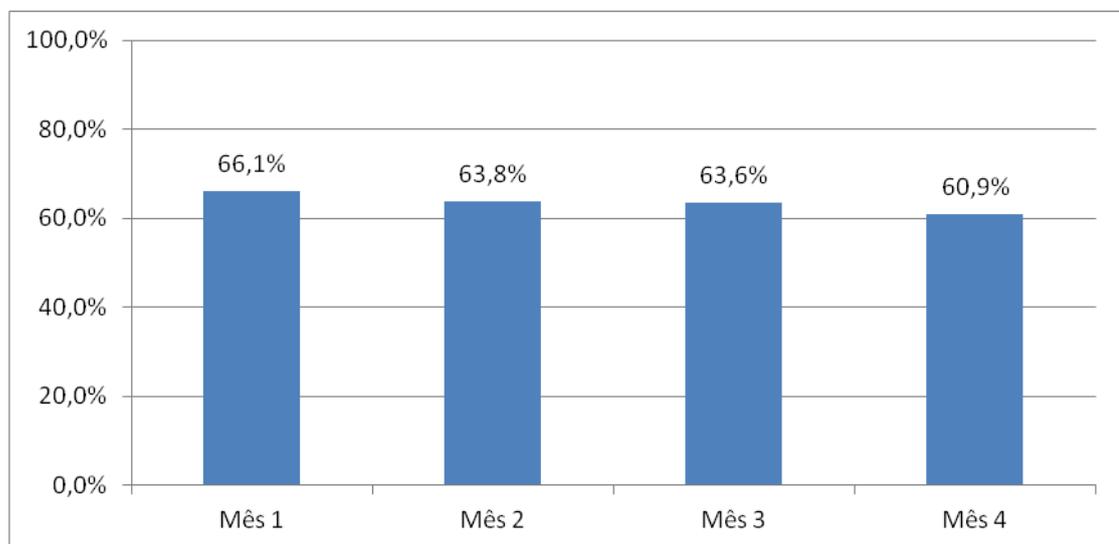


Figura 7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

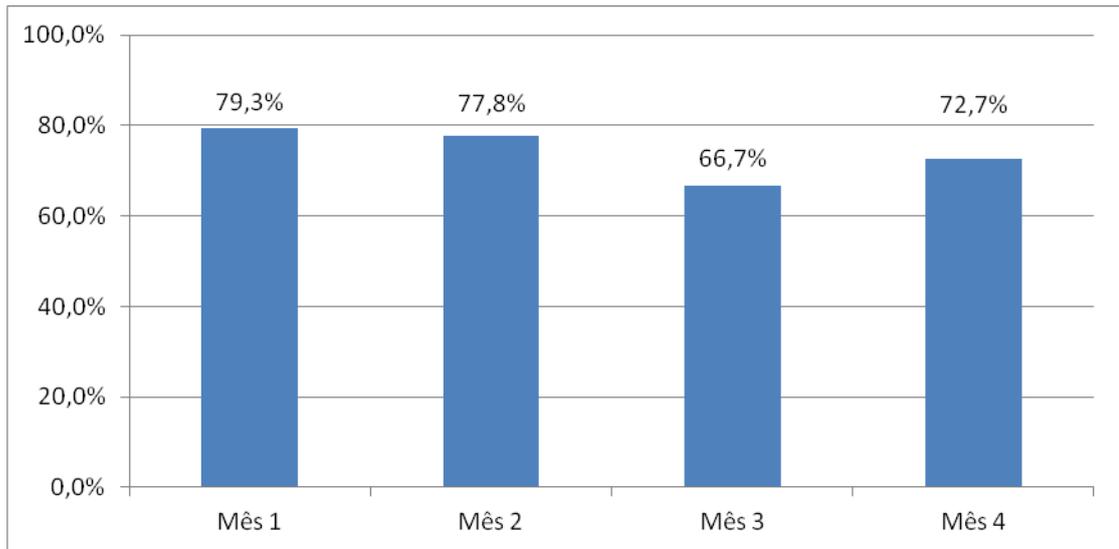


Figura 8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No que diz respeito aos exames complementares, como mostra as figuras 7 e 8, no primeiro mês da intervenção foi solicitado a 39 (69,6%) usuários hipertensos e 23 (79,3%) usuários diabéticos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, no segundo mês 51 (63,8%) usuários portadores de HAS e 28 (77,8%) usuários portadores de DM haviam recebido a solicitação dos exames complementares. Já no terceiro mês houve um aumento nos resultados, 75 (70,1%) usuários hipertensos e 42 (82,4%) usuários diabéticos receberam a solicitação para realização dos exames. Terminando a intervenção 126 (60,9%) hipertensos e 72 (72,7%) diabéticos estavam com a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo. A justificativa para não alcançarmos essa meta é que a planilha dizia em relação ao usuário estar com os exames laboratoriais em dia e não apenas a solicitação, dessa forma só foram lançados nos registros aqueles usuários que estavam com todos os exames em dia e não aqueles a quem o exame foi simplesmente solicitado.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

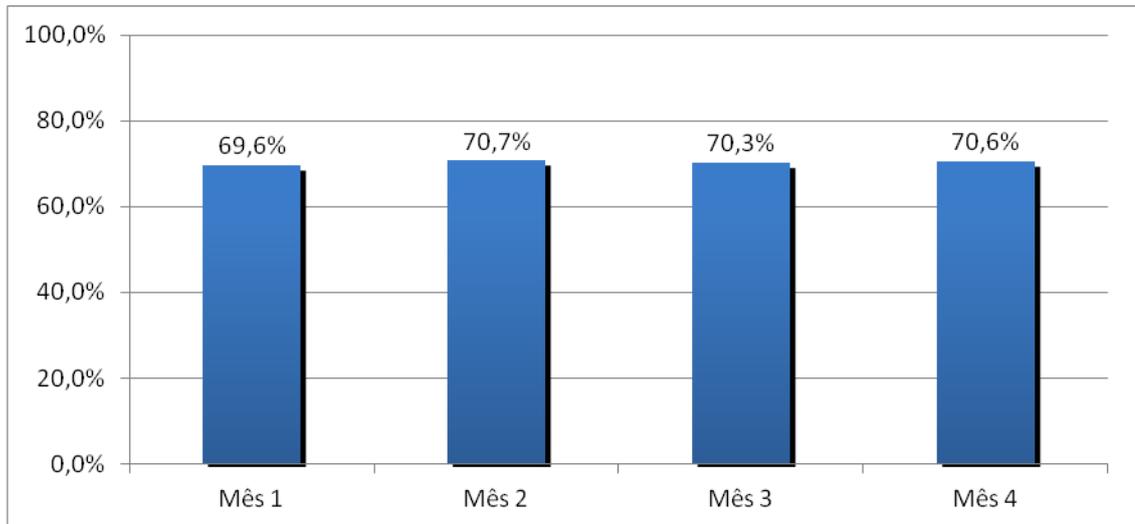


Figura 9. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

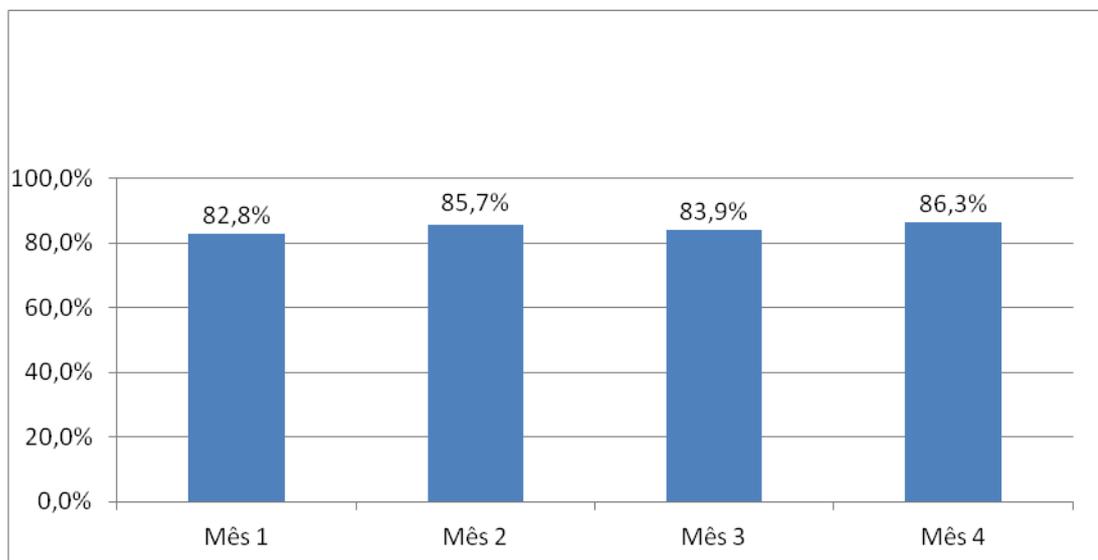


Figura 10. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Conforme observamos nas figuras 9 e 10, no primeiro mês da intervenção analisando os registros detectamos que 39 (69,6%) usuários hipertensos e 24 (82,8%) usuários diabéticos tinham sua prescrição medicamentosa com os fármacos da Farmácia Popular do Hiperdia. No segundo mês foram 53 (70,7%) usuários portadores de HAS e 30 (85,7%) usuários portadores de DM utilizando os fármacos da Farmácia Popular, já no terceiro mês, 78 (70,3%) hipertensos e 52 (83,9%) diabéticos estavam utilizando os medicamentos preconizados. No quarto mês, terminamos a intervenção com o resultado de 137 (70,6%) usuários hipertensos e 82 (86,3%) usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Ao conversar com a médica sobre o assunto, ela disse que não seria viável mudar o

tratamento de usuários que já utilizavam outros medicamentos há muito tempo e a prescrição foi mantida, apenas aos usuários recém-diagnosticados com HAS e DM foram prescritas as medicações da Farmácia Popular do Hiperdia.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o programa

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

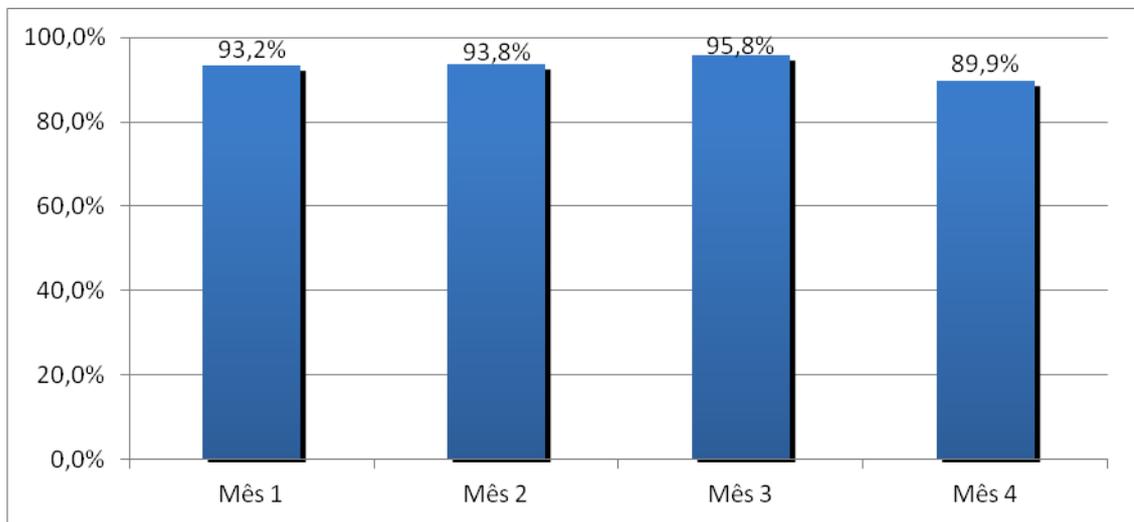


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

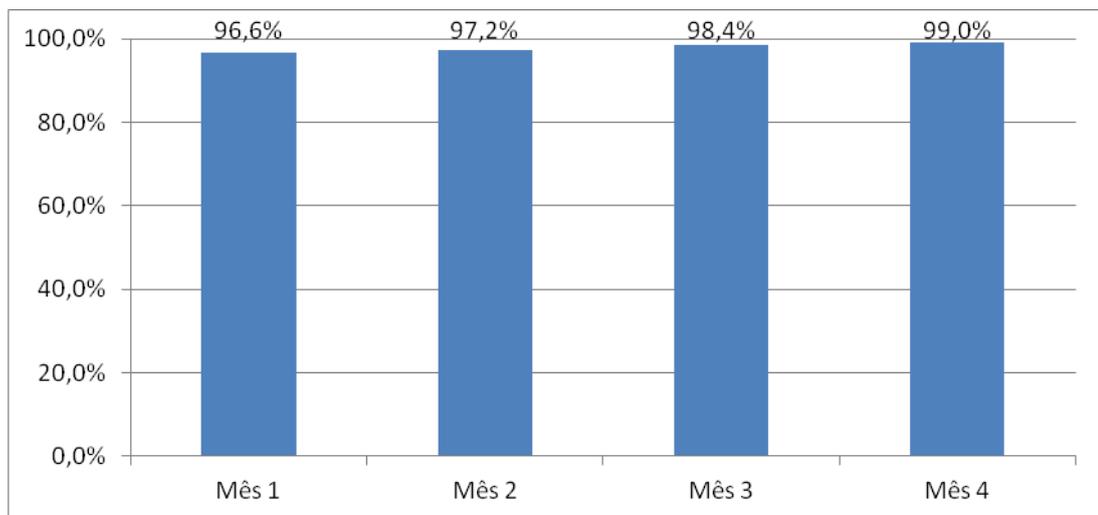


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

De acordo com as figuras 11 e 12, observamos que no primeiro mês da intervenção 55 (93,2%) usuários hipertensos e 28 (96,6%) usuários diabéticos estavam com registro adequado na ficha espelho, no segundo mês esse resultado se manteve, 75 (93,8%) hipertensos e 35 (97,2%) diabéticos tinham registro adequado. No terceiro mês, 76 (95,8%) usuários portadores de HAS e 62 (98,4%) usuários portadores de DM estavam com o registro em dia nas fichas de acompanhamento e no quarto mês foram 186 (89,9%) usuários hipertensos e 98 (99,0%) dos usuários diabéticos estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Essa meta foi praticamente atingida graças ao empenho da equipe, uma vez que todos se dispuseram a preencher as fichas de acordo com o atendimento dos usuários.

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

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

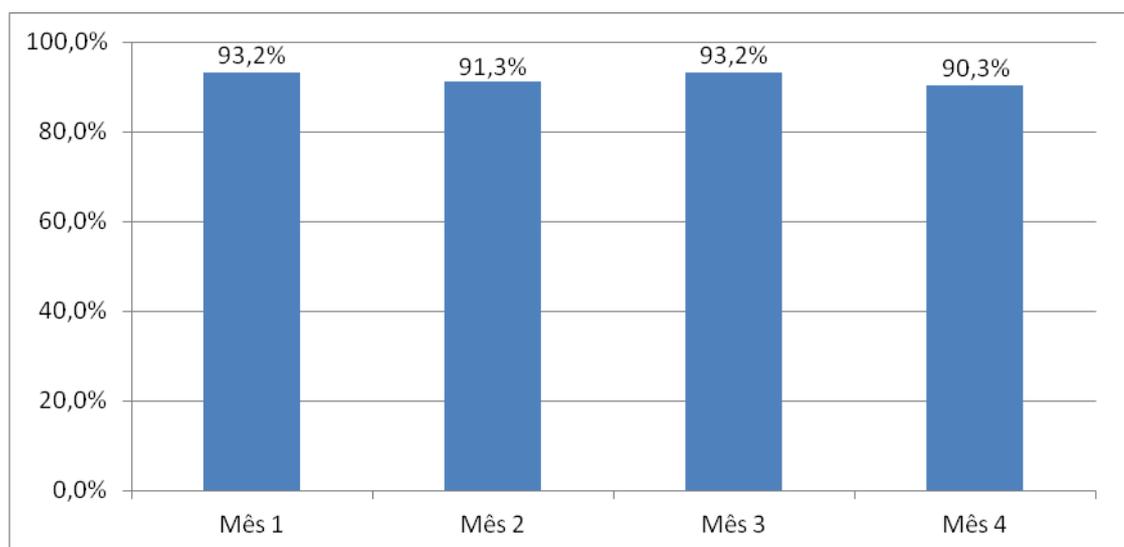


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

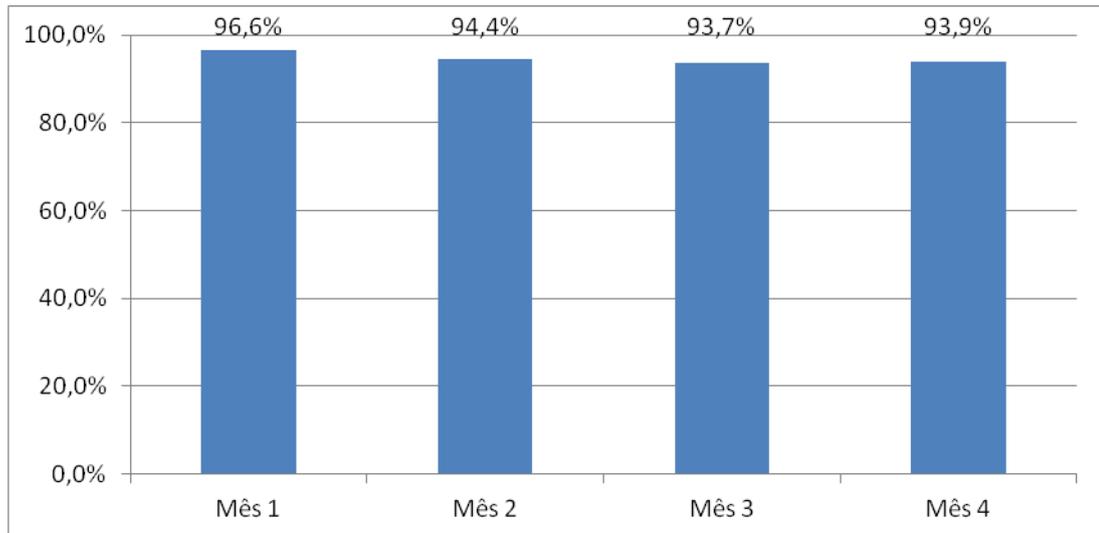


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Identificamos como mostra as figuras 13 e 14 que o primeiro mês da intervenção começou com 55 (93,2%) usuários hipertensos e 28 (96,6%) dos usuários diabéticos estavam com a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 73 (91,3%) hipertensos e 35 (97,2%) diabéticos tiveram a estratificação de risco realizado. Já no terceiro mês o resultado aumentou para 90 (93,2%) usuários portadores de hipertensão e 62 (98,4%) usuários portadores de diabetes estavam com a estratificação de risco. No quarto mês, finalizando a intervenção alcançamos 187 (90,3%) usuários hipertensos e 98 (99,0%) usuários diabéticos com a estratificação de risco cardiovascular. Grande parte dos usuários diabéticos já tinham a estratificação de risco cardiovascular realizada, no entanto, foi feita uma atualização e registrado no prontuário do usuários. Para aqueles usuários que não ainda não tinham a estratificação, esta era feita no momento da consulta ou no domicílio, porém, não alcançamos a totalidade dos usuários.

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

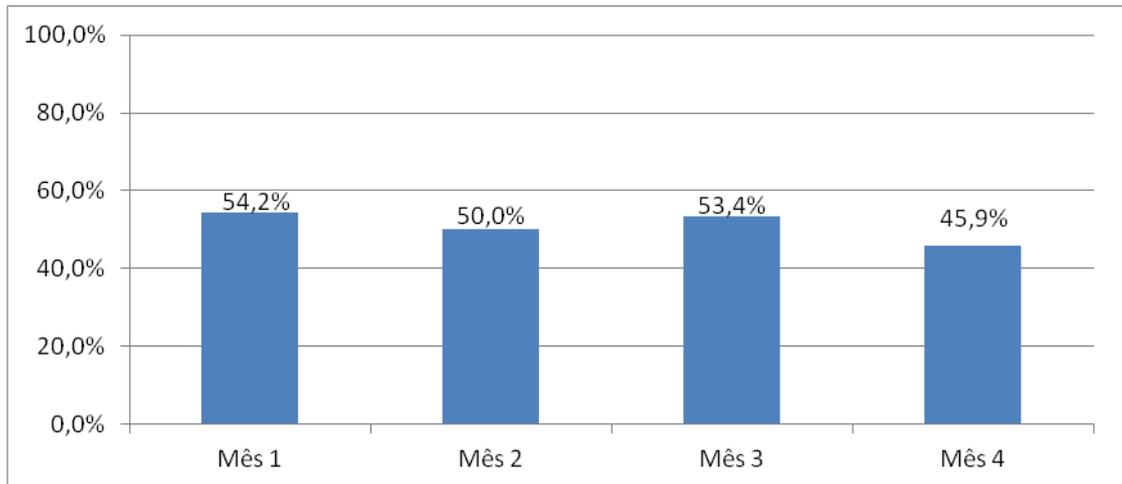


Figura 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica

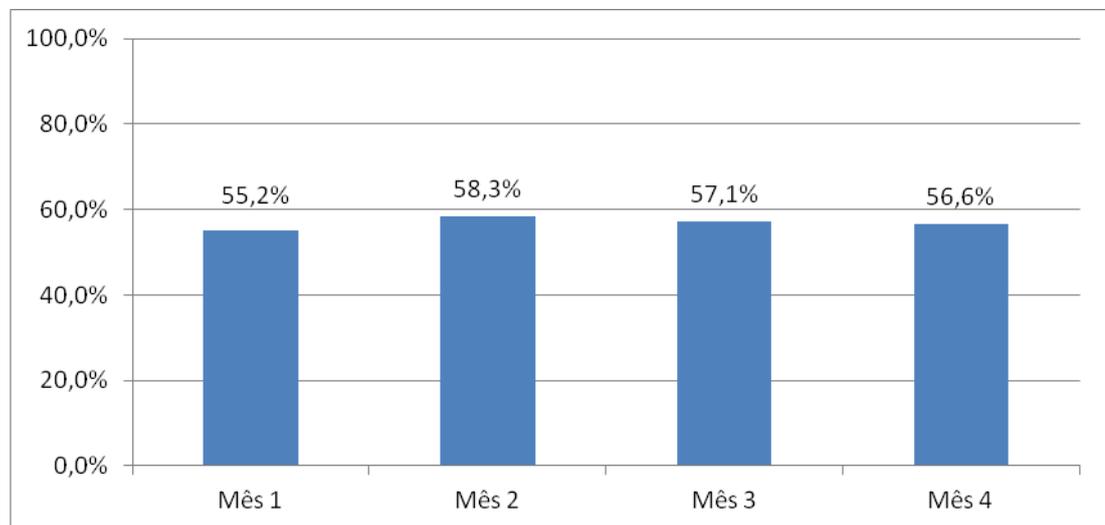


Figura 16. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

Conforme dados apresentados nas figuras 15 e 16 no primeiro mês da intervenção 32 (54,2%) usuários hipertensos e 16 (55,2%) usuários diabéticos haviam consultado com cirurgião-dentista, no segundo mês, esse resultado foi de 40 (50,0%) usuários hipertensos e 21 (58,3%) usuários diabéticos avaliados pela odontóloga da equipe. No terceiro mês foram 63 (53,4%) hipertensos e 36 (57,1%) diabéticos que passaram pela avaliação odontológica. No quarto mês, finalizamos a intervenção com 95 (45,9%) usuários portadores de HAS e 56 (56,6%) usuários portadores de DM tinham sido avaliados pela odontóloga. Essa meta foi a mais difícil de alcançar, a demanda por atendimento odontológico é muito grande, apenas uma dentista atende a população de quatro Equipes de Saúde da Família, sendo assim, não foi possível atender todos os hipertensos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

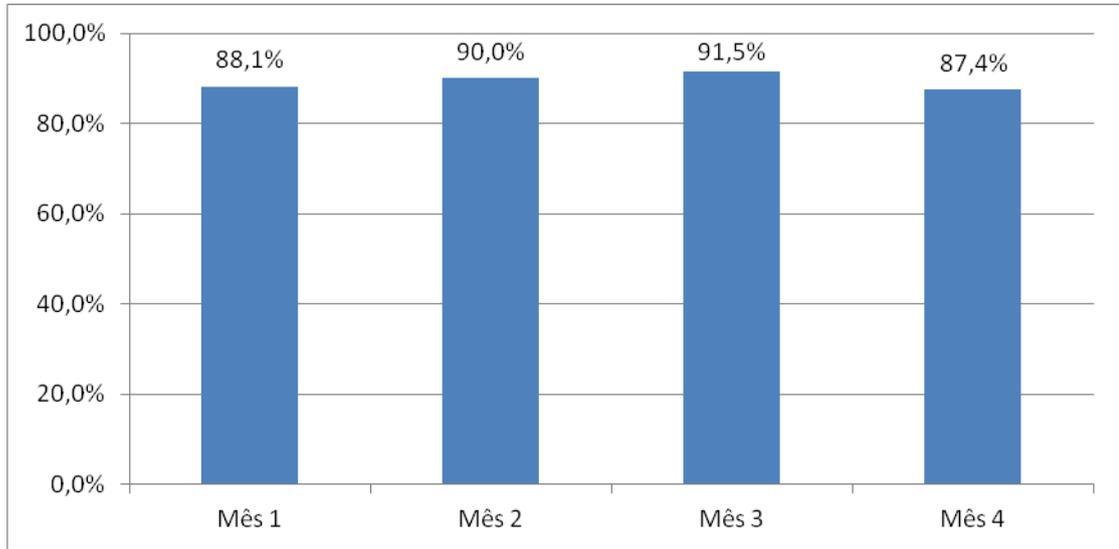


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

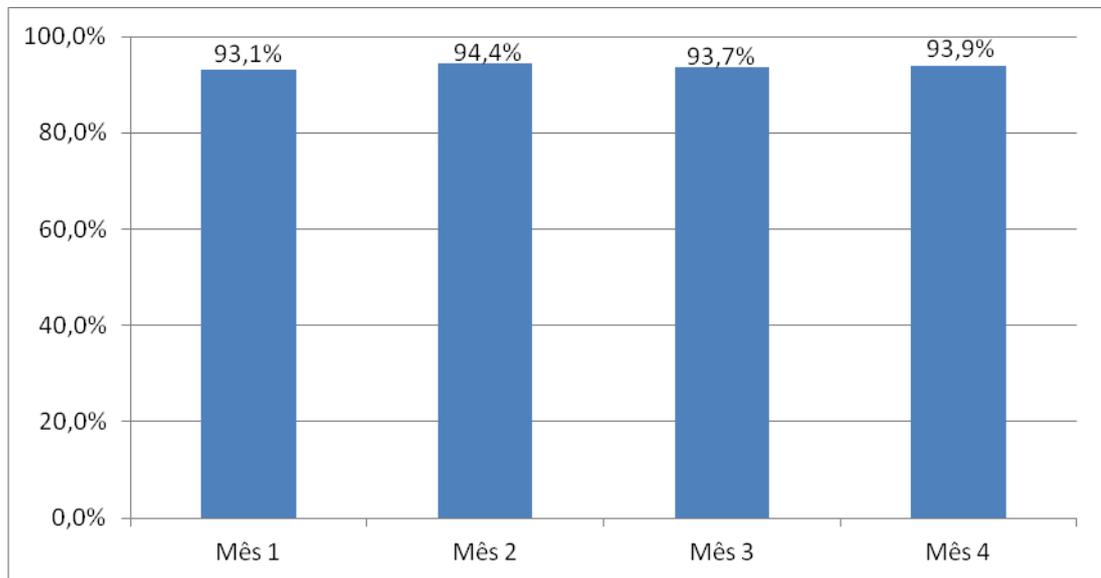


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

De acordo com o que mostra as figuras 17 e 18, no primeiro mês de intervenção 52 (88,1%) usuários hipertensos e 27 (93,1%) usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês foram 72 (90,0%) hipertensos e 34 (94,4%) diabéticos orientados. No terceiro mês o resultado foi de 108 (91,5%) portadores de HAS e 59 (93,7%) portadores de DM

que receberam orientações. No quarto mês terminamos a intervenção com 181 (87,4%) usuários hipertensos e 93 (93,9%) usuários diabéticos com orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e a sua relação com o controle de peso, níveis pressóricos e níveis de glicemia para diminuição de riscos. Para essa ação contamos muito com o apoio da nutricionista do NASF e acadêmicas de nutrição que fazem estágio na unidade. Os usuários que não foram orientados foram somente aqueles que não compareceu a unidade para o nenhum atendimento, pois orientações como essa foram realizadas nos grupos de sala de espera, grupos do Hipertensão, atividades comunitárias, consultas e visitas domiciliares.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

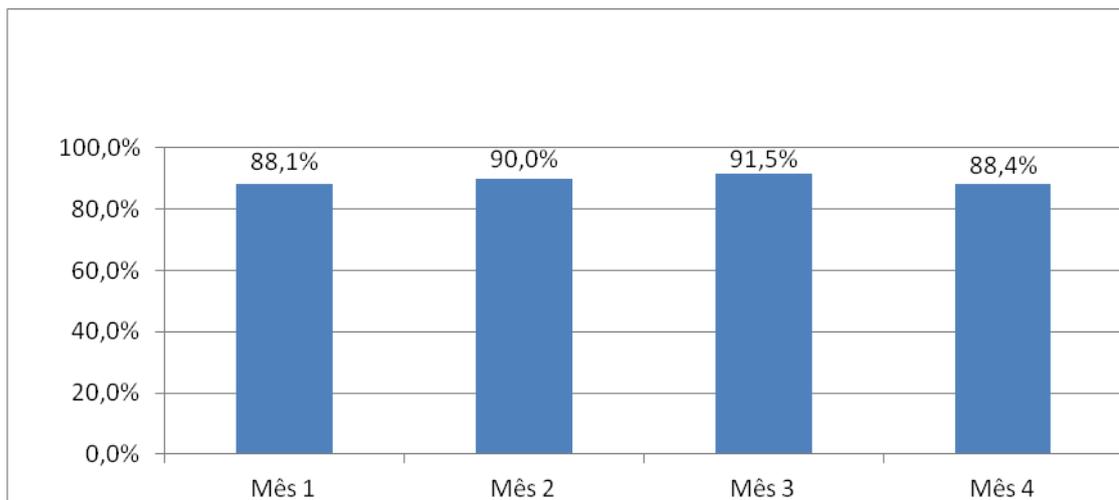


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular

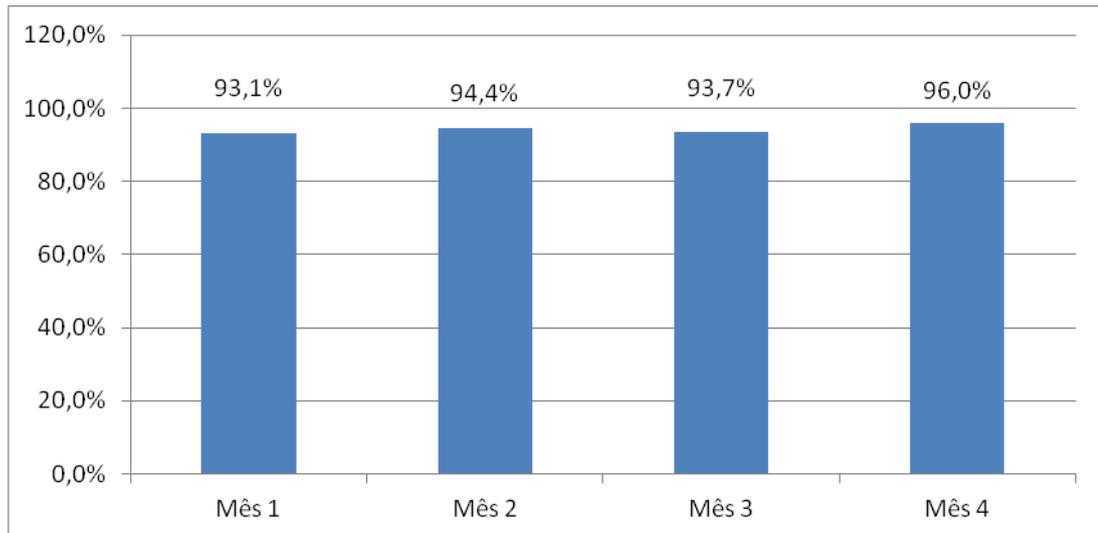


Figura 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Conforme observamos nas figuras 19 e 20, no primeiro mês 52 (88,1%) usuários hipertensos e 27 (93,1%) usuários diabéticos receberam orientações sobre os benefícios da prática de atividade física regular, no segundo mês foram 72 (90,0%) usuários portadores de HAS e 34 (94,4%) portadores de DM que receberam orientações. No terceiro mês alcançamos nosso melhor resultado, 108 (91,5%) usuários hipertensos e 59 (93,7%) usuários diabéticos foram orientados sobre a realização de atividades físicas regulares. Encerramos a intervenção com 183 (88,4%) hipertensos e 95 (96,0%) diabéticos orientados quanto à importância da realização regular de atividade física. Ações para atingir essa meta houve muitas, a equipe do NASF, na pessoa da educadora física e fisioterapeuta se empenharam bastante, temos também um grupo de caminhada, onde foi reforçado para os participantes sobre a importância e vantagens da realização regular de exercício físico, como benefícios para a redução do peso e controle da glicemia e redução de riscos cardiovasculares.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

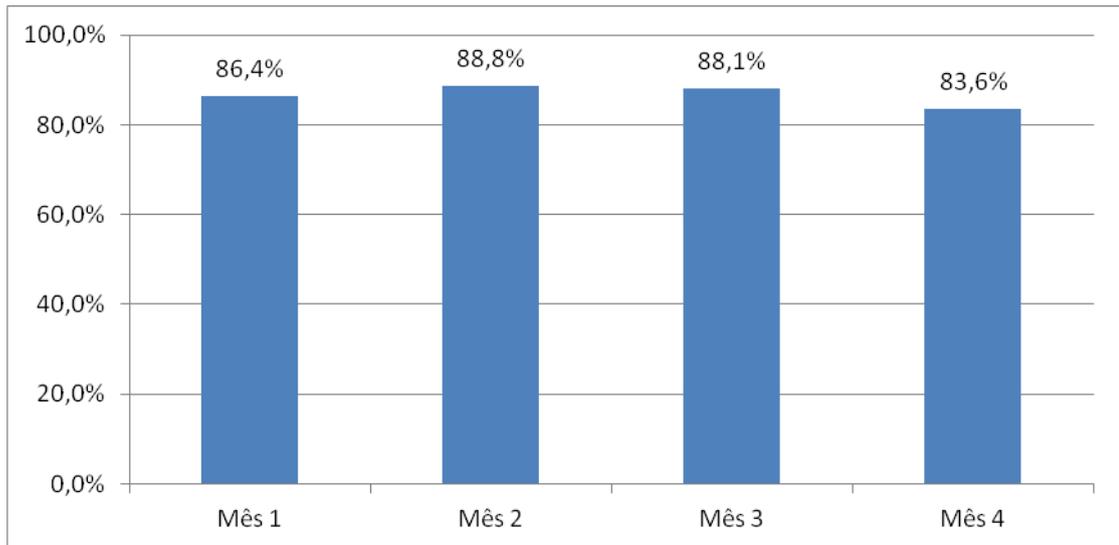


Figura 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

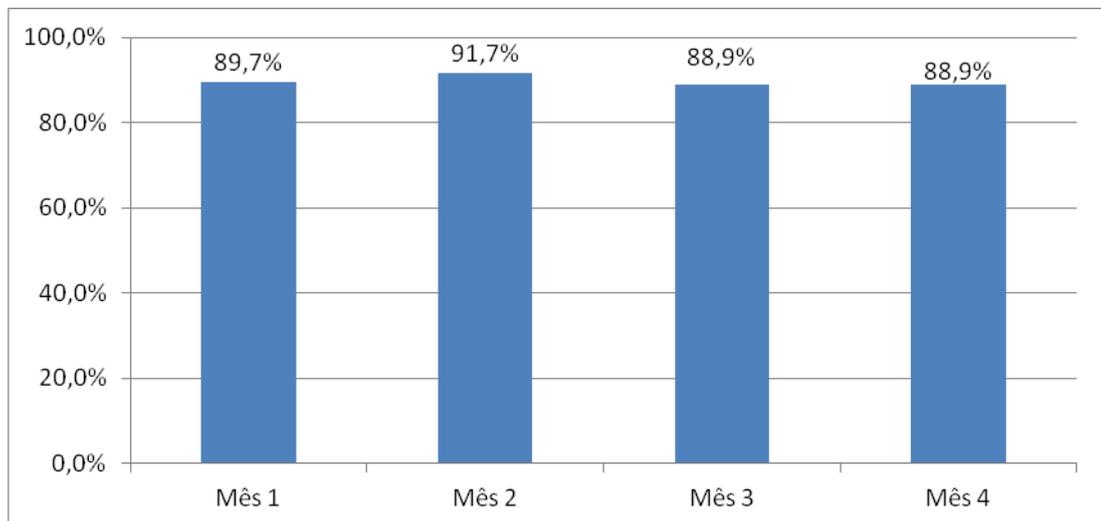


Figura 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Conforme apresentado nas figuras 21 e 22, no primeiro mês de intervenção foram 51 (86,4%) usuários hipertensos e 51 (86,4%) usuários diabéticos com orientações sobre os riscos do tabagismo. No seguimento da intervenção, no segundo mês foram 71 (88,8%) hipertensos e 71 (88,8%) diabéticos que receberam orientações. No terceiro mês foram 104 (88,1%) hipertensos e 104 (88,1%) usuários diabéticos orientados. Encerramos a intervenção com 173 (83,6%) usuários hipertensos e 173 (83,3%) usuários com orientações sobre os risco do tabagismo e abandono do uso de qualquer forma de tabaco, uma vez que na área existem muitos usuários que mascam o fumo, ao invés de fumar o cigarro. Essa meta foi facilmente realizada, pois em muitas reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos, sala de espera, consultas e visitas domiciliares, onde reforçamos essas orientações. A meta só não foi alcançada pela falta de alguns usuários nas consultas agendadas. Essa

ação foi realizada com facilidade, diversos profissionais realizaram essas orientações nas reuniões e encontros com os usuários.

Em relação à promoção da saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, trata-se de uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e à diferenciação entre necessidades, territórios e culturas, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade em que a população está exposta. (Política Nacional de Promoção da Saúde, Brasil, 2006).

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Afim de implementar e qualificar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na Unidade Saúde da Família Santos Dumont, foi realizado alguns meses antes da intervenção um levantamento da situação dos serviços destinados a esse grupo de usuários. Segundo Vieira (2013), a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as duas doenças mais comuns nos países industrializados e a frequência dessas duas patologias nessas populações aumenta com a idade; a associação das duas doenças aumentam consideravelmente o risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares. Diante dessas informações viu-se a necessidade de realizar na intervenção ações que melhorassem a assistência aos hipertensos e diabéticos como também diagnosticar e tratar novos usuários, reduzindo os riscos. Iniciamos a intervenção com uma estimativa de 390 usuários hipertensos e de 99 usuários diabéticos. Nos quatro meses de intervenção foram realizadas ações em diversos locais, como igrejas, centro comunitário, praças públicas, academia da saúde e a própria unidade.

Diante das atividades realizadas no decorrer do período de intervenção observou-se que as atividades implementadas tiveram como objetivo geral esclarecer a população sobre a hipertensão e o diabetes, bem como oferecer soluções viáveis e assistência para que a população em questão pudesse conviver com maior qualidade de vida diante dessa doença. Durante a realização dessas atividades de implementação e qualificação da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus foram realizadas diversas atividades como: orientações sobre a fisiologia da hipertensão e do diabetes e os impactos dessas doenças no organismo, verificação da pressão arterial, verificação da glicemia capilar,

entrega de medicamentos, orientações sobre o auto-cuidado, orientações sobre tabagismo, alimentação saudável, prática de atividades físicas, atividades educativas. Além disso foram realizadas oficinas que abordaram diversos temas como prevenção ao câncer de colo de útero e mama, rastreamento para o câncer de próstata, já que são problemas relevantes para a comunidade. Assim as atividades de atenção a hipertensão e diabetes também serviram como momento de conscientização sobre estes problemas, sendo que as ações foram realizadas por meio de abordagem coletiva com envolvimento de uma equipe multiprofissional. Além de todas as ações, a educação em saúde foi muito trabalhada e contextualizada. Segundo Reveles e Takahashi (2007) na Enfermagem a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser um cuidador é um educador, tanto para o usuário quanto para a família, realizando orientações. A Enfermagem atua nessa atividade como um dos principais agentes transmissor de conhecimento para a população, sendo este profissional preparado desde sua graduação para realizar tal atividade com destreza e resolutividade, embora na intervenção outros profissionais estiveram diretamente envolvidos nessas atividades como fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, educador físico, odontóloga, médica e agentes comunitários de saúde, que trabalham diretamente e mais próximos dos usuários atuando como disseminador das informações aprendidas pelo contato com a equipe multiprofissional. É importante ressaltar que as ações de educação em saúde realizadas com o intuito de implementar e qualificar a assistência ao programa de atenção a hipertensão e diabetes foram de grande relevância para o sucesso das ações programadas no plano de intervenção.

A intervenção começou em março e estendeu-se até o mês de junho de 2014. As ações de divulgação da intervenção ficou a cargo dos agentes comunitários de saúde a quem muito devemos o sucesso da intervenção. Embora não tenhamos atingido 100% de todas as metas, ficou bastante evidente a melhoria da assistência prestada aos usuários e quero ressaltar a importância do envolvimento da equipe, que não mediu esforços para alcançarmos os objetivos. As ações desenvolvidas durante a intervenção trouxeram muitas vantagens para a equipe, houveram muitos momentos de educação permanente e muito crescimento profissional, não apenas para os ACS e técnicos de enfermagem como também para enfermeiras, médicas, odontóloga e equipe do NASF. Estudamos bastante os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão

Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, outro ponto bastante positivo foram os momentos de planejamento das ações, criando um hábito muito saudável de continuar se reunindo para planejar as ações não apenas para as ações para os hipertensos e diabéticos, como também para os outros programas. Além disso, a intervenção uniu a equipe em um único propósito e trouxe sensibilização e aperfeiçoamento no que diz respeito ao acolhimento dos usuários na unidade.

Os usuários que raramente participavam das consultas, os que estavam a mais de três meses evadidos, mantiveram o hábito e retornaram a periodicidade do programa, pela importância que entronizaram em sua vida e pelo conhecimento adquirido após as ações educativas. Infelizmente não conseguimos alcançar a totalidade dos usuários, aqueles que não utilizam os serviços de saúde pública mostraram-se resistentes, no entanto, conseguimos alcançar alguns.

Se a intervenção fosse começar hoje, repetiria muitas ações que realizamos e conseguimos bons resultados, seria necessário desenvolver estratégias para alcançar alguns usuários que não conseguimos alcançar em sua totalidade para todas as metas. Seria necessário também, em parceria com a gestão, melhorar os indicadores relativos à saúde bucal, pois acredito que essa foi a meta mais difícil de se trabalhar e conseguir bons resultados.

Constatada a importância da implementação e qualificação das ações no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, pode-se identificar as dificuldades que os usuários tinham como sua adesão ao tratamento, realização de exames laboratoriais, auto cuidado, etc, é notável portanto a importância e valor das ações que foram realizadas pela equipe multiprofissional. Sabe-se da necessidade de um acompanhamento mensal para esses usuários, conscientizando-os sobre as mudanças no estilo de vida para prevenir essas patologias e a importância na adesão aos tratamentos propostos, para que possuam uma melhor qualidade de vida e evitem o aparecimento de complicações. De acordo com as descrições realizadas pode-se perceber que a melhor forma de conscientização para a adesão aos tratamentos é através de palestras educativas e/ou orientações individuais, explicando e esclarecendo a população da importância da prevenção e do controle dessas doenças pelo cumprimento correto do tratamento, e isso foi alcançado através da intervenção.

O plano de ação se manterá, a fim de reduzir as complicações da hipertensão e diabetes, melhorando a qualidade de vida, após término da intervenção até agora já se passaram três meses e numa avaliação superficial é possível perceber que o acolhimento e busca ativa aos usuários continuam acontecendo, as atividades educativas também continuam ocorrendo nas salas de espera, os registros na ficha espelho também continua sendo feito. A Intervenção terminou, porém, ações importantes continuam acontecendo e se fixaram na rotina do serviço. Ressaltamos que essas ações estão ocorrendo concomitantemente com intervenção em outros grupos, pois já estamos utilizando esse tipo de intervenção para acompanhamento do Pré Natal e Puericultura e pretendemos estender para os outros grupos, como idosos e programa de prevenção ao câncer de mama e colo do útero. Futuramente objetivamos a redução de seqüelas e complicações dessas patologias, pois, se todos os usuários que realizarem a mudança em seus estilo e hábito de vida, obtiver bons resultados como conseguiram, deixará a equipe com esperança que a prevenção faz a diferença, basta tentar.

4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES

Em abril de 2013 tive a feliz oportunidade de participar da Especialização em Saúde da Família oferecido a profissionais inseridos em funções no contexto do SUS, pela UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) em parceria com a UFPel (Universidade de Pelotas/RS).

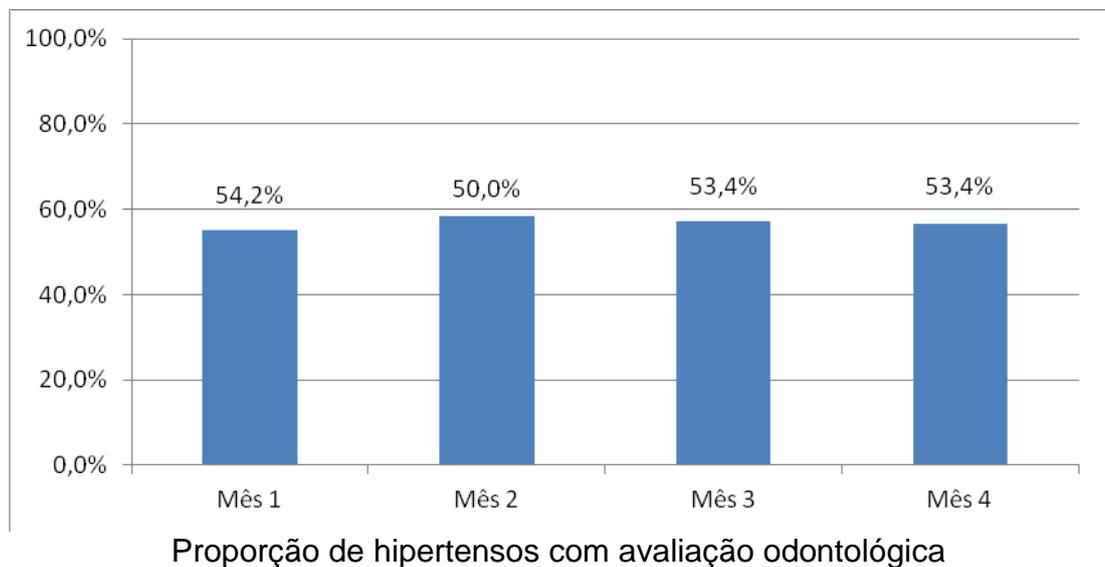
Num primeiro momento realizamos análise situacional dos serviços oferecidos na USF Santos Dumont e após essa análise o Programa de atenção a hipertensão e diabetes foi escolhido para que realizássemos uma intervenção, qualificando a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus acompanhados nesta unidade. Posteriormente a isso, em um segundo momento, todo o projeto e preparo para a realização da intervenção foi elaborado.

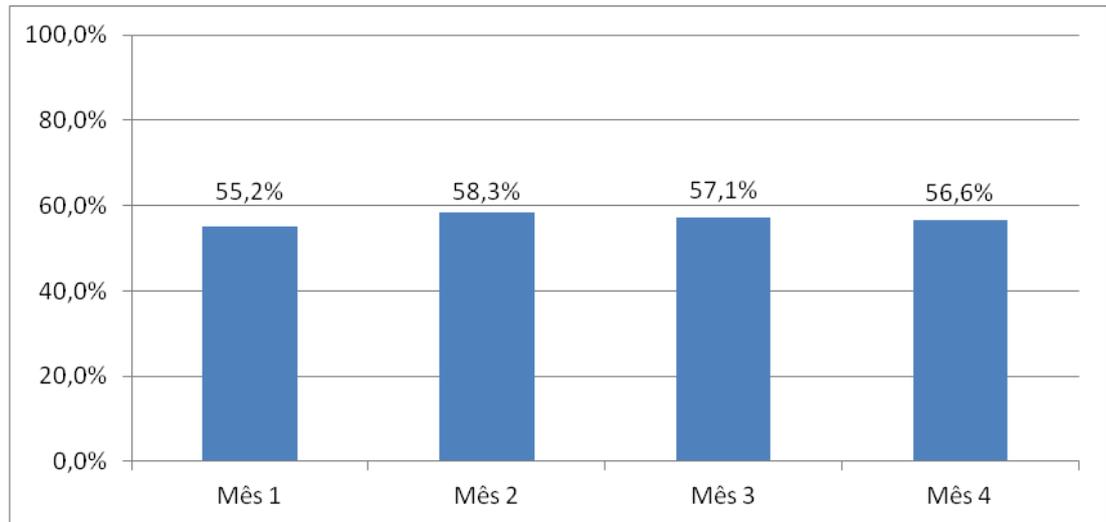
Por quatro meses gerenciamos de perto ações para melhoria das ações destinadas aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Empenhamo-nos para acompanhar os usuários que já utilizavam os nossos serviços e realizamos diversas ações para diagnosticar novos usuários portadores dessas patologias, iniciando o tratamento e diminuindo os riscos. O ponto alto da intervenção foram as diversas atividades educativas realizadas para os nossos

usuários atendidos pelo Programa de Atenção ao hipertenso e diabético como para a comunidade em geral sobre temas como orientação nutricional saudável, benefícios da atividade física, malefícios do tabagismo entre outras.

O envolvimento da equipe da Estratégia Saúde da Família, NASF e voluntários foi primordial para o sucesso da intervenção. Aumentamos consideravelmente o número de hipertensos e de diabéticos de usuários que hoje utilizam satisfatoriamente os nossos serviços, tanto aqueles que já tinham o diagnóstico médico da patologia como usuários diagnosticados em nossas ações.

Problemas logísticos aconteceram muitas vezes por falta de insumos, sendo oportuno relatar ao gestor alguns dos resultados alcançados durante a intervenção. Conforme mostra os gráficos abaixo, encontramos dificuldade no desenvolvimento das ações pertinentes a saúde bucal, isso porque a procura pelo atendimento é maior que o serviço ofertado, por isso não foi possível conseguir bons resultados nos indicadores de saúde bucal.

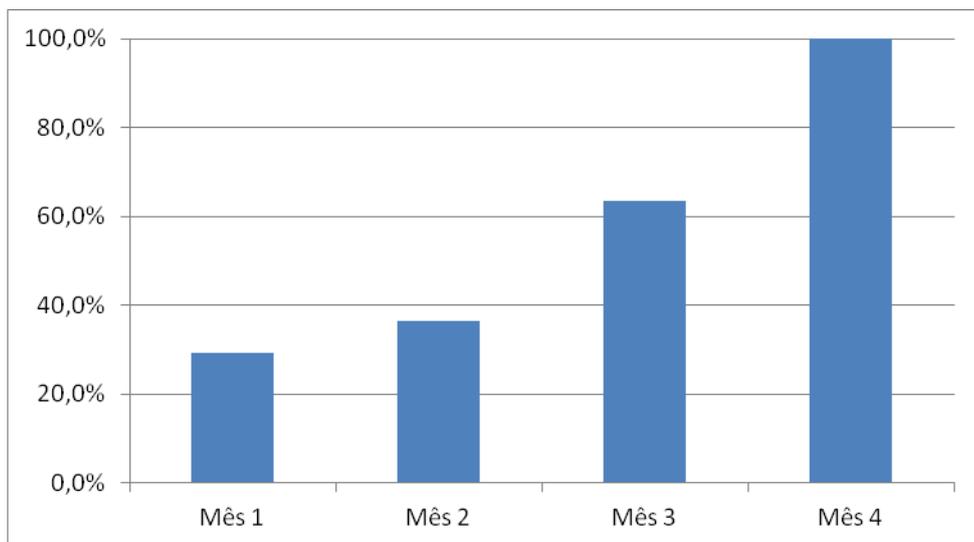




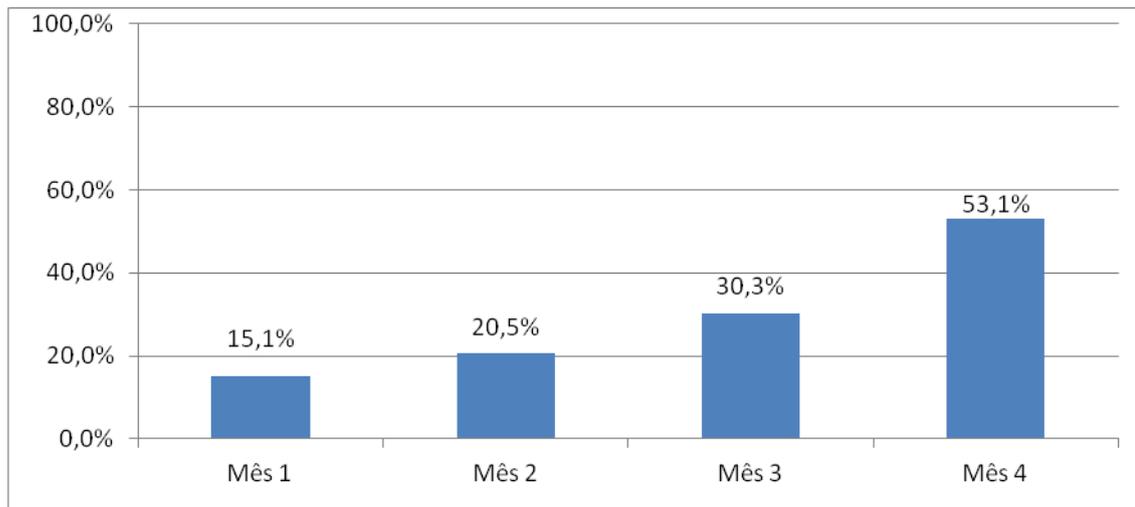
Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

É importante salientar que as ações relativas à saúde bucal foi um grande desafio encontrado na intervenção, como muita dificuldade apenas 58,3% dos pacientes hipertensos e 57,1% dos diabéticos passaram por avaliação odontológica, essa foi a meta mais difícil de se cumprir, devido a demanda para o serviço de odontologia ser muito inferior ao serviço oferecido, sendo necessário que a gestão reflita nessas informações e tome providências para que essa realidade mude.

Um dos resultados mais expressivos positivamente, como mostram os gráficos, foi que 100% dos diabéticos foram cadastrados no Programa de Atenção ao Diabetes, ampliando a cobertura do programa. Em relação à cobertura aos hipertensos os resultados também foram satisfatórios, conseguimos aumentar significativamente os cadastros desses pacientes.



Cobertura dos usuários portadores de DM ao longo da intervenção



Cobertura dos usuários portadores de HAS ao longo da intervenção

Um benefício muito grande para a comunidade foram às atividades educativas realizadas, considera-se que a educação em saúde pode ser vista como uma prática integral que pode e deve ser desempenhada em todos os momentos e espaços, implementando-se como uma atividade que foca a interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo e a confiança com o paciente e sua família (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). Os portadores de HAS e DM foram alcançados positivamente com muitas orientações, 93,9% dos portadores de DM e 90,0 de portadores de HAS receberam orientações alimentação saudável e 91,5% dos portadores de HAS e 93,7% dos portadores de DM foram orientados sobre os benefícios da prática de atividade física regular.

Importante ressaltar que tivemos o apoio e boa vontade da equipe para vencermos os desafios e encerramos a intervenção e atividades com muita satisfação e sensação de dever cumprido e informamos que a qualificação da atenção ao hipertenso e diabético não foi realizada apenas para a obtenção do título em Especialista em Saúde da Família, antes as lições aprendidas e a melhoria no atendimento continua acontecendo tanto neste programa como já iniciamos nos Programas de Pré-Natal e Puericultura.

Aproveitamos o ensejo para agradecer a atual gestão que brilhantemente vem conduzindo a saúde no município de Benevides pelo apoio direto e indireto que recebemos para o desenvolvimento desse importante projeto pessoal e profissional. Todos foram beneficiados com a realização desse projeto, nós profissionais da

saúde e logicamente a nossa população, que são os atores principais no desenvolvimento da nossa profissão.

4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos adultos diabéticos e hipertensos em nossa unidade de saúde, realizamos durante quatro meses ações para que esses usuários fossem mais bem atendidos e, com isso, cuidassem melhor de sua saúde. Fizemos um levantamento para saber a quantidade de usuários que tínhamos na unidade com esses problemas de saúde percebemos que ainda deveríamos fazer um trabalho para buscar mais usuários para participarem das consultas e reuniões, pois estávamos abaixo do número estimado. Percebemos também que muitos usuários estavam com falta nas consultas médicas e de enfermagem, e isso não está certo, porque não basta apenas consultar e tomar os remédios, é necessário retornar periodicamente para verificar se o remédio está controlando a pressão e a glicemia, realizar os exames preconizados dentro do período correto, além de receber orientações sobre temas importantes como alimentação saudável, realização regular de exercícios físicos, malefícios do cigarro e outras. Por isso, os agentes comunitários estão agendando consulta para os que estão em falta, por que alguns poderiam estar faltando às consultas por dificuldade no agendamento das consultas. É direito constitucional do usuário ter disponível gratuitamente, os medicamentos para hipertensão e diabetes, doenças crônicas que necessitam de medicamentos de uso contínuo, e esse fornecimento tem acontecido em nossa unidade, no entanto, o usuário além desse direito tem também seus deveres, de se manterem assíduos à unidade, realizarem os exames solicitados, tomarem corretamente as medicações e, sobretudo colocarem em prática o que aprendem nas atividades educativas, como a realização de exercícios físicos regularmente, fazerem uma boa alimentação e abandonarem o uso do cigarro. Durante esse período de quatro meses foram realizadas muitas ações para diminuir os riscos causados por essas doenças, para isso cada usuário passou por exame clínico, classificação dos riscos das doenças e avaliação odontológica e nutricional. Grande empenho da equipe aconteceu neste período para que, em consultas

médicas e de enfermagem, atividades em sala de espera e reuniões mensais com a nutricionista, fisioterapeuta e educador físico, pudéssemos levar aos usuários informações importantes para o bom controle de sua doença. Para a equipe que atende os usuários diariamente foi uma oportunidade de crescimento profissional, pois estivemos sempre nos aperfeiçoando e nos reciclando e até aprendendo coisas novas para transmitirmos para os usuários em nossas atividades. É importante que a comunidade saiba que as ações realizadas no período da intervenção foram incorporadas à rotina da unidade e que as mudanças já são nítidas e são refletidas na melhora da qualidade da assistência aos hipertensos e diabéticos e a comunidade em geral.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Resolver de modo geral os problemas de saúde de uma população demanda não só vontade, mas articulação e mobilização de vários gestores engajados em um único processo. Conseqüentemente, pode-se introduzir através de novas abordagens de condições que melhorem a qualidade de vida e saúde de uma determinada população. O atendimento e o acompanhamento qualificado aos hipertensos e diabéticos são de fundamental importância, pois diminuem os riscos de complicações, aumentam a sobrevivência e melhoram a qualidade de vida dos pacientes, portanto, é necessário que haja o apoio de todos os órgãos envolvidos, desde a comunidade até o administrador público para a concretização de um Programa de atenção à hipertensão e diabetes eficaz, conforme é preconizado.

O presente trabalho possibilitou significativas contribuições para o nosso processo ensino-aprendizagem, em especial, os conceitos teóricos introdutórios sobre hipertensão e diabetes, que viabilizaram uma aproximação adequada da vida e história dos usuários, atualizando também o conhecimento da equipe.

A oportunidade de estar nesta unidade com um olhar sensibilizado pelas ideias, proporcionou um conhecimento mais aprofundado das relações sociais e da forma de vida das pessoas moradoras destas comunidades. Desta forma, começamos a vislumbrar ações direcionadas e vinculadas à realidade das pessoas do lugar. Pessoalmente e profissionalmente foi um crescimento imensurável adquirido durante o período de intervenção, aprendi a valorizar que os momentos de espera dos pacientes para as consultas são momentos importantes para fortalecer as orientações e que isso faz muita diferença na vida dos pacientes, aprendi também sobre a aplicar o controle social, conhecendo apenas na teoria, durante e após a intervenção temos valorizado a opinião dos usuários de forma que eles conheçam seus direitos e o poder que retêm nas mãos. Além disso, o contato estabelecido com as pessoas que compõem a rede social local, a exemplo dos

moradores antigos, líderes comunitários, líderes religiosos, profissionais de saúde significou o início de parcerias saudáveis e promissoras.

Por fim, vivenciar o processo de trabalho com toda a equipe envolvida na participação do Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes, propiciou a formação de vínculo afetivo, elemento indispensável para o bom funcionamento das atividades entre pacientes e equipe.

6 REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56p. : il. (Caderno de Atenção Básica, n. 28, volume I).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização de Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes Mellitus** - Brasília 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. **Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)**. Ciênc. Saúde Coletiva [online]., v.16, suppl.1, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>> Acesso em: 14 de outubro de 2014.

NAKAMOTO. A.Y.K. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Revista Brasileira de Medicina: Editora Moreira Jr. Vol. 69 (4). Abr. de 2012.

PEDROSA. R.P., DRAGER. L.F. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2005. Acesso em www.medicinanet.com.br em 16 de outubro de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, vol.95, n.1

ANEXOS

ANEXO B - Planilha de coleta dados

Indicadores HAS e DM - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está 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?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | +

	A	B	C	L	M	N	O	P	Q	R	
1	Indicadores HAS e DM - Mês 1										
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente necessita tomar medicamentos?	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
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	or risco
4		1									
5		2									
6		3									
7		4									
8		5									
9		6									
10		7									
11		8									
12		9									
13		10									
14		11									
15		12									
16		13									
17		14									
18		15									
19		16									

	A	B	C	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	Indicadores HAS e DM - Mês 1													
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	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?							
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim							
4		1												
5		2												
6		3												
7		4												
8		5												
9		6												
10		7												
11		8												
12		9												
13		10												
14		11												
15		12												
16		13												
17		14												
18		15												
19		16												

ANEXO C

Carta de aprovação 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
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



APÊNDICE



Reunião com a equipe de Saúde de Benevides



Atividade Educativa sobre a importância da realização de atividade física regular



Visita Domiciliar com a Equipe de Saúde a um paciente diabético



Atividade Educativa no Dia de Combate à Hipertensão



Equipe de Gestores participando da Caminhada em Combate à Hipertensão na Academia da Saúde



Atividade Física e Confraternização com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos