

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS 07 União das Vilas em Uruguaiana/RS

Rogério Paz Marques

Pelotas, 2015

Rogério Paz Marques

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS 07 União das Vilas em Uruguaiana/RS

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

Orientadora: Lenice Muniz de Quadros.

Pelotas, 2015

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

M357m Marques, Rogerio Paz

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS 07união das Vilas Em Uruguaiana/RS / Rogerio Paz Marques; Lenice Muniz de Quadros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

69 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. Quadros, Lenice Muniz de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha equipe pelo apoio incondicional, a Deus por iluminar minha trajetória e minha família que tiveram paciência por minha ausência durante o desenvolvimento deste projeto.

Agradecimentos

À minha orientadora Lenice Muniz de Quadros, pela orientação para a realização deste trabalho e pela paciência e confiança em mim depositada.

À Prefeitura Municipal de Uruguaiana e a Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e confiança depositado em mim para o trabalho e desenvolvimento da Intervenção na Unidade de Saúde, em especial à Sra. Secretária de Saúde Saionara Marques.

À minha Equipe de Saúde maravilhosa que esteve diretamente trabalhando com meus usuários de maneira incondicional para o sucesso desta intervenção.

À minha família pelo apoio e pelas palavras de alento nas horas difíceis e por todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, em especial ao meu grande e fiel amigo João Francisco, por todas as vezes que esteve ao meu lado e por todas as palavras de apoio.

Principalmente gostaria de agradecer a Deus por me capacitar dia-a-dia para que eu possa ser um profissional qualificado e criterioso.

RESUMO

MARQUES, Rogerio Paz Marques. **Melhoria da Atenção à Saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da UBS 07 – União das Vilas Uruguaiana, RS.** 2015. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Com frequência levam a condições incapacitantes do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, família e sociedade. O diagnóstico precoce oferece múltiplas oportunidades de evitar complicações e investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos para o sistema público. A associação das duas doenças na população é comum, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo usuário. Este trabalho trata-se de uma intervenção, realizada na UBS 07 de Uruguaiana-RS, com o objetivo de qualificar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar. Com o desdobrar das ações durante os quatro meses de intervenção realizou-se o cadastramento e acompanhamento de 239 hipertensos (38,8%) e 128 diabéticos (84,2%), número anteriormente desconhecido devido ao fato de não haver registros ou cadastros separados. Ao final da intervenção 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados no programa tiveram seus registros atualizados; constatou-se que 100% dos hipertensos e diabéticos utilizam medicamentos disponíveis na farmácia popular; 100% hipertensos e diabéticos submeteram-se a estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham e 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados receberam orientações nutricionais, orientações acerca dos benefícios da atividade física e riscos tabácicos. A atenção a estes usuários passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe, proporcionando a capacidade de articular a atenção à demanda espontânea e programada e ampliou as possibilidades de resolubilidade das demandas locais. Espera-se que a gestão amplie este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de avaliação das atividades, que assegure a composição adequada da equipe, bem como espaços de reflexões das práticas clínicas. E para a comunidade deixamos o ensejo de que se aproprie das ações preventivas para que estas superem as ações curativas.

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

Lista de Figuras

Figura 1-	Apresentação do município de Uruguaiana.....	15
Figura 2-	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.....	40
Figura 3-	Cobertura do programa de atenção ao diabético.....	41
Figura 4-	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia.....	42
Figura 5-	Proporção de diabético com exame clínico em dia.....	42
Figura 6-	Proporção de pacientes hipertensos com exames complementares em dia.....	43
Figura 7-	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia.....	44
Figura 8-	Proporção de pacientes com medicamentos prescritos da Farmácia Popular.....	44
Figura 9-	Proporção de pacientes diabéticos com medicamentos prescritos da Farmácia Popular.....	45
Figura 10-	Usuários hipertensos que receberam avaliação odontológica.....	46
Figura 11-	Usuários diabéticos que receberam avaliação odontológica.....	46
Figura 12-	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	48
Figura 13-	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	48
Figura 14-	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	49
Figura 15-	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	50
Figura 16-	Proporção de hipertensos com orientação nutricional.....	50
Figura 17-	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	51
Figura 18-	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	52
Figura 19-	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	52
Figura 20-	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	53
Figura 21-	Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	54

Lista de Siglas e Abreviaturas/

ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoprotein
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low Density Lipoprotein
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
RN	Recém nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1	Análise Situacional.....	9
1.1	Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) 9	
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional .	15
2	Análise Estratégica	16
2.1	Justificativa.....	16
2.2	Objetivos e Metas.....	17
2.2.1	Objetivos Específicos:.....	17
2.2.2	Metas:	17
2.3	Metodologia.....	19
2.3.1	Ações.....	20
2.3.2	Indicadores.....	25
2.3.3	Logística.....	31
2.3.4	Cronograma	34
3	Relatório da Intervenção	35
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	35
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	37
3.3	Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados.....	37
3.4	Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço.....	38
4	Avaliação da Intervenção.....	39
4.1	Resultados	39
4.2	Discussão.....	54
5	Relatório da Intervenção para os Gestores.....	56
6	Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	58
7	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	60
	Referências	62
	ANEXOS	63

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A intervenção objetivou a melhoria na atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na área de abrangência, após a implantação de estratégias voltadas para melhorar a cobertura e a qualidade da assistência à saúde desta população na Unidade Básica de Saúde (UBS) 07, localizada no bairro União das Vilas, no município de Uruguaiana/RS.

O volume é formado por cinco capítulos que relatam de forma sequencial as ações realizadas e os resultados obtidos. Os capítulos são: 1- Análise Situacional, que retrata de forma fidedigna a organização do serviço e do processo de trabalho da unidade e permite identificar as potencialidades e fragilidades do serviço; 2- Análise Estratégica, onde foi construído o projeto e descreve os passos da intervenção com base no foco identificado; 3- Relatório da Intervenção, relata detalhadamente como ocorreram as ações; 4- Avaliação da Intervenção, apresenta os resultados alcançados; 5- Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem, é onde está descrito como foi o processo do curso para o especializando e a equipe. Para finalizar o trabalho, encontram-se as referências e os anexos.

1 **Análise Situacional**

1.1 **Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) estamos justamente implantando a Estratégia de Saúde da família (ESF), faço parte de uma equipe pequena, porém comprometida. No meu município está aberto o processo seletivo para agentes comunitários de saúde (ACS), Técnicos e Enfermeiros. Tenho muita sorte também, pois minha UBS vai passar por uma reforma para adequar-se as normas do Ministério da Saúde. Trabalho, temos bastante e serei responsável por uma área de aproximadamente 4000 pessoas, e são usuários muito necessitados de atenção básica. Quando fui conhecer o local fiquei muito feliz em saber que tenho uma escola de ensino fundamental na área.

A sensação que tenho é que estou participando ativamente dessa reorganização, essa revolução que visa à expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, o que me enche de alegria, satisfação e orgulho por ter tido essa oportunidade.

Falando um pouco do meu dia a dia, tenho uma agenda aberta, decidimos que seria melhor assim até mesmo pela demanda de usuários, são 12 consultas agendadas mais 4 que nós chamamos de urgências. Nessas 12 consultas 4 são de prioridade para idosos, gestantes e ou portadores de necessidades especiais. Por turno não consigo atender mais que 14 ou 16 usuários até mesmo pelo fato que temos um ambulatório sempre cheio de usuários e que a enfermeira precisa solicitar minha avaliação sempre que é necessária.

Fazemos também pequenos procedimentos na unidade para tentar desobstruir um pouco o ambulatório do hospital e pelo fato de estarmos em uma comunidade distante. Aproveitando para falar da unidade, como havia dito, ela vai passar por uma reestruturação que já deveria ter começado, porém até o presente

momento segue no papel. A ideia é ampliar a unidade e adequar às normas do ministério, pois aqui teremos duas equipes de ESF.

Atualmente temos uma recepção de bom tamanho, porém sem ar condicionado, apenas um ventilador bem gasto. São 6 consultórios, mais o ambulatório, sala de vacinas, sala de triagem, farmácia e fisioterapia. Uruguaiana é uma cidade muito quente, sensação térmica sempre próxima a 40°, porém temos apenas 4 ar condicionados, meu consultório por exemplo não tem ar condicionado, o que dificulta o trabalho e torna a rotina muito mais cansativa, sem falar do usuário que já nos procura por que está sentindo algo e chega na UBS e encontra essas condições, por isso aguardamos o começo das obras para que esses problemas possam ser resolvidos, apesar de que a comunidade está bastante satisfeita com nosso trabalho, motivo que nos estimula muito.

Quando comecei a trabalhar aqui me chamou atenção a quantidade de usuários diabéticos mal controlados apesar do esforço da enfermeira que já havia iniciado com um grupo de hipertensos e diabéticos coordenado por ela mesma sem a presença e o apoio de um médico, ai surgiu uma grande oportunidade para atualizar o cadastro de todos os usuários diabéticos, rastreá-los e adequar o tratamento, incentivar a realização de atividades físicas, trabalhar com esses usuários todos os fatores de risco. Já iniciamos algumas medidas, incentivando a participação deles nos grupos que passaram a ser mais frequentes. Estamos montando um cadastro, digitalizando para poder cruzar as informações de usuários e dessa forma obter os resultados a curto e longo prazo, incentivando a dieta, conscientizando sobre a importância fundamental da adesão ao tratamento, solicitando hemoglobina glicosilada pelo menos duas vezes ao ano, uma série de medidas todas voltadas para a prevenção das complicações do diabetes.

Esta seria apenas uma das muitas medidas que estamos implementando na unidade visando melhorar a qualidade da atenção e cuidados da saúde do usuário diabético. Recentemente iniciamos com grupo de gestantes que é um projeto novo na unidade e nossa meta seguinte é iniciar nas duas escolas da nossa área o Programa Saúde na Escola (PSE).

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Uruguaiana pertence à região sudoeste do Rio Grande do Sul, com uma população estimada em 125.000 habitantes segundo o último censo (IBGE, 2010). Possui uma das piores infraestruturas de saúde da região da fronteira-oeste, devido à escassez de profissionais de saúde principalmente na atenção básica. Contamos com um hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde, com aproximadamente 200 leitos e 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas pela cidade, todas estão em fase de transição para Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém a falta de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde entre outros profissionais tem dificultado essa transição. O trabalho desenvolvido nestas Unidades Básicas de Saúde é especificamente curativo, talvez pela demanda de pacientes e pela escassez de profissionais.

O Programa Mais Médico tem somado muito no município, totalizando 19 profissionais atuando na atenção básica de segunda a sexta-feira mudando os números assustadores da saúde, redução de natimortos, sífilis congênita que “tínhamos” um dos mais altos índices do estado, redução da mortalidade materna infantil, além dos usuários crônicos como os hipertensos e diabéticos que estavam totalmente abandonados e mal controlados.

Minha UBS está localizada no extremo leste da cidade, ainda na zona urbana em uma localização estratégica, pois está rodeada por vários bairros carentes, aproximadamente 8 km do centro da cidade. São duas equipes incompletas que estão em transição para Estratégia de Saúde da Família, formadas apenas por um médico, um enfermeiro para as duas equipes, um técnico para cada equipe, um agente comunitário de saúde para cada equipe com um total aproximando de 10.000 usuários para as duas equipes.

A falta principalmente de Agentes Comunitários de saúde (ACS) dificulta a identificação de muitos usuários, e como nossas unidades estão, em sua grande maioria, em áreas muito populosas e carentes e muitas vezes de difícil acesso, como exemplo a Unidade Básica de Saúde 7 que apesar de estar na zona urbana, encontra-se em uma região distante do centro da cidade o que dificulta o deslocamento dos usuários até mesmo em situações de emergência. Hoje contamos com apenas 2 ACS para as duas equipes, precisaríamos pelo menos 13 novos agentes para que pudéssemos ter 100% de cobertura. Às principais limitações

encontradas na Unidade Básica de Saúde segue sendo como dito anteriormente a falta de recursos humanos, somos poucos para muitos. Precisariamos pelos menos mais um médico, duas enfermeiras e três técnicas de enfermagem. Vemos que as necessidades são inúmeras e nos falta tempo, ou didática para enfrentá-las, porém estamos estudando e trabalhando essas ações, afim de que possamos oferecer um serviço de qualidade e que nada mais é do que um direito de cada cidadão. Já iniciamos com grupos de gestantes, passamos a nos reunir semanalmente com hipertensos e diabéticos, estamos trabalhando em forma intensa com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, puericultura, saúde do idoso e estamos empenhados para formar um Conselho de Gestão Participativa na nossa UBS, acreditando que esta seja uma das formas mais avançadas e corretas, pois assim tornamos a comunidade como co-responsável e como diz a própria palavra, participativa.

Nossos indicadores de cobertura estão abaixo em todos os grupos, por exemplo, apenas 24% das consultas de puerpério foram realizadas, estimamos que 49% das crianças menores de um ano tiveram um acompanhamento na UBS, não existe um controle sobre o número ou percentual das mulheres entre 25 e 64 anos que fazem a prevenção do câncer do colo uterino e mama. Apesar da implementação de grupos semanais com hipertensos e diabéticos, onde trabalhamos estratificação de risco cardiovascular, agendamos consultas, verificamos aqueles usuários faltosos ou com exames atrasados, orientamos sobre alimentação saudável e atividades física regular, apenas 5% e 13% dos nossos hipertensos e diabéticos respectivamente estão com acompanhamento em dia na UBS, assim como os idosos que apenas 7% estão com o acompanhamento em dia. Da mesma forma enfrentamos dificuldades com a Saúde bucal, onde para uma população de mais de 10.000 pessoas um único odontólogo não consegue desenvolver ações preventivas e tem que resumir seu trabalho a tratar, além disto, esse profissional recebe usuários encaminhados de outras unidades com uma complexidade inferior.

O município não tem medido esforços para mudar essa realidade, melhorando a infraestrutura das unidades, não deixando faltar materiais e medicamentos e estando em contato direto com cada equipe de saúde. Ainda não temos um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, mas já está aprovado pelo Ministério da Saúde. A atenção especializada é feita na cidade e também em outros

municípios, como Rosário do Sul, Santa Maria, Ijuí e Porto Alegre. A parte de análises clínicas é feita no município que conta com um laboratório de referência na região.

A relação com o público é ótima, com muito respeito, isso é resultado do bom trabalho dos profissionais que já trabalhavam ali e nós médicos viemos para somar. Somos dois médicos do programa, uma colega do primeiro ciclo e eu. Em relação à estrutura da UBS, temos um espaço bom o suficiente para atender a demanda da população. Entretanto o espaço é mal estruturado, por exemplo: inadequação do prédio para acesso de portadores de necessidades especiais, existência de degraus, ausência de rampas alternativas, calçadas inadequadas para o deslocamento das pessoas, ausência de corrimão nos corredores, ausência de banheiros com portas adaptadas, o piso e as paredes são de difícil higienização, a parede é texturizada, o que dificulta muito a desinfecção, banheiro para os usuários é apenas um, comportando feminino e masculino e não está adequado para portadores de deficiência.

Em relação às equipes estamos engajados nos grupos, infelizmente devido à demanda de usuários da nossa unidade ficamos sem tempo para ampliar nossos grupos. No princípio tentei organizar minha agenda de uma maneira que os usuários pudessem identificar as atividades na unidade, mas foi impossível cumprir devido à demanda espontânea, somos poucos para muitos, e a única saída que encontro na atualidade é aumentando o número de equipes.

Os grupos que trabalhamos na UBS são: Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Idosos, Puericultura e Grupo de Gestantes, até conseguimos visitar uma escola que está próximo da unidade, mas não passou da primeira visita, a falta de tempo não nos permitiu dar continuidade, porém, esse é nosso próximo passo. Sobre o pré-natal de baixo risco ele é feito pela enfermeira e todas as usuárias tem sua consulta agendada conosco para os controles. Um problema grave que enfrentamos no município é com a rede mesmo, pois quando precisamos encaminhar à usuária para a maternidade ou se ela possui alguma patologia que precisa ser controlada pelo especialista, na maioria das vezes perdemos o controle, e muitas vezes nem ficamos sabendo como foi o parto, como está o recém nascido (RN) e a puérpera, é essa sensação de vazio que enfrentamos sempre, até por que nossos agentes comunitários não conseguem rastrear essas famílias.

Sobre a prevenção do câncer do colo uterino e mama, estamos intensificando e estimulando com os grupos e folhetos informativos, não conseguimos quantificar ou identificar indicadores de qualidade pois a unidade possui apenas prontuários que em sua maioria estão incompletos e não há um registro separado dessas usuárias. A falta de um prontuário eletrônico ou um programa dificulta o controle desses indicadores. Fica bastante difícil até mesmo responder algumas questões reflexivas, pois precisamos trabalhar com estimativas o que acaba confundindo.

Nossos hipertensos e diabéticos passam pelo mesmo problema, ou seja, não conseguimos rastrear pela falta de ACS e muito menos trabalhar com os indicadores, pois não temos esses registros ainda. As estimativas são assustadoras, pois apenas 5% dos usuários com mais de 20 anos frequentam a unidade. O que estimula é saber que dentro de pouco tempo essa realidade vai mudar e nós vamos conseguir identificar esses usuários e também poder rastreá-los, pois abriu um processo seletivo para ACS aqui no município.

Durante todas essas semanas que estivemos analisando nossas ações e fazendo uma reflexão sobre os desafios que enfrentamos diariamente na UBS, o que mais me surpreendeu foi saber que essas pessoas estão há muitos anos ou décadas sem um controle real de saúde, e que a UBS era um lugar onde o usuário frequentava para solicitar receitas e para tratamento de doenças crônicas na maioria das vezes totalmente obsoleto, e que não existia um controle sobre isso, quem sabe a falta de controle o que significa um problema de gestão seja o que mais me indigna.

Tudo o que estamos vivendo, esse contato direto com as famílias, apesar dos obstáculos que encontramos, tem ajudado para o crescimento pessoal e das equipes. Poder visualizar o problema e tratar a causa é algo muito interessante e importante. Espero poder dar continuidade a esse trabalho e seguir trabalhando com essas famílias.



Figura 1 – Apresentação do município de Uruguiana

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Quando faço um comparativo entre a ideia inicial e como evolui durante a análise situacional é muito interessante por que comecei aquele texto agradecendo a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos, e uma frase que me marcou muito foi que “aposto no novo,” pois acredito que sempre podemos colher algo positivo, e hoje a um pouco mais de três meses vejo meu crescimento, e isso me enche de orgulho e estimula a seguir esse caminho. Encontramos mais obstáculos do que havíamos imaginado, mas também estamos aprendendo como vencê-los e superá-los.

Entre o período do texto Inicial sobre a situação da ESF e o Relatório da Análise Situacional, pude constatar que foi possível através desta análise, conhecer todos os requisitos necessários para a implementação e estruturação de uma UBS, bem como, conhecer melhor os programas trabalhados pela ESF. Este relatório permitiu conhecer em detalhes os pontos fortes e frágeis do trabalho realizado na UBS onde estou lotado para a partir daí propor ações no sentido de melhorar a qualidade do trabalho da equipe.

2 Analise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública, e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006a). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, estas doenças levam, com frequência, a condições incapacitantes do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas oportunidades de evitar complicações.

A possibilidade de associação das duas doenças é muito comum, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo indivíduo. Investir na prevenção é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos para o sistema público. Na UBS em questão existe um grande número de usuários hipertensos e diabéticos, porém observa-se uma tênue adesão ao acompanhamento e as atividades de educação em saúde, o que reflete em um grande número de usuários com valores pressóricos e glicêmicos descompensados.

Neste sentido, partindo da análise situacional da atenção ao hipertenso e diabético atendido na UBS 07, podemos observar que há necessidade de qualificar a prática clínica e intensificar ações de prevenção e promoção da saúde deste público alvo garantindo a longitudinalidade da atenção, a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, impactando assim na melhor qualidade de vida da população acompanhada pela Unidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Qualificar a atenção à Saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS 07 União das Vilas em Uruguaiana/RS.

2.2.1 Objetivos Específicos:

- 1-Ampliar a cobertura de atendimento a usuários hipertensos e/ou diabéticos;
- 2-Melhorar a adesão do hipertenso e/ou 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-Realizar promoção da saúde.

2.2.2 Metas:

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos:

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

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

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

Objetivo 5 - Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O acompanhamento ao hipertenso e diabético é uma ação programática importante desenvolvida na unidade de saúde, tendo como uma das finalidades principais a redução da morbidade e mortalidade, assim como a redução das complicações relacionadas ao diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Com a finalidade de promover melhorias no atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, propomos, após a análise situacional, intervir nesta ação programática. Para a realização dessa intervenção, o Protocolo a ser seguido será o Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, nº 37 e 36. Brasília – DF. 2013

A intervenção será realizada num período de 16 semanas, programada para início em outubro de 2014, sendo desempenhado as ações na Unidade de Saúde, do município Uruguaiana, através de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes a área da unidade de saúde. A captação dos usuários será realizada na UBS. Os dados coletados serão repassados para caderneta, ficha espelho e prontuário, que contém todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção disponibilizadas pelo curso. Também serão realizadas

atividades como: Grupos de orientações, integração de toda a equipe multiprofissional durante o cuidado, capacitação da equipe sobre os instrumentos que serão utilizados na intervenção, com acompanhamento e avaliação constante.

2.3.1 Ações

Detalhamento das Ações:

Ações de Monitoramento e Avaliação: o monitoramento e a avaliação devem ser utilizados como meio de melhorar os projetos existentes, aprimorar o conhecimento sobre sua execução e seu planejamento futuro, tendo como pano de fundo a contribuição aos objetivos institucionais. Neste sentido, monitoramento e avaliação será um exercício permanente e um compromisso com as repercussões do projeto ao longo de sua realização. Sendo assim ao longo da intervenção será desenvolvido um sistema de monitoramento e avaliação através das seguintes ações:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde;
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia);
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos;
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Monitorar o número de Hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde;

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano;
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista;
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista;
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos;
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos;
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos;
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos;
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos;
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Todas estas ações de monitoramento serão realizadas pelo médico com ajuda da enfermeira e demais profissionais da UBS.

Ações de Organização e Gestão do serviço: os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão, por atenderem necessidades complexas e variáveis que têm dimensões (biofísicas, psicossociais) e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte; do usuário (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo, crônico).

Há variações individuais e, até certo ponto, cada problema é único: casos simples também comportam elementos de risco. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. No setor saúde, os usuários nem sempre têm a informação para definir sua forma de atendimento de acordo com a sua necessidade. Portanto, neste trabalho pretende-

se além de esclarecer os usuários acerca da importância do acompanhamento adequado e definir suas necessidades e prioridades, pretende-se também organizar o serviço de forma a permitir o desenvolvimento de ações de saúde de qualidade e registros que permitam o acompanhamento do usuário através das seguintes ações:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa;
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS;
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde;
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa;
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes;
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde;
- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares;
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e diabéticos;
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde;
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais;
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde;
- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros;
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença;

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco;
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda;
- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético;
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários;
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades;

Todas estas ações serão realizadas pelo médico com ajuda da enfermeira e demais profissionais da UBS. Na reunião de capacitação sobre o atendimento/acompanhamento ao hipertenso e diabético conforme o Manual do Ministério da Saúde, será decidido com a equipe quem ficara responsável por cada ação específica mas sempre com acompanhamento do proponente da intervenção.

Ações de Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS;
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir à pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes;
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares;
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos, Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular;
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde;
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista;
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;
- Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Todas estas ações serão realizadas pelo médico com ajuda da enfermeira e demais profissionais da UBS. Na reunião de capacitação sobre o atendimento/acompanhamento ao hipertenso e diabético conforme o Manual do Ministério da Saúde, será decidido com a equipe quem ficara responsável por cada ação específica mas sempre com acompanhamento do proponente da intervenção.

Ações de Qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

- Capacitar os ACS para a orientação de Hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés;
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação;
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis;
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;
- Capacitar a equipe para o captação e tratamento de usuários tabagistas;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;

Todas estas ações serão realizadas pelo médico com ajuda da enfermeira e demais profissionais da UBS.

2.3.2 Indicadores

Abaixo, os indicadores utilizados no monitoramento e avaliação dos resultados:

Relativo ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde c

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

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A Logística é uma forma de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo e armazenamento eficiente e econômico de matérias-primas, materiais semiacabados e produtos acabados, bem como as informações a eles relativas, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, é considerada área da gestão responsável por prover recursos, equipamentos, e informações para a execução de todas as atividades de uma ação. Neste sentido a logística do projeto de intervenção para a melhoria da atenção aos usuários portadores de HAS e DM na UBS 07, Uruguaiana, RS foi detalhada a fim de garantir o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações.

Para anotar as ações desenvolvidas será utilizada a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Cada usuário cadastrado na unidade terá uma ficha espelho para controle das anotações, e exames realizados em cada consulta de controle, estima-se alcançar 70% da população portadora de DM e 60% da população Portadora de HAS adstrita a área da UBS. Os usuários cadastrados terão como controle próprio uma carteira com os medicamentos utilizados e controle semanal da pressão arterial e/ou glicemia disponibilizada pelo município. As fichas espelho serão arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento de consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Um membro da equipe ficará encarregado de revisar estes prontuários mensalmente. Promover discussões e reflexões com a equipe abordando: (1) verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; (2) realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; (3) atualização do profissional no tratamento da hipertensão; (4) Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a

medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; (5) Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; (6) Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético; (7) Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; (8) Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; (09) Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; (10) o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; (11) Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes; (12) elaboração e realização de ações coletivas multiprofissionais de educação em saúde voltadas ao usuário hipertenso e/ou Diabético e sobre metodologias de educação em saúde.

Os ACS deverão ser capacitados quanto à realização da busca dos usuários faltosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço para o cadastramento dos usuários acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência portador de Hipertensão ou diabetes e que estão impossibilitados de ter acesso à unidade básica de Saúde; quanto à orientação da comunidade para à necessidades de aferir a pressão arterial e/ou glicemia ao menos uma vez ao ano e realizar as consultas e sua periodicidade; quanto a orientação da comunidade acerca da organização do serviço para o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão e ou diabetes, e divulgação das ações de educação em saúde realizadas pela equipe.

A equipe de saúde em especial os ACS deverão divulgar na comunidade sobre as ações desenvolvidas com foco no usuário hipertenso e/ou diabético, bem como a importância do acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. A comunidade deverá ser informada de como ocorrerá o acolhimento, a importância de trazer junto as consultas a carteira de hipertenso e as receitas com as medicações utilizadas; Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os usuários hipertensos e/ou diabéticos acamados ou com problemas de locomoção e sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. A equipe de saúde deverá esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras, e ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.

O acolhimento aos usuários é de suma importância dentro dos procedimentos da equipe de Atenção Básica em Saúde, uma vez que no momento em que o usuário busca por atendimento ele também busca por atenção, por acompanhamento, e o mesmo é esperado pelos seus familiares. Sendo assim, o acolhimento do usuário portador de Hipertensão e/ou Diabetes que buscarem o serviço será realizado, por qualquer membro da equipe de saúde, onde deverá ser encaminhado para uma avaliação com a enfermeira ou técnico de enfermagem, usuários com Hipertensão e/ou hiperglicemia descompensados, sinais de dor e/ou hipertermia deverão ser orientados e encaminhados imediatamente para avaliação médica ou de enfermagem conforme protocolo da Unidade e orientados a realizar o mapa de controle.

A agenda não deverá ser alterada para atender a demanda de urgências relacionadas à hipertensão e ou diabetes, estas serão priorizadas nas consultas destinadas ao pronto atendimento. Todos os usuários serão convidados a participar do grupo de Hipertensão e Diabetes na Unidade e do Projeto de Doenças e Agravos não Transmissível realizado na Unidade, onde receberão orientações de educação em saúde sobre diversos temas, incluindo saúde bucal e realização de atividades físicas. Para o registro das ações está sendo elaborada a ficha espelho de atenção à saúde do usuário portador de Hipertensão e/ou Diabete, onde mensalmente a auxiliar administrativa realizará a revisão das fichas espelhos e prontuários e encaminhará para o agente de saúde fazer a busca ativa dos usuários faltosos nas consultas e avaliações clínicas; No final de cada semana, as informações das fichas espelho serão digitadas nas planilhas eletrônicas, estima-se que em 02 meses após o início das ações 25% da população já esteja cadastrada e com o exame físico e avaliação e exames laboratoriais atualizados, participando das atividades em grupos na Unidade.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção realizada para a “Melhoria da Atenção à Saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS 07 – União das Vilas Uruguaiana, RS” na qual faço parte como médico do Programa Mais Médicos para o Brasil teve início dia 17 de novembro de 2014 com duração até fevereiro de 2015. Foram desenvolvidas várias atividades com o objetivo de qualificar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Para a realização dessa intervenção, o Protocolo usado foram os “Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, nº 36 e 37-Brasília-2013.

Muitos resultados positivos foram alcançados, mas encontramos também algumas dificuldades. As ações estabelecidas no projeto de intervenção foram na sua maioria desenvolvidas e incorporadas à rotina da unidade de saúde, conforme descritas nos subitens abaixo.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conforme estabelecido no projeto de intervenção, muitas eram as atividades a serem desenvolvidas para que a intervenção obtivesse sucesso. Conseguimos obter sucesso em muitas:

Em um primeiro momento apresentamos o projeto de intervenção à equipe e aos gestores. Posteriormente realizamos a capacitação da equipe multiprofissional sobre os cadernos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o que foi um momento bastante proveitoso, pois nem todos conheciam o protocolo do Ministério da Saúde e puderam observar a importância do mesmo para o bom

desenvolvimento das ações. Foram sanadas e esclarecidas as dúvidas e definida a atribuição de cada membro da equipe na ação programática.

Na adesão ao programa, foram realizadas ações que estimularam a participação dos usuários, como atividades educativas coletivas, que eram realizadas a cada 15 dias. Mesmo os grupos sendo pequenos, aproveitamos estes momentos para realizar as atividades, o que foi muito proveitoso, pois durante todas as semanas que foram realizados os encontros com os usuários, com um total de sete, outros profissionais, como educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos interagem com os mesmos sobre diversos assuntos. Todos os encontros foram realizados no espaço físico da UBS.

Em relação à melhoria da qualidade de atenção ao usuário hipertenso e diabético, foram desenvolvidas várias ações que vieram a qualificar a atenção, em especial ocorreu uma melhora na organização dos registros, pois começamos a utilizar o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) – E-SUS, onde cada consulta e também todas as atividades coletivas foram registradas, assim como foi feito o preenchimento da ficha espelho. Designamos um turno de 4 horas para a realização das visitas domiciliares, assim como aumentamos a demanda de pacientes atendidos para poder acolher a todos os usuários hipertensos e diabéticos. Toda a equipe foi capacitada em relação à importância do acolhimento e acesso dos usuários a unidade de saúde.

Em relação à saúde bucal, ocorreu um grande avanço, visto que a partir da intervenção todos os usuários que vinham à consulta clínica eram encaminhadas à sala do dentista para agendamento da avaliação odontológica e em caso de necessidade algum procedimento clínico ou cirúrgico.

No atendimento clínico no que diz respeito às solicitações de exames clínicos também não encontramos dificuldades. Houve um empenho do laboratório do município para que todos os usuários tivessem todos os exames segundo o protocolo.

Outras ações também foram realizadas integralmente. Orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividades físicas, com a transmissão de conhecimentos a respeito desses assuntos nas atividades educativas coletivas realizadas pela equipe da unidade, durante as consultas individuais e os encontros coletivos, assim como por uma nutricionista

recomendada pelo gestor, na ocasião os usuários puderam sanar suas dúvidas, assim como com o educador físico que realiza atividades semanais.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em relação à captação dos usuários, foi muito prejudicado devido à falta de ACS. Estamos elaborando materiais informativos onde serão explicados os sinais, sintomas e fatores de risco para que nossos usuários possam identificar e procurar atendimento.

Em relação ao contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, também foi algo que encontramos dificuldades, pois havia muita falta de informações sobre o processo de trabalho, além das dificuldades encontradas para a realização do encontro entre equipe e as lideranças. Para o próximo dia 15/04/2015 agendamos uma reunião para que possamos explicar nossa metodologia de trabalho e também realizar uma escuta qualificada das ações que os líderes consideram como principais. Colocamos cartazes informativos na unidade e em locais estratégicos para estimular e sensibilizar sobre a importância da realização o controle pressórico e glicêmico. Acreditamos que esta participação é um começo para estabelecer um vínculo mais efetivo.

3.3 Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados

Poucas dificuldades foram encontradas no preenchimento das planilhas, em relação a qual número inserir quando não ocorre a necessidade de busca ativa, ou quando a busca ativa não pode ser realizada devido a falta de ACS.

Não tivemos dificuldades na coleta dos dados, pois todos os usuários foram atendidos conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. A sistematização dos dados foi realizada diariamente, para não haver acúmulo e facilitar a digitação na Planilha de Coleta de Dados, muitas vezes preenchida durante a consulta. A digitação, no começo foi um pouco confusa, mas com o decorrer da intervenção e o esclarecimento das dúvidas, conseguimos desenvolver a atividade sem maiores dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço

A maioria das ações previstas no projeto foi incorporada à rotina diária da unidade, tendo assim a continuidade esperada. Vejo na intervenção uma melhor organização dos registros, os quais devem estar corretamente preenchidos e disponíveis para toda a equipe. Também percebo o quanto estamos entrosados enquanto equipe multiprofissional de trabalho e o quanto é importante os manuais do MS estarem disponíveis à toda equipe de saúde. Estamos mais cuidadosos em relação a seguir o protocolo, e observo que a equipe na qual estou incluído, está mais comprometida e engajada com as ações desenvolvidas, o que me deixa muito feliz. Além disso, em relação ao entrosamento da comunidade, estamos tentando sensibilizar e estimular a participação destes nas consultas clínicas e nas atividades educativas coletivas, nas quais sempre frisamos a importância da família presente nas ações desenvolvidas.

Importante também salientar que, além dos resultados positivos alcançados com a intervenção, as ações incorporadas à rotina da unidade poderão dar subsídios para outras ações programáticas, onde também se fazem necessárias melhorias na sistematização da atenção.

4 Avaliação da Intervenção

Com a finalização de mais uma etapa desse trabalho, com duração de 16 semanas de intervenção para a melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos de 20 anos ou mais na UBS 7 – ESF 19 – União das Vilas da cidade Uruguaiana, RS, os resultados são apresentados a seguir através de uma avaliação de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar os avanços no serviço (cobertura e qualidade).

Estimávamos alcançar 70% da população portadora de DM e 60% da população portadora de HAS adstrita a área da UBS. A estimativa da população do território são 4049 usuários, destes 2712 com 20 anos ou mais (67% da população total), sendo 22,7% (616 usuários) portadores de hipertensão arterial, e 5,6% (152 usuários) portadores de diabetes mellitus.

Encontramos muitas dificuldades durante a intervenção devido a falta de agentes comunitários de saúde e enfermeira, ficou comprometido o mapeamento, controle e monitoramento da intervenção, atribuições que inúmeras vezes tive que assumir para poder concluir as semanas.

4.1 Resultados

Referentes ao objetivo de ampliar a cobertura da atenção à Hipertensos e Diabéticos de 20 anos ou mais da área adstrita.

Relativo ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

As primeiras semanas foram intensas, o cadastramento e seguimento dos usuários foi realizado na unidade de saúde, tal como mostrado na figura 2, nossa meta não foi atingida, porém esse trabalho de intervenção alicerçou metas e objetivos na equipe. No primeiro mês foram atendidos 122 usuários, no segundo 169, no terceiro 208 e no quarto concluímos com 239 usuários acompanhados (Figura 2).

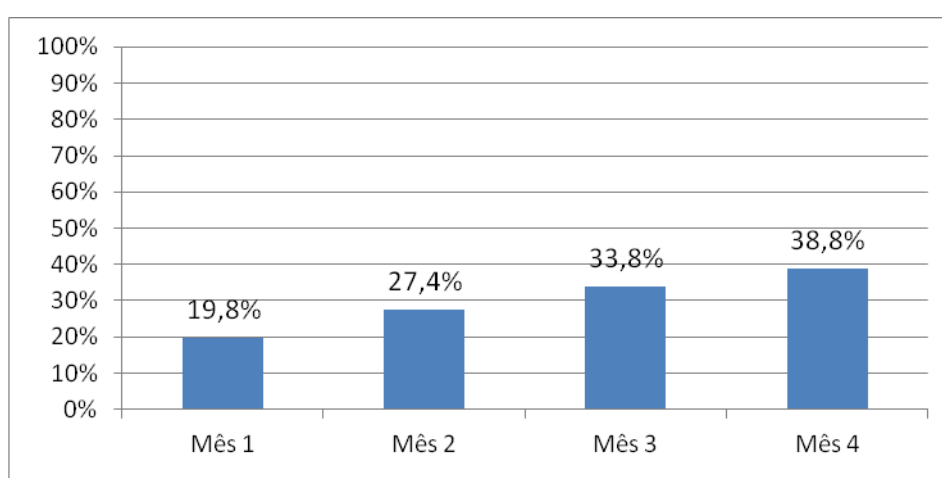


Figura 2 – Proporção de hipertensos acompanhados na UBS
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde (Figura 3).

Com os usuários diabéticos a metodologia foi exatamente a mesma, foram cadastrados, atendidos e posteriormente controlados na unidade de saúde. Neste caso, nossa meta foi atingida, até mesmo conseguimos ultrapassar os 70% de cobertura que nos propusemos no projeto inicial. No primeiro mês atendemos 20 usuários, no segundo 100, no terceiro 117 e no quarto concluímos com 128 usuários diabéticos devidamente cadastrados e acompanhados.

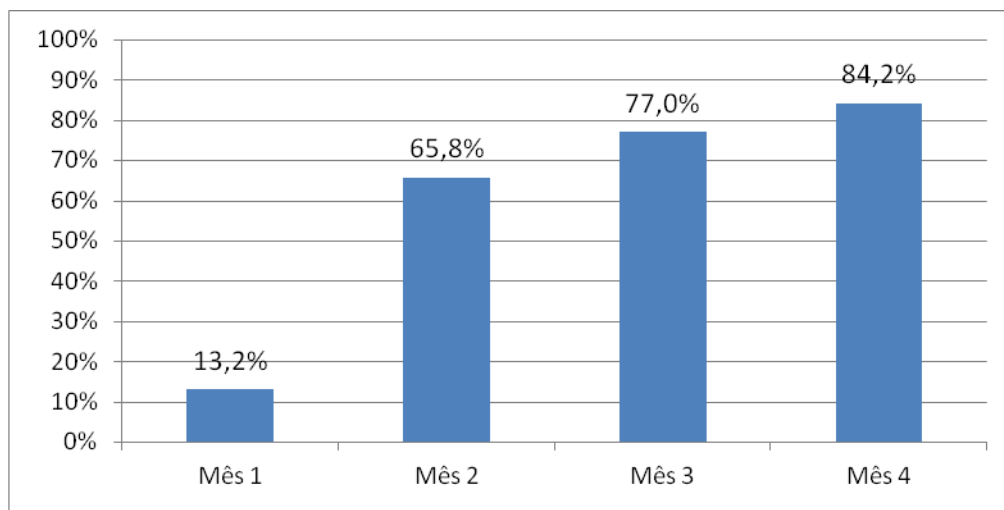


Figura 3 Proporção de Diabéticos acompanhados na UBS.
Fonte: Planilha Coleta de Dados

O número total de usuários com 20 anos ou mais da área de abrangência da unidade foi 2712 (67% da população total de 4049).

Participantes da intervenção totalizaram 253 usuários, 239 hipertensos (38,7%) e 128 diabéticos (84,2%). Infelizmente a falta dos ACS comprometeu o número total de usuárioscadastrados, apenas os usuários que buscaram atendimentos na unidade e eram portadores de diabetes ou hipertensão arterial foram cadastrados e acompanhados.

Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Foram realizados exames clínicos segundo o protocolo adotado em 100% dos usuários conforme ilustrado na figura 4, poucas ou quase nula foram às dificuldades encontradas.

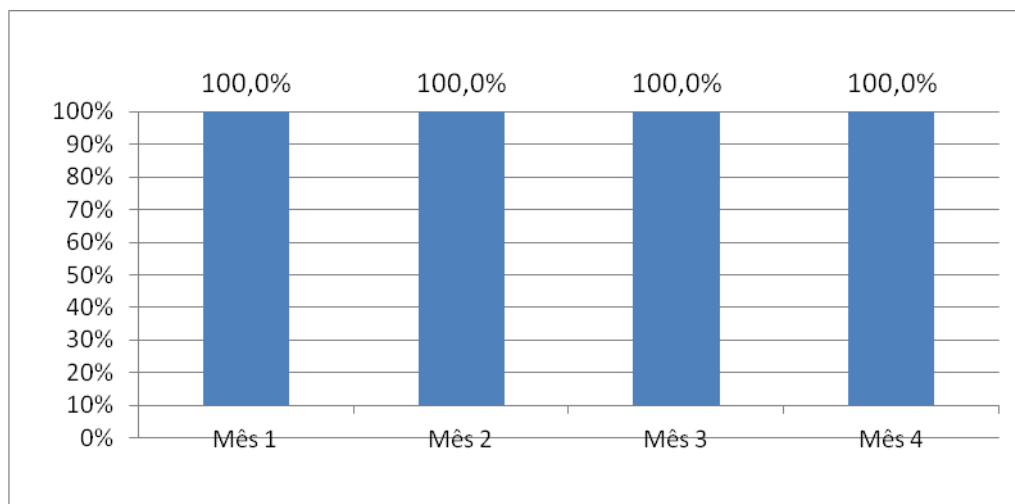


Figura 4: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A totalidade dos usuários diabéticos cadastrados no Programa de Atenção aos Usuários Diabéticos tiveram os exames clínicos segundo o protocolo adotado conforme ilustração na figura 5.

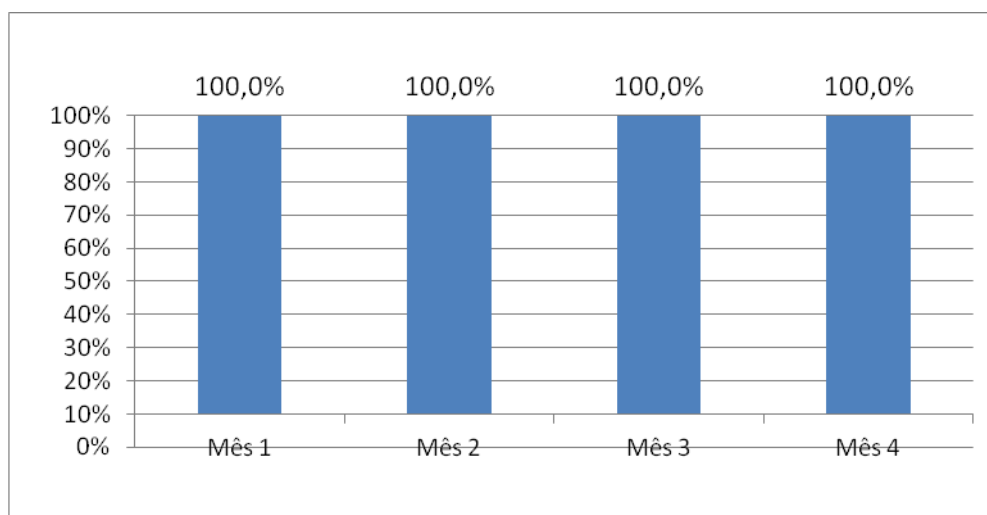


Figura 5: Diabéticos atendidos na UBS com exames clínicos em dia de acordo com protocolo
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares foram realizados segundo a demanda de urgências do laboratório municipal, sempre que uma situação exigisse urgência era priorizada para dar continuidade ao tratamento e evitar o agravo e evitar complicações mais graves. No primeiro mês 66 usuários realizaram exames complementares periódicos, número que foi crescendo atingindo 69 no segundo mês, 101 no terceiro e 121 no quarto e último mês da intervenção (Figura 6).

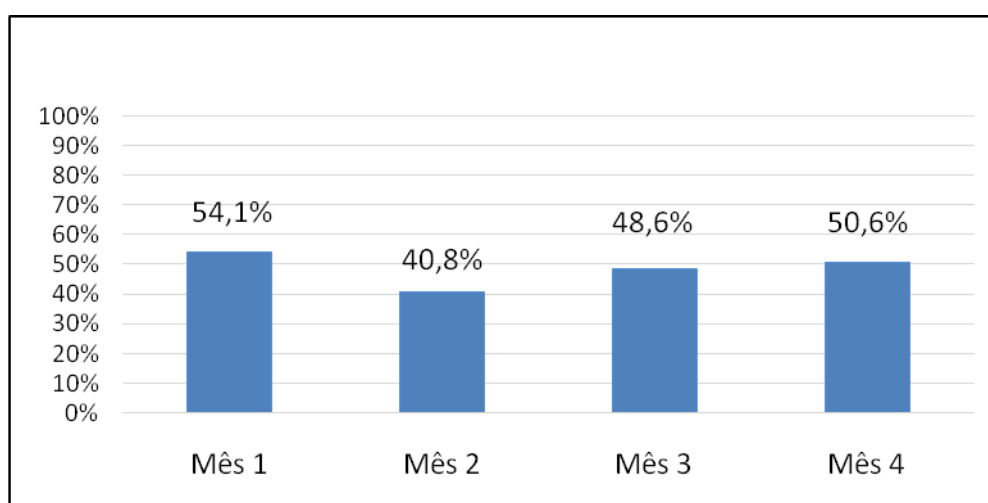


Figura 6: Proporção de usuários hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo

Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Conforme ilustrado na figura 7, no primeiro mês 85% dos usuários diabéticos cadastrados no programa tiveram os exames complementares em dia de acordo ao protocolo no primeiro mês totalizando 17 usuários, nos meses seguintes esse número aumentou, atingimos 35 usuários no segundo mês correspondendo a 35% dos usuários. No terceiro e quarto mês foram 52 e 63 respectivamente (44,4% e 49,2%).

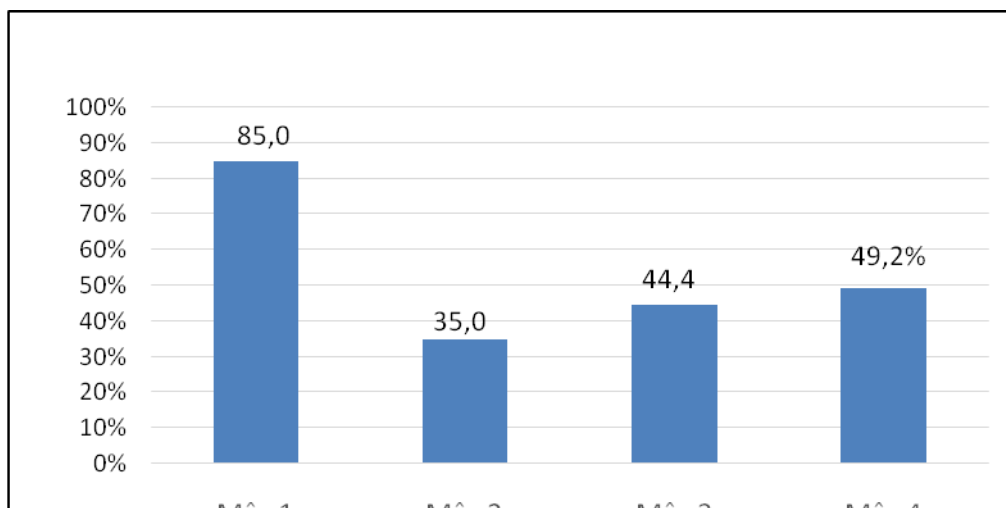


Figura 7: Usuários diabéticos com exames complementares em dia segundo o protocolo.
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

No que se refere à análise das prescrições conforme os medicamentos disponibilizados pela farmácia popular a meta centrava-se em garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Sendo assim, 100% hipertensos e 100% dos usuários diabéticos acompanhados na UBS 07 possuem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Figuras 8 e 9.

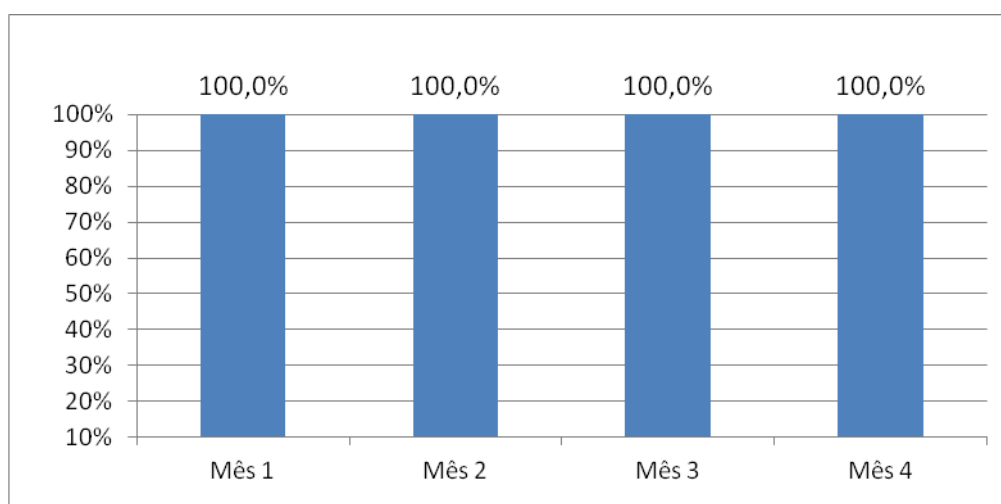


Figura 8: Proporção de usuários hipertensos com medicamentos prescritos da Farmácia Popular
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

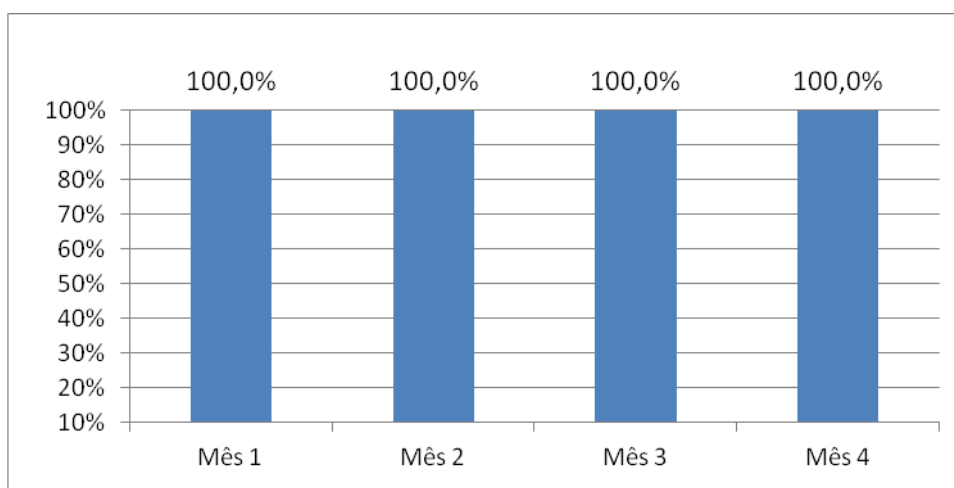


Figura 9: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Um número expressivo de usuários necessitaram de atendimento odontológico. A meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade apresentou algumas limitações. Dentre elas podemos destacar a demanda maior que a oferta de atendimento, pois nosso cirurgião dentista além da área adstrita à UBS atende usuários provenientes de vários bairros do município onde não tem profissional dentista. No primeiro mês foram 86 usuários avaliados, nos meses seguinte totalizamos, 108, 137 e 153 respectivamente. Figura 10.

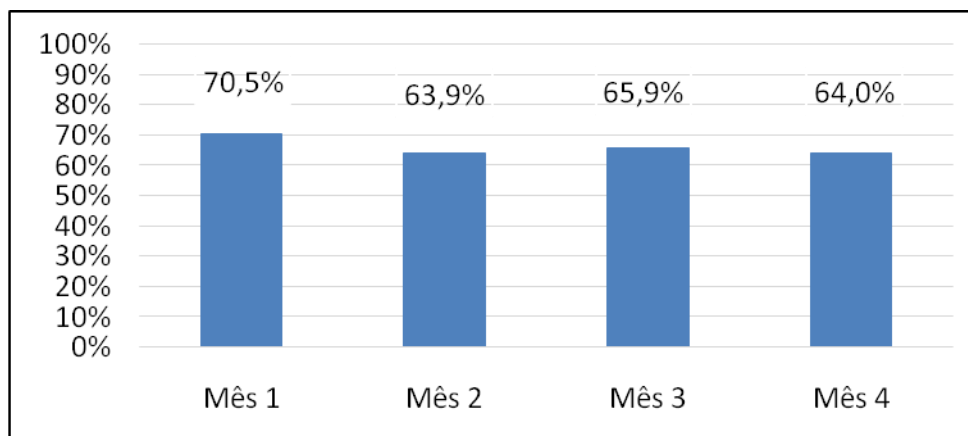


Figura 10: Usuários hipertensos que receberam avaliação odontológica
 Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Foi priorizada a avaliação odontológica aos usuários diabéticos devido a elevado incidência de gengivite, periodontite, xerostomia entre outras. No primeiro mês foram 15 usuários avaliados, nos meses seguinte foram 62, 77 e 82 respectivamente. Figura 11.

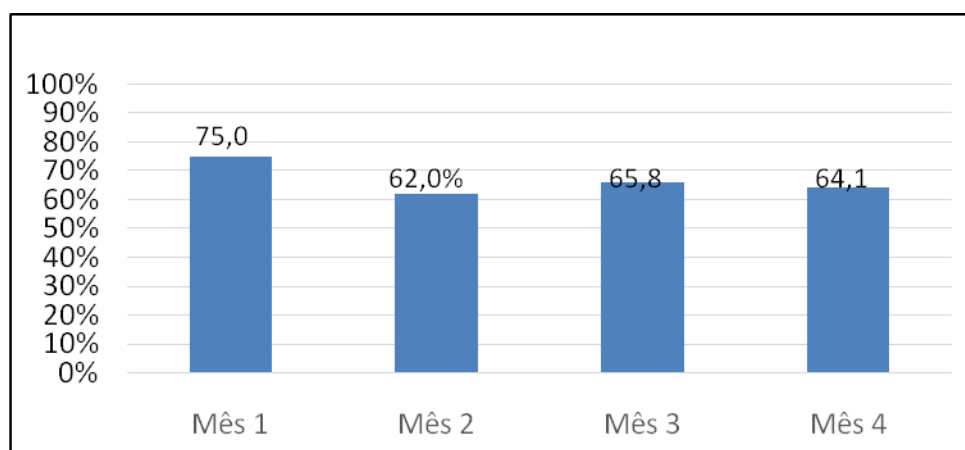


Figura 11: Proporção de usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.
 Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

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

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

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

Infelizmente esta foi nossa maior dificuldade. A falta de ACS, importante elo entre os usuários e a equipe de saúde da família, foi determinante para que não realizássemos este objetivo, buscar os usuários faltosos. Muitas dúvidas surgiram com respeito a esse indicador e como preencher a planilha. Enfrentando cada dificuldade fomos preenchendo a planilha, no primeiro mês não tivemos usuários faltosos, no segundo mês foram 10 usuários, no terceiro e quarto mês 06 e 04 respectivamente mas infelizmente estes não receberam busca ativa.

Relativo ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Muitos problemas foram identificados no momento de preencher a ficha de acompanhamento, como exemplo podemos citar a não realização de exames solicitados, assim como a demora no retorno dos resultados dos mesmos, assim mesmo nossos usuários foram controlados e tiveram o registro em dia em 100% como vemos na Figura 12.

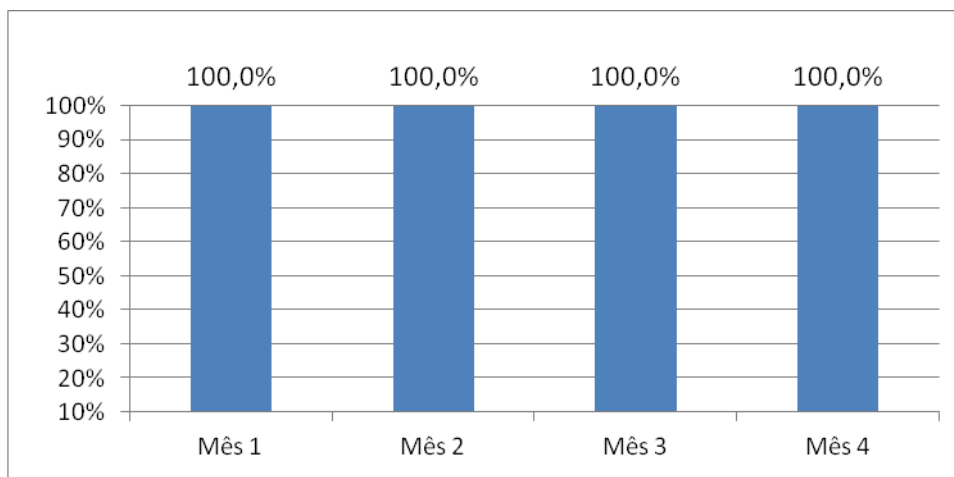


Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

Os mesmos problemas encontrados com os usuários hipertensos, aqui encontramos com os usuários diabéticos. Todos eles tiveram os registros adequados conforme orientação da coordenação do curso na ficha de acompanhamento (Figura 13).

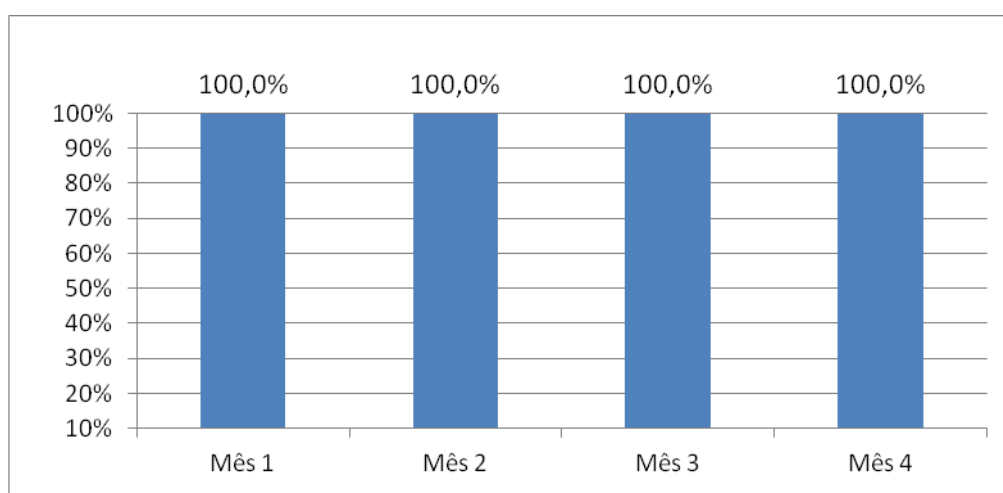


Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha Coleta de Dados.

Relativo ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Neste indicador conseguimos atingir a meta. 100% dos usuários hipertensos foram estratificados conforme o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, conforme figura 14.

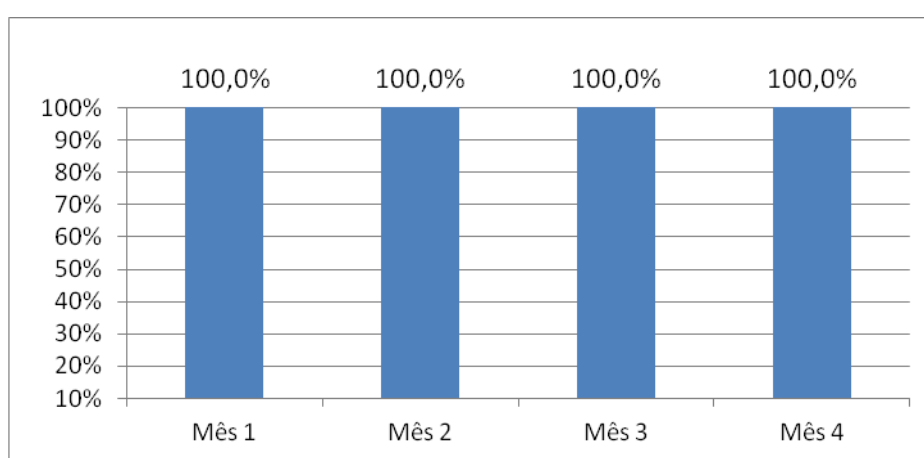


Figura 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte Planilha Coleta de Dados.

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Neste indicador também conseguimos atingir a meta. 100% dos usuários diabéticos foram estratificados conforme o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, conforme figura 15.

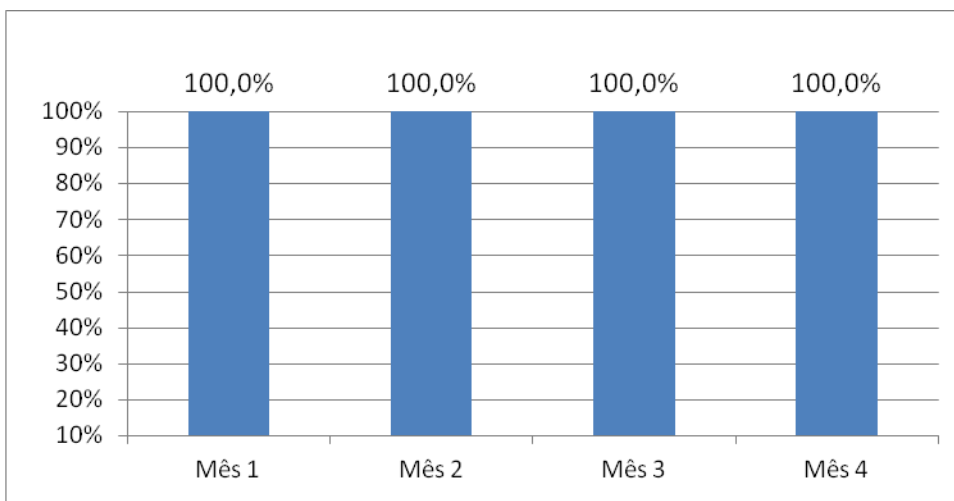


Figura 15: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha Coleta de Dados.

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A totalidade dos usuários hipertensos receberam orientação sobre alimentação saudável durante as consultas (Figura 16).

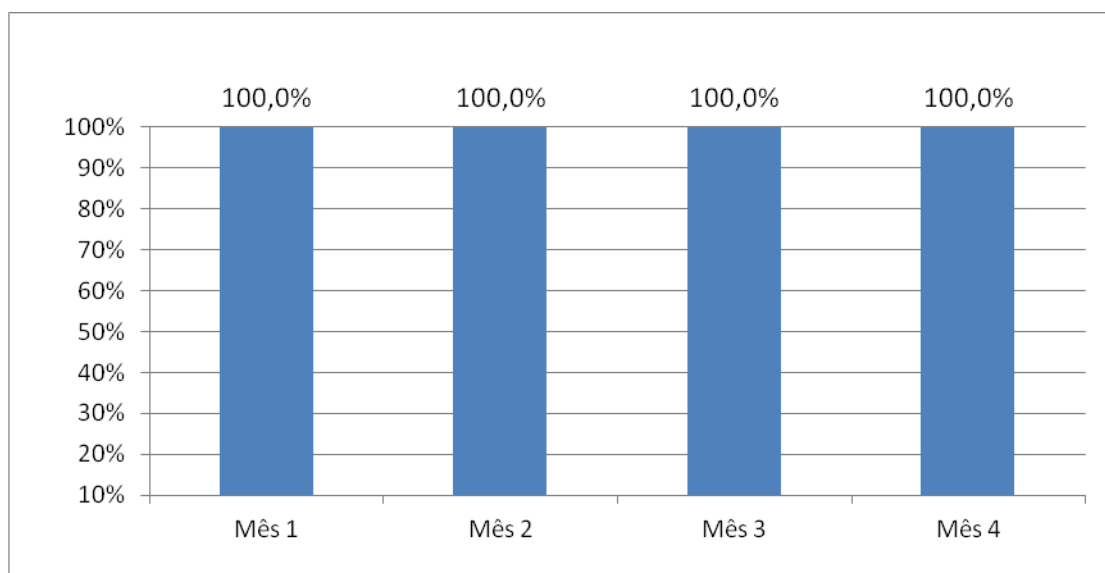


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação nutricional.
Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A totalidade dos usuários diabéticos receberam orientação sobre alimentação saudável (Figura 17).

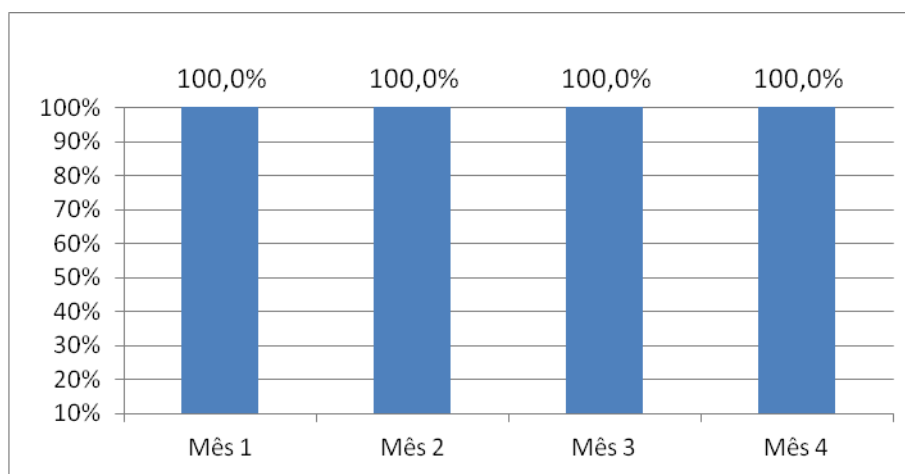


Figura 17: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
Fonte: Planilha Coleta de Dados.

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

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

Durante o período de intervenção 100% dos usuários hipertensos cadastrados receberam orientações quanto à prática de atividade física (Figura 18).

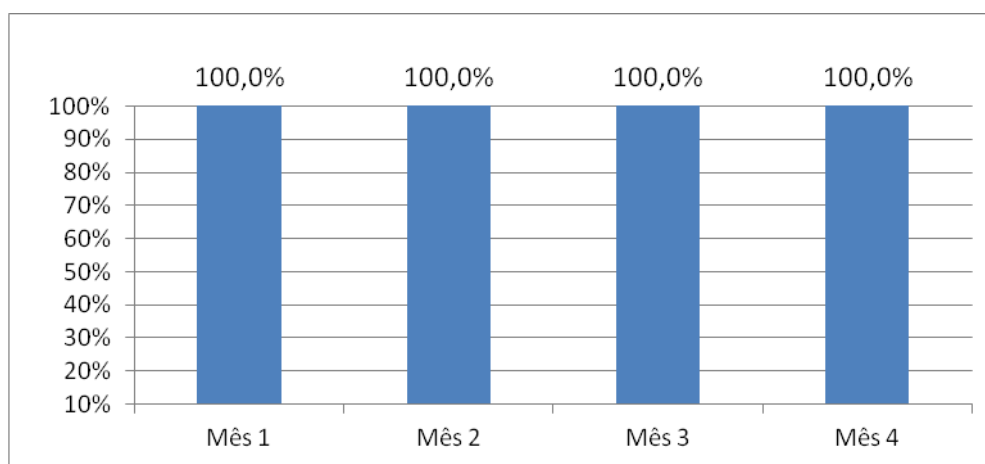


Figura 18: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física.
Fonte: Planilha Coleta de Dados.

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

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

Durante o período de intervenção 100% de usuários diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, receberam orientações quanto à prática de atividade física (Figura 19).

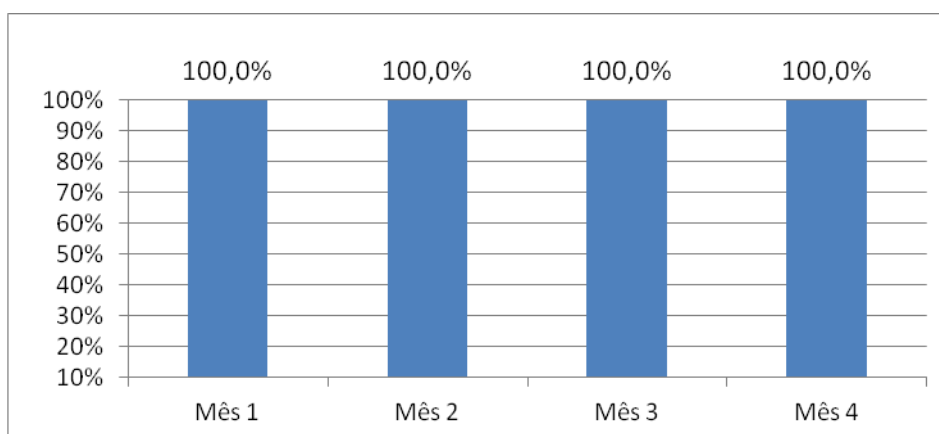


Figura 19: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade físico regular.
Fonte: Planilha Coleta de Dados.

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

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A totalidade dos usuários hipertensos e diabéticos foram orientados sobre os riscos do tabagismo. Tal proporção só foi possível graças ao trabalho multiprofissional, onde todos os profissionais da unidade realizavam orientações de

forma contínua durante o acolhimento, sala de espera, consultas, grupos e oficinas (Figura 20).

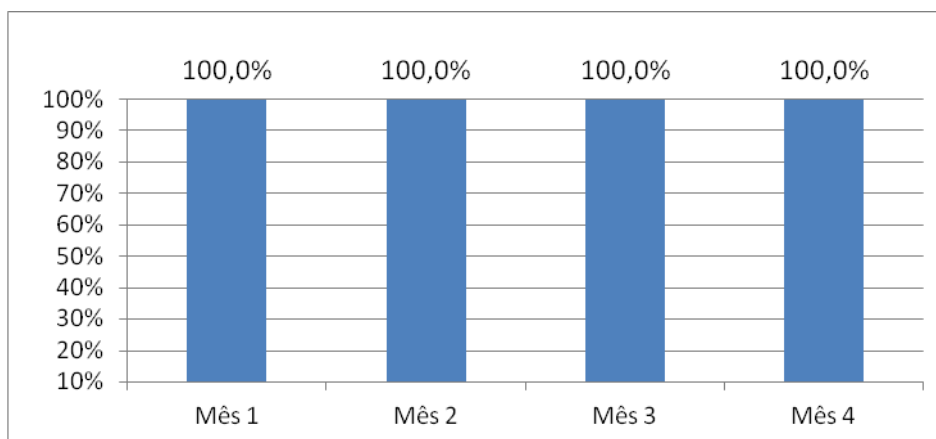


Figura 20: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade apresentou algumas limitações, porém não comprometeram os resultados quanto a orientação. 100% dos usuários que participaram da intervenção foram orientados (Figura 21).

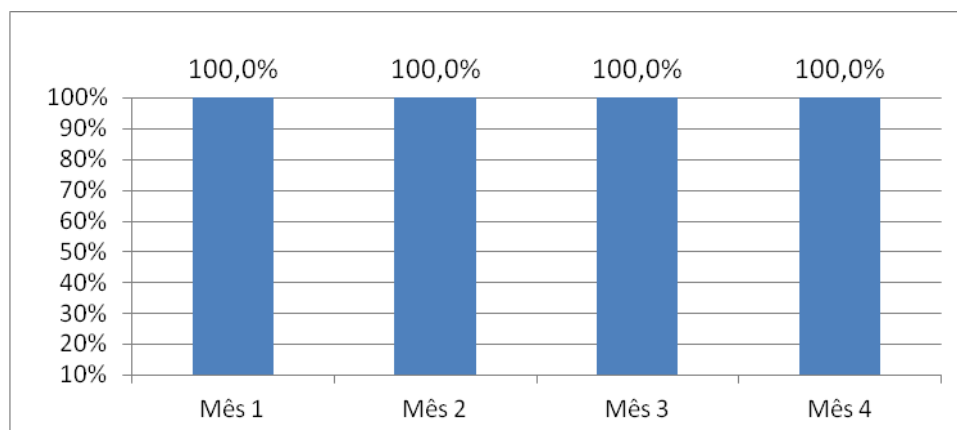


Figura 21: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha Coleta de Dados.

4.2 Discussão

Após apresentação dos resultados obtidos pelo trabalho realizado, podemos discutir se as ações tiveram impacto positivo em termos de qualificação do serviço mediante o Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos de 20 anos ou mais na UBS 7 – ESF 19 – União das Vilas – Uruguaiana, RS.

Na intervenção, realizaram-se ações nos quatro eixos pedagógicos, como monitoramento e avaliação; engajamento público; organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, estando de acordo com o preconizado pelo curso. A intervenção contribuiu para a implementação e reorganização de ações programáticas em nossa UBS.

Em relação as metas propostas pela intervenção, somente duas metas não foram atingidas, que foi em relação à cobertura de 70% dos hipertensos da área adstrita, neste caso atingimos aproximadamente 40% do proposto no projeto e também sobre o indicador de busca ativa, a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas ficou comprometida devido à falta de agentes comunitários de saúde, importante elo entre usuários e equipe.

A hipertensão arterial sistêmica assim como a diabetes mellitus são problemas de saúde pública e representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis ao tratamento, oferecendo múltiplas oportunidades de evitar complicações.

Com o desenvolvimento da intervenção, iniciamos discussões de protocolos na equipe, diretrizes de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, estudos de casos, definindo normas e rotinas para melhorar a qualidade da atenção a este grupo. Portanto, a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos passou a ser de responsabilidade multiprofissional.

Múltiplos fatores contribuíram para que não atingíssemos a proporção planejada, dentre eles podemos destacar, a falta de agentes comunitários de saúde, a rotatividade da enfermeira, que durante toda a intervenção foi afastada da unidade para assumir outros setores da secretaria de saúde, a falta de técnicos de enfermagem no serviço e a rotatividade dos mesmos. Porém, mesmo com dificuldades, o trabalho em equipe foi fundamental para a implantação das ações na

unidade, pois houve comprometimento, dedicação e satisfação dos profissionais ao observar a melhoria dos resultados de suas ações.

Embora tenhamos concluído em forma parcial, pois ainda não atingimos toda a população adstrita, todavia já podemos visualizar melhorias na organização do serviço e na qualidade da atenção. A satisfação em perceber que nossos usuários hoje reconhecem nosso acolhimento e que foi necessário qualificar a atenção para que pudéssemos melhorar nossos indicadores, tudo isso nos motiva para que possamos dar seguimento no nosso dia-a-dia usando como exemplo esta intervenção. Tais melhorias iniciais podem ser observadas com a continuidade do grupo de hipertensos e diabéticos, emagrecimento saudável, com a participação de nutricionista e psicólogo. O grupo de atividades físicas passou a contar com maior participação dos usuários e pretendemos implantar o grupo de riscos do tabagismo. Sendo assim, o serviço de saúde após a intervenção passou a ter melhor organização, com ações planejadas, registradas e avaliadas, conforme o perfil populacional e realidade local.

Pretendemos com a contratação dos agentes de saúde ampliar a captação e cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na comunidade. Também estamos planejando traçar o perfil destes usuários para investigar as complicações mais prevalentes na região. Hoje, as discussões das ações desenvolvidas na UBS fazem parte de nossa rotina de trabalho, em que a vontade de aprender, a pretensão de fazer a diferença e melhorar a qualidade da atenção ofertada à comunidade cresce a cada dia.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Este relatório tem por objetivo apresentar como ocorreu à implementação do Projeto de Intervenção para a “Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS 07 – União das Vilas Uruguaiana, RS”. Na unidade em questão, existe elevado índice de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Partindo da análise situacional da atenção ao usuário hipertenso e diabético atendido na Unidade Básica de Saúde 07, observou-se a necessidade de qualificar a prática clínica e intensificar ações de prevenção e promoção da saúde deste público, garantindo a continuidade da atenção, a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, impactando assim na melhor qualidade de vida da população acompanhada pela equipe.

Nesse sentido, o objetivo geral do projeto foi “Qualificar a atenção à Saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da UBS 07 – União das Vilas Uruguaiana, RS. As ações ocorreram nos meses de Novembro de 2014 a Fevereiro de 2015, sendo planejadas e desenvolvidas conforme os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Após quatro meses de intervenção obtivemos os seguintes resultados: Ao longo de quatro meses de intervenção, a equipe da UBS 07 realizou o acompanhamento de 239 hipertensos (38,8%) e 128 diabéticos (84,2%) adstritos no território. Podemos considerar que a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos, nos permitiu uma avaliação parcial, no qual se pode vislumbrar a melhoria da qualidade da atenção a estes usuários cadastrados e acompanhados durante este período. A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos passou a ser uma responsabilidade compartilhada entre a equipe.

Além dos indicadores de cobertura destacamos as metas atingidas nos indicadores de qualidade como: todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados estão com exame físico e exames complementares em dia, os registros no prontuário e na ficha espelho estão completos e organizados, todos receberam orientação nutricional e sobre a importância da atividade física regular e também foram orientados a respeito da higiene bucal.

Tivemos dificuldades e não atingimos a meta nos indicadores referentes a consulta odontológica e a busca ativa dos faltosos devido a falta de oferta de consultas odontológicas e a falta de ACS na UBS. Contamos com a providência da gestão para suprir estas necessidades.

Fazendo um balanço final a intervenção trouxe contribuições significativas para a equipe de saúde, que se manteve apoiada mutuamente para promover melhorias na atenção em saúde da população sob sua responsabilidade. Discussões de casos clínicos e das ações desenvolvidas na UBS incorporaram-se à rotina de trabalho, promovendo espaços de compartilhamento do saber. A vontade de aprender cresce a cada dia, e com isso pretendemos ampliar as ações para os demais programas ofertados na UBS 07 de Uruguaiana. Nesse sentido, contamos com o apoio de nossos gestores que é fundamental no sentido de suprir a demanda reprimida, garantir a composição adequada da equipe, evitar a falta de medicamentos básicos na farmácia popular, garantir a realização de exames laboratoriais de controle com resultados entregues em tempo hábil e apoiar as equipes de saúde da família no sentido de promover espaços de reuniões de equipe e reflexões das práticas clínicas em nosso ambiente de trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Este relatório vem apresentar para a comunidade como ocorreu o desenvolvimento do Projeto de Intervenção para a “Melhoria da Atenção à Saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da UBS 07 – União das Vilas Uruguaiana, RS.

O curso de especialização em saúde da família trabalha a educação em serviço, ou seja, faz com que o profissional identifique e reflita sobre a realidade local, promovendo ações de melhor qualidade na atenção à saúde da comunidade trazendo benefícios tanto para os usuários, trabalhadores, e gestão local.

Sabemos que na nossa comunidade existe um número muito alto de pessoas com pressão alta e diabetes. Por isso, foi feito este projeto para melhorarmos o atendimento destas pessoas.

As ações voltadas para os usuários hipertensos e diabéticos ocorreram nos meses de Novembro de 2014 a Fevereiro de 2015. Os resultados foram tão bons que conseguimos aumentar a quantidade de pessoas atendidas e o melhor, conseguimos registrar um número expressivo de usuários para que possamos acompanhar e saber quem precisa de medicação, quem está faltando às consultas, quem está com os exames em dia. Nos quatro meses do projeto a equipe da UBS 07 acompanhou 239 pessoas com pressão alta e 128 com diabetes. Hoje podemos realizar o acompanhamento de vocês através das fichas de cada um, atendendo a todos que precisam, mas dando preferência a quem tem um risco maior de ter complicações.

Ampliamos as atividades em grupos de hipertensos e diabéticos, alimentação saudável e atividade física, promovendo ações de forma contínua e organizada, garantindo a troca de experiências entre os participantes bem como proporcionar um momento de expor suas limitações físicas e emocionais. Já observamos que por

cultura a maioria dos usuários prefere ter um número maior de atendimento médicos ofertados (ações curativas), porém é necessário entender que os grupos de educação e saúde são muito importantes no sentido de podermos refletir sobre a prevenção de doenças e pensar sobre formas de melhorar a qualidade de vida, pois assim estamos tendo a oportunidade de decidir sobre o que é melhor para o nosso bem estar, e assim lutarmos por uma vida com mais saúde.

Esperamos que vocês continuem participando dos nossos grupos para que possamos compartilhar com vocês o que é preciso saber para se ter uma saúde melhor. O que é passado para vocês aqui pode ser repassado por vocês para o restante da família. É assim que vamos nos ajudando uns aos outros. Com a presença e participação de vocês podemos melhorar também as outras coisas que estão difíceis por aqui.

Portanto contamos com a participação de vocês nos grupos de prevenção e promoção em saúde desenvolvidos na UBS, para que as ações preventivas superem as ações curativas, pois só assim conseguiremos atingir a qualidade de nosso trabalho. Pois na verdade, muito melhor do que cadastrar e acompanhar um grande número de pessoas com estas doenças é poder trabalhar na direção da diminuição destes números.

Estaremos sempre por aqui para melhorar a atenção à saúde de vocês. Mas para isso, precisamos do apoio de todos. A unidade de saúde funciona melhor quando as pessoas participam mais do que está acontecendo. Esperamos contar sempre com apoio de vocês para que possamos melhorar também as outras áreas que estão necessitadas, como Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde da Mulher. A nossa equipe agradece o apoio e interesse de todos, e espera poder continuar trabalhando juntos.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Participar do Curso de Especialização em Saúde da Família foi algo que impactou na minha trajetória pessoal e profissional, motivo que me deixou muito feliz e me permitiu repensar sobre minha caminhada dentro do curso com a possibilidade de estar aperfeiçoando-me na área de saúde coletiva em que tenho o imenso prazer de atuar.

Com o desdobrar das ações fui observando o quão frágil era nosso desempenho enquanto Unidade de Saúde da Família, o quanto precisávamos melhorar, e que vários desafios precisavam ser superados, e foi esse propósito que me trouxe até aqui, a possibilidade de melhorar a qualidade da atenção de forma coletiva. Minha aprendizagem foi construída junto à equipe, transformando-se em um processo de educação permanente e superando as limitações.

Olhar minha unidade de saúde e o contexto (comunidade, equipe, estrutura, comparativo com o preconizado pelo Ministério da Saúde) fez com que eu me aprofundasse mais, e assumisse com responsabilidade minhas atribuições como médico dentro da equipe.

Inúmeras foram às vezes em que pensei que não daria conta de concluir minha intervenção, que deixei de participar dos fóruns e enviar as tarefas em tempo hábil, muitas foram às dificuldades que me afastavam de meus objetivos, porém, graças ao incansável apoio da minha orientadora (Lenice de Quadros), com muito diálogo vencemos cada etapa, superamos as dificuldades e concluímos o cronograma proposto.

Avaliando minha intervenção considero que foi concluída de forma satisfatória atingindo os objetivos propostos pelo projeto pedagógico mesmo que parciais, e propiciando a avaliação do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos e nos levando a planejar ações interdisciplinares contínuas. Trouxe-me a possibilidade de

compreender e aprofundar meus conhecimentos acerca do acolhimento demanda espontânea e programada, planejamento em saúde, organização do processo de trabalho com a perspectiva de promover impacto no processo saúde-doença dessa população e maior resolutividade.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel contribuiu para minha prática profissional ampliando meus conhecimentos acerca da ESF e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e da equipe, que se envolveram na busca pela melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde.

Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica da Hipertensão Arterial, n.37. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus, n.36. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Obesidade, n.38. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Brasília. Hipertensão – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.


BRASIL. Organização Panamericana de Saúde. Doenças crônicas- degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, Uruguaiana 2010.

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Illa Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

