

Universidade Aberta do SUS- UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância (EaD)
Turma 5



MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS NA UBS SANTA TEREZINHA, GARIBALDI - RS

Mohamed Gaber Abau Shwareb

Orientadora: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas – RS

2015

Mohamed Gaber Abau Shwareb

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS DIABÉTICOS
E/OU HIPERTENSOS NA UBS SANTA TEREZINHA, GARIBALDI - RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade à Distância – Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas – RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S562m Shwareb, Mohamed Abu

Melhoria da Qualidade da Atenção do Programa de Diabetes e Hipertensão na Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Garibaldi - RS / Mohamed Abu Shwareb; Maria Auxiliadora Santos Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Soares, Maria Auxiliadora Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho à comunidade de Santa Terezinha de Garibaldi e à minha equipe que entrou de cabeça no projeto de intervenção e cooperou durante todo o processo de melhoria da atenção ao diabético e hipertenso.

“Eu ainda não conheço a chave do sucesso, mas a chave do fracasso é tentar agradar todo mundo, e é o que venho fazendo todos os dias...”

(Caio Fernando de Abreu)

Agradecimentos

Meus agradecimentos à minha esposa, Karine Abau Shwareb, que esteve do meu lado me apoiando e sempre me corrigindo o tempo todo e à minha orientadora, Maria Auxiliadora, por toda a paciência e orientação neste último ano.

Resumo

SHWAREB, Mohamed Gaber Abau. **Melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos e/ou hipertensos na UBS Santa Terezinha, Garibaldi - RS.** 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a diabetes junto com a hipertensão é responsável pela primeira causa de morbi-mortalidade no país. Representa 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Diante disto e da deficiência encontrada na Análise Situacional, realizou-se uma intervenção direcionada a usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Terezinha, Garibaldi/RS, durante 04 meses (setembro a dezembro de 2014). Mediante análise situacional, constatou-se que havia necessidade de intervir na situação de saúde do hipertenso e diabético, pois, embora houvesse uma cobertura positiva, muitos destes usuários adotavam um estilo de vida sedentário, sem o uso correto dos medicamentos e sem o acompanhamento clínico de forma contínua como preconiza o Ministério da Saúde (MS). Foram estimados 760 hipertensos e 188 diabéticos na área, com a intervenção pretendíamos cadastrar 53% (403) dos hipertensos e 93% (175) dos diabéticos. A partir da intervenção, cadastramos um total de 131 hipertensos e 50 diabéticos, atingindo uma cobertura de aproximadamente 17% dos hipertensos e 27% dos diabéticos, ou seja, não foram atingidas as metas, possivelmente devido ao fato de não possuímos agentes comunitários de saúde na equipe, o que dificultou a captação dos usuários. Entretanto, garantimos a continuidade do acompanhamento, a realização dos exames clínicos e complementares e o fornecimento de orientações que estimularam a adoção de práticas de vida saudável. Ou seja, por meio da intervenção foi possível garantir uma melhor qualidade da assistência prestada, incluindo a prática da busca ativa dos faltosos à consulta. Infelizmente, não foi possível priorizar o atendimento odontológico, visto que na UBS não há equipe de saúde bucal. A intervenção propiciou a reflexão das atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, proporcionou a integração da equipe, a melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, além de otimizar a agenda para atender a demanda espontânea.

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

Lista de figuras

Figura 01	Estimativa de hipertensos e diabéticos na área adstrita da UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	54
Figura 02	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	56
Figura 03	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	56
Figura 04	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	57
Figura 05	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	58
Figura 06	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	59
Figura 07	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	59
Figura 08	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa realizada pela equipe da UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	61
Figura 09	Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso e diabético da unidade de saúde Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.....	68
Figura 10	Quadro comparativo entre os indicadores de qualidade da atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes antes e após a intervenção realizada na USF Santa Teresinha,	69

	Garibaldi – RS, 2015.....	
Figura 11	Equipe realizando o cadastramento de novos usuários na unidade, controle de medicamentos na unidade e realização do monitoramento semanal das atividades para a busca ativa dos faltosos. UBS Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.....	70
Figura 12	Viagem do grupo de hipertensos e diabéticos à Festa do Morango - introdução aos alimentos saudáveis - e em realização de sala de espera na unidade de saúde Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	70
Figura 13	Grupo de hipertensos e diabéticos na Festa do Morango, viagem promovida pela equipe de saúde da UBS Santa Terezinha. Feliz/RS, 2014.....	72
Figura 14	Atividade em grupo com os diabéticos e hipertensos, que acontece mensalmente na nossa unidade básica de saúde Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.....	73

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente comunitário da Saúde
ACD	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação a Distância
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAM	Pronto Atendimento Médico
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TQC	Teste de Qualificação Clínica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	12
1. Análise situacional	13
1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2. Relatório da análise situacional	14
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional	23
2. Análise estratégica	25
2.1. Justificativa	25
2.2. Objetivos e Metas	26
2.2.1 Objetivo Geral	26
2.2.2 Objetivos Específicos e Metas	26
2.3. Metodologia	29
2.3.1 Ações	29
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	48
3. Relatório da intervenção	49
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	51
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso	51
4. Avaliação da intervenção	54
4.1. Resultados	54
4.2. Discussão	64
4.3. Relatório da intervenção para os gestores	65
4.4. Relatório da intervenção para a comunidade	70

5. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	74
6. Referências	76
Anexos	77
Anexo A – Ficha Espelho	78
Anexo B – Planilha de Coleta de Dados	79
Anexo C – Documento do Comitê de Ética	80

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos assistidos na UBS Santa Terezinha, Garibaldi/RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Terezinha não temos uma equipe de ESF (Estratégia de Saúde da Família) e nem Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nossa equipe é formada por um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma recepcionista e três fisioterapeutas. A Secretaria de Saúde quer nos integrar a uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que foi organizada recentemente. A unidade, provisoriamente, está funcionando em um prédio locado, onde antes funcionava um restaurante, já que o nosso posto de saúde está sendo construído na mesma região, a obra foi embargada por um tempo, depois da troca de prefeito e liberada novamente para terminar a construção, com previsão de término para junho de 2015. A unidade em construção tem aproximadamente 1000m² deve funcionar como uma ESF, com inclusão dos ACS na equipe.

O município de Garibaldi possui dez postos de saúde e um Pronto Atendimento Médico (PAM), sendo que a nossa área de abrangência é responsável por cerca de cinco mil habitantes. Os acolhimentos são feitos pelas técnicas de enfermagem ou pela enfermeira em uma grande sala, onde estão os prontuários e materiais arquivados, e ocorrem de acordo com o atendimento previsto para o dia. Os usuários que vão fazer a consulta passam por uma triagem, medem a pressão, o peso e a temperatura e posteriormente são encaminhados para o consultório. O agendamento das consultas ocorre toda sexta-feira de uma semana para outra por meio do contato telefônico ou pessoalmente. As queixas mais frequentes no

consultório são problemas de coluna, infecção gastro-intestinal e infecção respiratória.

Uma vez por semana há atendimento na unidade comum pediatra, uma ginecologista e um outro clínico geral, que atendem somente na parte da manhã. O pediatra realiza o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) da criança e a ginecologista, o pré-natal. Algumas vezes realizo em meu consultório a puericultura e o pré-natal, quando os especialistas não estão disponíveis ou sempre que necessário.

A UBS em que atuo realiza frequentemente atividades voltadas para o público diabético e hipertenso. Para intensificar as ações nesta área formamos um grupo de atividade educativa, que desenvolve caminhadas e atividades físicas ao ar livre, também realizamos em nossa unidade o dia do homem, atividades contra o câncer de pele, dia contra a violência e atividades de combate às drogas.

No município há um lugar específico para vacinação a fim de reduzir o acúmulo de pessoas nas unidades. A maioria dos medicamentos podem ser retirados no próprio posto de saúde, com a receita válida por seis meses.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Garibaldi está localizado na região serrana do Rio Grande do Sul com cerca de 32 mil habitantes. Visando a melhoria da saúde, a gestão da Secretaria de Saúde foi implantada junto à prefeitura do município e para fortalecer as ações de atenção básica, as unidades foram distribuídas para atender 11 localidades diferentes, sendo que cada uma atende em torno de 4 mil habitantes. São oito Unidades Básica de Saúde tradicionais e uma ESF com equipe de NASF vinculada. Uma das unidades de saúde é o Posto de Saúde Central, que atende toda a população e oferece assistência à saúde mental, à saúde bucal, com dois consultórios para os profissionais de odontologia, assistência e apoio aos narcóticos e alcoolistas, atendimento de fonoaudiologia e está recebendo a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Este posto é o único que realiza exames laboratoriais, assim como o Centro de Saúde São Francisco é o único local de vacinação do município.

O município possui também um hospital com maternidade e um PAM, destinado a atendimento de urgência, com as mesmas características de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com atendimento 24 horas, realizando encaminhamentos para outros municípios.

Todos os agendamentos e consultas do município de Garibaldi são feitos para os usuários de cada área respectiva, o usuário já fica ciente disto e é direcionado ao posto que cobre sua área para realizar o agendamento. Entre as atividades que a equipe realiza destaca-se as visitas domiciliares, a busca dos faltosos e as atividades em grupo. A visita é agendada para os usuários que não tem condições de locomoção, no turno em que há disponibilidade da equipe e do carro da prefeitura.

Quando o usuário recebe o pedido de exame é direcionado para a Secretaria de Saúde, que classifica a consulta com o especialista entre urgente ou de rotina, entrando assim para uma fila de espera de até quatro meses. A prefeitura possui múltiplos contratos com especialistas sob a regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim, direcionar o usuário ao tratamento prescrito. Os exames feitos no Posto Central são realizados dentro de duas a três semanas e em caso de urgência, feitos no mesmo dia ou em até dois dias corridos.

O Posto de Saúde Santa Terezinha, UBS em que trabalho, está localizada na região leste de Garibaldi oferecendo atendimento básico tradicional para 5 mil usuários. A unidade conta com uma equipe formada por uma recepcionista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, três fisioterapeutas e um médico clínico geral, além de outros que atendem somente um turno por semana, sendo outro clínico geral, uma ginecologista e uma pediatra.

A recepcionista e as técnicas de enfermagem se intercalam no acolhimento dos usuários, elas avaliam a complexidade do caso e encaminham para a enfermeira que observa a necessidade de intervenção médica. Realizamos na unidade procedimentos como pequenas cirurgias, suturas, exame papanicolau e eletrocardiograma (ECG). Os exames de laboratório são direcionados ao posto central. O agendamento para nossa equipe ocorre toda sexta-feira, assim, agendamos 10 ou 12 usuários por turno, e todos os dias deixamos três ou mais vagas para atendimento de urgência. Até hoje não enfrentamos fila de espera, a agenda é bem organizada, de forma que não temos uma demanda reprimida.

Cada planejamento da equipe é discutido semanalmente e apresentado a Secretaria de Saúde, assim discutimos nas reuniões de equipe quais ações devemos realizar, os problemas enfrentados pela equipe e as estratégias de intervenção.

Nossa UBS funciona em um local provisório e não pode ter nenhum tipo de reforma, pois toda a verba foi destinada ao novo projeto e construção da nova sede da UBS Santa Terezinha. Desta forma, a atual estrutura não está adequada à acessibilidade, pois não possui rampas, corrimãos, banheiros para deficientes, piso antiderrapante e nenhum tipo de mobiliário especial voltado aos deficientes. Nossa equipe oferece auxílio aos usuários com alguma deficiência, de forma que os cadeirantes precisam ser carregados, quando tem um degrau impossibilitando o acesso ao andar superior.

A unidade é composta por uma recepção principal com assentos e uma pequena brinquedoteca, dois consultórios de atendimento médico, sendo um no térreo próximo à recepção e outro no andar superior, na qual é composto também por uma sala de espera e um sanitário. No térreo, existe uma sala para curativos integrado à sala de triagem, onde se realiza o peso e guarda os prontuários; uma sala de enfermagem, diretoria, um consultório de psicologia, uma sala de esterilização, um espaço para fisioterapia, uma sala vaga e um espaço adaptado para palestras e encontro dos grupos educativos. No corredor entre o sanitário e a sala de enfermagem se encontra o almoxarifado, composto por diversos armários.

Como o atual edifício era um local já aprovado e fiscalizado pela Vigilância Sanitária e com alvará de funcionamento antes da adaptação, ele apresenta revestimento e piso adequados para uma unidade de saúde, salas ventiladas e com iluminação direta. Somente a sala de fisioterapia, almoxarifado e depósito não apresentam aberturas para ventilação. A recepção contém somente uma porta de madeira, assim como todas as outras esquadrias, com vidros para entrada de luz, porém sem ventilação direta. Os sanitários não tem adaptação para portadores de deficiência física e piso antiderrapante. Acredito que a nova construção haverá outras salas como sala de nebulização e de depósitos, saída específica para ambulância, rampas de acesso e mais consultórios. Além disso, acredito que haverá uma equipe melhor estruturada, inclusive com agentes de saúde, para atender a comunidade.

Estamos recadastrando os usuários e, por enquanto, a contagem é de somente um mil usuários, o que ainda não possibilitou fazer a divisão por sexo e idade. Há uma estimativa de 1800 famílias sob nossa cobertura. Com o novo programa do E-SUS instalado pretendemos dar continuidade a esta contagem dos usuários.

Nossas dificuldades estão na falta de dados e de agentes comunitários de saúde. Possuímos pouca demanda nos atendimentos, devido ao baixo número de usuários que frequentam nossa unidade. Nossos usuários são adaptados ao que possuímos, toda a equipe trabalha junto, fazendo triagens e pequenos procedimentos. Nossos medicamentos são os listados pela farmácia central, porém atendemos todos os usuários com seus devidos medicamentos, conforme a prescrição. As necessidades estão sendo, aos poucos, sanadas, pois quando cheguei no município, eu trabalhei por um mês sem nenhum material de procedimento, somente com consultas, então, a Secretaria de Saúde logo providenciou materiais e equipamentos para atendermos um número maior de usuários com diferentes necessidades.

Observa-se que a unidade, em geral, atende aos mesmos usuários, assim a equipe conhece boa parte dos usuários que vem à unidade e seus problemas, devido ao constante retorno. Isso é uma vantagem para nós e para o usuário, pois favorece o vínculo e o diálogo horizontal. A atenção aumenta, o tempo de consulta e os procedimentos são bem mais rápidos de realizar, sem espera. Somente os exames que dependem da prefeitura, que acabam demorando e limitando o diagnóstico. Entretanto, a equipe pretende, com a inserção dos ACS, garantir o acesso a outros usuários, já que estes profissionais percorrerão a área e cadastrarão novos usuários.

A assistência à criança, na unidade, se dá na consulta com o pediatra no dia agendado, o qual realiza os registros de forma regular no prontuário. Caso o pediatra não esteja disponível, a criança passa por mim, médico generalista e da família. Não temos um número certo de crianças que fazem o ACD, os dados nunca foram coletados para fazer uma contagem ou controle da assistência prestada a este público. O monitoramento regular das consultas depende da própria mãe, que traz a criança até nós, sem que as busquemos.

O indicador de cobertura do Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso estima que 60 crianças menores de um ano residam em nossa área de abrangência, entretanto, estimamos que somente 15 (25%) são assistidas em nossa unidade, embora nenhuma delas tenha sido consultada nos primeiros sete dias de vida. Estas 15 (100%) realizaram o teste do pezinho, receberam monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinas, tiveram suas mães orientadas sobre o cuidado com a criança e passaram pela consulta de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Somente 20% (03) estão em atraso com a consulta e nenhuma foi avaliada em relação a saúde bucal.

Para melhorar a assistência à criança na nossa unidade, seria essencial realizar a busca ativa das crianças, divulgar o serviço por meio de jornais e mídia local e entrar em contato com creches e escolas para orientar as famílias e professores sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Ao que se refere à assistência às gestantes, nós estranhamos a baixa procura e demanda de gestantes na nossa unidade, embora não façamos busca ativa, o que acaba limitando a ampliação da cobertura. Somos incapazes de saber o número correto de gestantes em nossa área, sendo que somente sete (9%) das 75 gestantes estimadas para nossa área estão com consultas e acompanhamentos ativos e, provavelmente, receberão atendimento após o parto, pela ginecologista. As gestantes tem prioridade no atendimento da unidade e seus dados são registrados apenas nos prontuários; elas, em geral, realizam uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no último trimestre da gestação. Em caso de alto risco, a gestante tem seu prontuário identificado e é encaminhada para o segundo nível de atenção.

Das nossas gestantes, 100% (07) das nossas gestantes tiveram o pré-natal iniciado no 1º trimestre, com consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e solicitação, na 1ª consulta, dos exames laboratoriais preconizados. Todas elas receberam a prescrição de suplementação de sulfato ferroso, orientação para aleitamento exclusivo e realizaram o exame ginecológico por trimestre. Três delas, ou seja, 43% receberam a vacina antitetânica e nenhuma recebeu a vacina contra hepatite B ou foi avaliada quanto a saúde bucal.

Para melhorar a assistência à gestante seria importante oferecer testes rápidos de gravidez; ter um profissional da saúde bucal para oferecer os devidos cuidados; oferecer acompanhamento com nutricionista; implementar grupos e atividades visando a saúde da gestante, envolvendo a mídia e a comunidade em geral; além de buscar a presença da ginecologista/obstetra nessas atividades.

Nos últimos 12 meses tivemos somente quatro (7%) puérperas assistidas na nossa unidade, das 60 previstas para a área, de acordo com o CAP. Todas elas se consultaram antes dos 42 dias pós-parto, tiveram suas consultas registradas devidamente, abdômen examinados e foram orientadas sobre os cuidados básicos com a criança e o aleitamento materno exclusivo. Apenas duas (50%) foram orientadas sobre o planejamento familiar. Por outro lado, nenhuma puérpera teve suas mamas, estado psíquico ou intercorrências avaliadas.

Outro serviço oferecido pela nossa equipe é o exame preventivo do câncer de colo de útero, um dos que mais tem prioridade em nossa UBS. Dia após dia aumenta o número de pessoas que procuram este tipo de exame e diminui o número de casos confirmados de câncer. Nossa UBS está aumentando a capacidade de acolher mais usuárias e percebemos a necessidade de estruturar melhor esta ação programática, de forma que as informações sobre o exame preventivo estejam mais acessíveis. Por isso estamos registrando todos os citopatológicos em um arquivo, que facilita identificarmos o número de usuárias que fizeram os exames, quem fez, os números dos prontuários e os resultados obtidos.

A prevenção do câncer de colo de útero está disponível para 1377 mulheres entre 25 e 64 anos, sendo que destas, 983 (71%) mulheres foram acompanhadas na UBS para a prevenção do câncer de colo de útero. Embora observemos uma boa cobertura desta ação programática é preciso melhorar a orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e Doença Sexualmente Transmissível (DST), pois somente 670 (68%) e 350 (36%) das mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na unidade receberam este tipo de orientação, respectivamente.

Por outro lado, vemos uma alta porcentagem dos exames coletados com amostras satisfatórias, obtendo um índice de 92%(900). Consideramos, também, que 92% (900) possuem o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. 6% (63) estão com o exame com mais de seis meses em atraso, 1% (7) receberam seu exame citopatológico alterado, 69% (680) receberam avaliação de

risco para câncer de colo de útero e 76% (750) mulheres tiveram exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Para melhorar a cobertura de exames preventivos pretendemos iniciar um trabalho de educação sobre o câncer de colo de útero e a forma de prevenção, oferecendo orientações em escolas e universidade. Além disto, é importante realizar o registro das orientações fornecidas durante a consulta e ao identificar situações de risco realizar o devido encaminhamento da usuária para o serviço especializado.

Quanto à prevenção do câncer de mama, 500 (97%) usuárias entre 50 e 69 anos das 517 estimadas, foram acompanhadas pela unidade. Os achados clínicos e os encaminhamentos destas usuárias são registrados nos prontuários individuais, o que torna difícil a checagem, por parte da equipe, de cada um destes prontuários para levantar uma estatística. Desta forma, estimamos que 40% (200) estão com mamografia em dia e passaram pela avaliação de risco para câncer de mama; 52% (260) estão com mamografia em atraso, devido, principalmente, à grande demora da regulação no agendamento do mesmo; e 80% (400) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Acreditamos que esta boa cobertura de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mamas e deva ao fato da maioria dos nossos usuários serem mulheres desta faixa etária que vem para as consultas regularmente, tanto para renovar os medicamentos, quanto para fazer *check-up*, assim sempre perguntamos sobre a realização da mamografia e seu resultado.

Para ampliar ainda mais este tipo de assistência é importante que a equipe continue a acolher a usuária na unidade e a informá-la sobre a importância da realização da mamografia. Vale destacar, que caso a usuária possua um alto risco para câncer de mama, nós sinalizamos o prontuário para sempre ter mais cuidado nesta assistência e garantir a preferência destas mulheres nas consultas e exames.

Ao que se refere ao atendimento aos hipertensos e diabéticos, podemos dizer que na nossa unidade trabalhamos todos os dias e turnos para atender estes usuários, que sempre passam pelo acolhimento e são avaliados pelo médico ou enfermeira. Não existe acúmulo ou espera desses usuários e os medicamentos para hipertensão e diabetes estão sempre disponíveis na nossa UBS. Vale destacar que

as receitas são válidas por seis meses para ter certeza que os usuários não ficarão sem medicamentos.

Fazemos um grupo mensal com a presença de mais ou menos 15 pessoas entre hipertensos e diabéticos. Para ambos, não possuímos registros de atendimento específicos ou cadastro e, infelizmente, para realizar o preenchimento do CAP fizemos uma estimativa de dados. De acordo com o CAP, há em nossa área 1119 hipertensos com 20 anos ou mais residindo na área de cobertura da UBS Santa Terezinha, entretanto estimamos 1015 (91%) hipertensos. Na minha opinião, de fato, esta é a maior cobertura entre as ações programáticas desenvolvidas na nossa UBS.

Os resultados dos indicadores de qualidade são variados, nenhum hipertenso foi avaliado quanto a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 74% (750) estão em atraso nas consultas, 26% (260) estão com os exames periódicos em dia, 79% (800) receberam orientação sobre a prática de atividade física e 59% (600) receberam orientação sobre nutrição e alimentação saudável. Esses últimos índices são altos devido ao grupo mensal que fazemos para diabéticos e hipertensos, onde todas as informações e orientações são passadas para eles. Não temos dentista, por isso não oferecemos avaliação de saúde bucal para estes usuários. Em relação ao indicador de qualidade, para melhorar, vamos precisar implantar um *check list*, o que vai lembrar o profissional, durante o atendimento, de realizar todos os exames clínicos e de laboratórios.

Entre os diabéticos, cobrimos 100% (320) deles em nossa unidade, porém 75% (240) estão com consulta atrasadas em mais de sete dias e somente 16% (50) estão com os exames periódicos em dia e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses realizado; 6% (20) receberam o exame físico dos pés nos últimos três meses e nenhum deles teve a realização da estratificação de risco por critério clínico ou a sensibilidade nos pés avaliada, bem como, não foram avaliados quanto a saúde bucal. Observa-se, entretanto, um número alto referente às orientações, já que 72% (230) foram orientados sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional.

Para melhorarmos a assistência aos diabéticos da nossa área de abrangência poderia ser intensificado a realização da classificação para risco cardiovascular, através do uso de um *check list*, para ter certeza que estamos fazendo todos os

exames, e trazer um laboratório para nossa UBS, com infra-estrutura adequada, materiais e insumos. Tais estratégias agilizariam a realização dos exames, aumentaria o vínculo com os usuários e melhoraria a qualidade da assistência prestada ao usuário hipertenso e diabético da área.

Também saliento que é importante adequarmos nossos horários para atender somente aos usuários do programa HIPERDIA, programa dedicado à distribuição de medicamentos aos hipertensos e diabéticos, voltando-se para uma assistência multiprofissional, além de ser necessária a contratação de agente de saúde, os quais poderiam realizar a busca ativa dos usuários e identificar aqueles que necessitam de assistência domiciliar.

Ao que se refere à assistência ao idoso, estimamos que na área de abrangência da UBS Santa Terezinha haja 545 idosos, ou seja, 80% dos 685 estimado pelo CAP, embora acreditamos na possibilidade de ter mais idosos do que o indicado, mesmo nosso levantamento sendo menor.

Dos idosos que são assistidos pela nossa equipe, 28% (150) são portadores de Diabetes Mellitus (DM) e 62% (340) de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). 83% (450) estão com o acompanhamento em dias, embora não tenham tido avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbi-mortalidade, avaliação de saúde bucal e investigação de indicadores de fragilização na velhice, e 73% (400) foram devidamente orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física regular.

Como nenhum idoso possui a caderneta do idoso, pensamos que é importante a Secretaria de Saúde providenciar tal instrumento para ser distribuído entre a população acima dos 60 anos, o que pode melhorar a informação ao próprio idoso e sua família sobre as suas condições de saúde. Além disto, creio que é importante produzir um formulário especial para atender esses usuários e assim ter certeza que estamos avaliando-os de forma adequada.

Depois de todas essas análises e levantamentos, podemos observar a nossa falta de organização ou estruturação dos dados referente à assistência prestada na unidade. Mesmo possuindo uma agenda sempre disponível para atender a todos, sem uma demanda reprimida, podemos observar que há deficiências no serviço e que a ausência de alguns equipamentos, serviços e profissionais que impossibilita a captação de novos usuários.

Quando preenchemos os questionários, a maioria das nossas respostas era não ou não temos, por não ter uma estrutura completa, uma equipe maior e/ou materiais suficientes. A saúde bucal é um destes serviços que não oferecemos e não podemos garantir ao usuário, já que todos devem ser atendidos no Posto Central, onde não temos governabilidade para atuar. Quando perguntei à equipe o que tínhamos de errado, riram e disseram: “não temos nada, para poder dizer o que está errado”. Entretanto, observo que há uma boa organização na distribuição dos medicamentos e no agendamento das consultas. Todos nós estamos dispostos à mudar e oferecer o melhor para a nossa população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Sempre citei o fato de não sermos ainda uma ESF, porém, ainda, um grupo de profissionais atuando em uma unidade tradicional, sem ACS e sem equipe de saúde bucal, limitados em realizar avaliação, definir um diagnóstico e prescrever um tratamento. Entretanto, ao nos depararmos com os resultados do Caderno de Ações Programáticas, ficamos insatisfeitos com o atendimento prestado na unidade e com vontade de melhorar esta realidade, pois estamos em um município com boa qualidade de vida, em que as pessoas são extremamente amigáveis e formam uma espécie de família com a equipe de saúde.

Um fato que persiste, desde o momento em que realizei o diagnóstico da unidade e mais chama a atenção da equipe é a grande quantidade de idosos com saúde frágil e a falta de mulheres procurando a nossa UBS, o que evidencia a necessidade de realizar mais atividades em grupo e aumentar o número de visitas domiciliares. Ao que se refere aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, observa-se que temos ampliado as ações voltadas para este público, porém as mesmas ainda são incipientes, por isso acredito que devemos investir esforços nesta ação programática e realizar a busca ativa destes usuários que ainda não são acompanhados pela unidade.

Desde que cheguei à unidade foi possível notar a carência de informações sobre a situação de saúde da comunidade adstrita; de contagem e armazenamento

dos prontuários, registrados no computador ou em uma ficha simples e do deficiente processo de acolhimento ao usuário. Desta forma, posso afirmar que não há diferença da situação da unidade desde que cheguei ao município, entretanto, hoje, após a construção da análise situacional da área, conseguimos visualizar estratégias possíveis de serem implementadas para a melhoria da qualidade da assistência na unidade.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de morbi-mortalidade no país e de amputações de membros inferiores. Representa 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica submetidos à diálise, embora já existam informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e as pessoas já tenham, progressivamente, acesso a esses cuidados.

O município de Garibaldi possui diversos imigrantes italianos e gaúchos que são apaixonados por comida e na sua maioria encontram-se com alto nível de colesterol, devido ao consumo de alimentos com alto teor de sal e gordura, o que acaba levando o município a ter diversos casos de hipertensão e diabetes. A UBS Santa Terezinha, de acordo com o CAP, é responsável por 1119 hipertensos com 20 anos ou mais e 320 diabéticos com 20 anos ou mais. A falta de cadastro e a baixa qualidade da atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos ficou evidente no preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, entre os indicadores de qualidade, o melhor resultado obtido foi em relação às orientações sobre a prática de atividades físicas e alimentação saudável, com adesão de cerca de 76% dos usuários. Observando que muitos usuários na nossa UBS adotam um estilo de vida sedentário e não tomam os medicamentos corretamente, a equipe de saúde escolheu intervir sobre a qualidade da assistência prestada aos diabéticos e hipertensos com mais de 20 anos, garantindo o cadastro de 53% dos hipertensos e 93% dos diabéticos presentes na área adstrita. Tais metas foram estipuladas a partir do quantitativo de pessoas que pretendemos atender nestes quatro meses e, como

nossos usuários não estão cadastrados e são acompanhados de forma descontinuada, preferimos partir do zero e desconsiderar os índices de cobertura apontados no Relatório da Análise Situacional.

Pretendemos, a partir destes números e situação, trazer mais usuários para o programa, oferecendo acolhimento, exames e consultas clínicas, orientações e exames periódicos, devendo todo tipo de atendimento ser registrado para acompanhamento da equipe. O grupo para hipertensos e diabéticos será mantido mensalmente e neste espaço serão intensificados as orientações e o acompanhamento, assim podemos aumentar a adesão de usuários, o que poderá impactar positivamente sobre os indicadores de qualidade.

A minha equipe se envolve aos poucos, e, acredito que com a definição dos papéis e do cronograma da intervenção, a equipe possa se envolver ainda mais, desde o acolhimento até nas atividades extra-muros. Não oferecemos atenção à saúde bucal, devido à falta de profissionais da área de odontologia, o que exclui essa ação da nossa intervenção. Contudo, acreditamos que melhorando o atendimento e oferecendo consultas regulares, orientações e exames periódicos, vamos melhorar a capacidade de assistir aos usuários, ou seja, acreditamos que seja possível alcançar uma parte significativa dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Santa Terezinha.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos assistidos na UBS Santa Terezinha, Garibaldi/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

Objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações

Objetivo 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

2.2.3 Metas

Relativos ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura para hipertensos e diabéticos com mais de 20 anos na nossa área de cobertura:

Meta 1.1: Cadastrar 53% 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 93% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos com 20 anos ou mais;

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos com 20 anos ou mais;

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativos ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e 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.

Relativos ao 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.

Relativos ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e 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.

Relativos ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e 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;

Vale destacar que a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos não foi preconizada nesta intervenção, pois não possuímos equipe de saúde bucal em nossa unidade de saúde.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Para monitorar número dos diabéticos e hipertensos cadastrados no programa, iremos utilizar a planilha de coleta de dados de HAS e DM (Anexo A), que será atualizada diariamente. Cada usuário que estará sob o tratamento de hipertensão e/ou diabetes vai ser registrado no dia da consulta e terá seus dados lançados nesta planilha. As revisões dos dados serão feitas semanalmente e discutidas nas reuniões mensais de equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes;

Detalhamento: Toda consulta realizada pela ESF será registrada em prontuário e nas fichas espelho (Anexo B). Ao chegar à unidade o usuário continuará a ser acolhido pela recepcionista e pela equipe de enfermagem que além de verificar e anotar os sinais vitais irá fazer o devido encaminhamento do usuário para o consultório. Serão disponibilizadas duas vagas, diariamente, para a demanda espontânea, a fim de acolher os diabéticos e hipertensos faltosos ou com alguma urgência.

Ações: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Existe um pedido mensal para reposição contínua dos materiais e equipamentos, caso algum apresente problemas. Assim manteremos esta conduta e as técnicas de enfermagem verificarão a cada dia as condições de uso dos equipamentos essenciais para o atendimento ao hipertenso e diabético.

Eixo: Engajamento Público

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

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades educativas na área para informar à comunidade os serviços prestados na unidade e a assistência prestada ao hipertenso e diabético. A equipe irá utilizar espaços da rádio, dos grupos, contato individual, tanto no acolhimento quanto na consulta, e anúncio local na UBS.

Eixo: Qualificação Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste

Detalhamento: A enfermeira e o médico realizarão reuniões e palestras para a explicação de como ocorrerá o cadastramento dos hipertensos e diabéticos por meio do uso da ficha espelho e da planilha de coleta de dados. Além disto, utilizaremos o protocolo ministerial, vídeo-aulas e métodos diversos para a capacitação das técnicas de enfermagem para a verificação da pressão arterial e do hemoglicoteste. A capacitação com os ACS não será realizada por não termos ACS

na equipe. As capacitações ocorrerão na reunião de equipe da primeira semana de cada mês.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos; monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada; e monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

Detalhamento: Em cada consulta revisar o prontuário e a ficha espelho do usuário, lançando tais informações na planilha de coleta de dados, para verificar a realização do exame clínico, a periodicidade dos exames laboratoriais e se os medicamentos utilizados são os fornecidos pela Farmácia Popular/HIPERDIA.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Após estudar as fichas disponíveis para registro e discutir a intervenção com todos os profissionais, identificaremos e distribuiremos as atribuições de cada profissional na intervenção e organizaremos a partir do cronograma uma programação de capacitações para a equipe. A tarefa de cada profissional será definida, em reunião de equipe, antes da intervenção e atualizada mensalmente, se necessário.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

Detalhamento: O caderno de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde será impresso e ficará disponível para consulta da equipe. Sempre que realizarmos capacitações entre a equipe o utilizaremos como guia.

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares; estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados

Detalhamento: Vamos disponibilizar, além da ficha espelho e planilha de coleta de dados, uma ficha de alerta, que não ficará anexado ao prontuário, mas junto às anotações da recepcionista, podendo assim anotar o número do prontuário do usuário cadastrado no programa, data da próxima consulta e data de pedido de exame caso necessite, servindo de alerta com controle semanal para melhor verificação, não precisando olhar cada ficha espelho individualmente correndo o risco de não poder ser controlada.

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

Detalhamento: A comunicação com o gestor de saúde já é efetuada mensalmente, enviando nossas reclamações, pedidos urgentes e outras necessidades. Assim, manteremos esta conduta, apresentando os nomes dos usuários que estão com os exames em atraso, a fim de que os mesmos sejam realizados com maior brevidade.

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Os medicamentos serão entregues a todos hipertensos e diabéticos da mesma maneira que já vem sendo feita, podendo ser retirados sem agendamento diariamente com as técnicas de enfermagem. O controle do estoque será feito mensalmente, registrando a quantidade, data de vencimento, medicamentos necessários, entre outros, confirmando que todos os medicamentos sempre estarão disponíveis para retirada.

Eixo: Engajamento Público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e com que periodicidade devem ser realizados e 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 (alguns casos através de via judicial)

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades educativas na área para informar à comunidade os serviços prestados na unidade e a assistência prestada ao hipertenso e diabético. A equipe irá utilizar espaços da rádio, dos grupos, contato individual tanto no acolhimento quanto na consulta e anúncio local na UBS.

Eixo: Qualificação Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

Detalhamento: A enfermeira realizará uma capacitação com a equipe orientando sobre a importância da realização dos exames complementares com determinada periodicidade. A equipe estará informada sobre os medicamentos disponibilizados na farmácia popular para a orientação dos usuários sobre os mesmos, assim como as vias alternativas para aquisição dos medicamentos (inclusive a via judicial, quando for o caso). Utilizaremos do protocolo ministerial, de vídeo-aulas entre outros métodos para a capacitação de toda equipe. A capacitação com os ACS não será realizada por não termos ACS na equipe. As capacitações ocorrerão na reunião de equipe da primeira semana de cada mês.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários hipertensos e diabéticos

Detalhamento: Para monitorar os diabéticos e hipertensos cadastrados no programa, iremos utilizar a planilha de coleta de dados de HAS e DM, que ficará sempre atualizada. As revisões dos dados serão feitas semanalmente e discutidas nas reuniões mensais de equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Devido à falta de ACS, nossa semana já possui um turno para a visita domiciliar, o qual será incluso na agenda também, porém vamos notificar os usuários faltosos através de telefonemas, caso esteja impossibilitado de realizar a visita à UBS, iremos organizar a visita domiciliar.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A agenda é atualizada semanalmente, assim, após o contato telefônico poderemos realizar um novo agendamento para o usuário. Caso a visita domiciliar seja realizada pela enfermeira ou pelo médico, orientaremos o usuário sobre a data de retorno a consulta.

Eixo: Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvi-la sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades educativas na área para informar à comunidade os serviços prestados na unidade e a assistência prestada ao hipertenso e diabético. A equipe irá utilizar espaços da rádio, dos grupos, contato individual tanto no acolhimento quanto na consulta e anúncio local na UBS para ouvir a comunidade e estabelecer novas estratégias.

Eixo: Qualificação Clínica

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

Detalhamento: Esta ação não será possível, pois na equipe não há ACS.

Relativos ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Toda consulta realizada pela equipe será registrada em prontuário e na ficha espelho e passada para a planilha de coleta de dados que será avaliada semanalmente. Cada usuário que estará sob o tratamento de hipertensão e/ou diabetes vai ter seus dados registrados no dia da consulta. As revisões dos dados serão feitas por meio da planilha de coleta de dados e discutidas nas reuniões mensais de equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ações: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas;

Detalhamento: Toda consulta realizada pela ESF será registrada em prontuário, na ficha espelho e nos impressos dos programas SIAB e HIPERDIA, a fim de que estes sejam devidamente atualizados. Todas as informações serão repassadas para a Planilha de Coleta de Dados, que será monitorada semanalmente pelo médico e discutida com a equipe durante a reunião mensal.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Na reunião mensal de equipe, a planilha de coleta de dados e a ficha espelho serão apresentadas para ser implantada no atendimento. Durante a capacitação as dúvidas de preenchimento serão tiradas.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações

Detalhamento: Será explicado na capacitação da equipe como preencher a ficha espelho e o que preencher nos prontuários, a fim de que todos façam o registro completo da assistência prestada.

Ações: Definir responsável pelo monitoramento dos registros

Detalhamento: Durante a reunião em que será apresentada a intervenção, definiremos o papel de cada profissional na intervenção, entretanto o monitoramento da planilha de coleta de dados será feito pelo médico e enfermeira, que apresentarão os resultados semanais nas reuniões de equipe.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento e ao atraso na realização de exame complementar.

Detalhamento: Vamos disponibilizar, além da ficha espelho e planilha de coleta de dados, uma ficha de alerta, que não ficará anexado ao prontuário, mas junto às anotações da recepcionista, podendo assim anotar o número do prontuário do usuário cadastrado no programa, data da próxima consulta e data de pedido de exame caso necessite, servindo de alerta com controle semanal para melhor verificação, não precisando olhar cada ficha espelho individualmente correndo o risco de não poder ser controlada.

Eixo: Engajamento Público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades educativas na área para informar à comunidade sobre os seus direitos enquanto usuários do SUS. A equipe irá utilizar também espaços da rádio, dos grupos, o contato individual tanto no acolhimento quanto na consulta e anúncio local na UBS para divulgar estas informações.

Eixo: Qualificação Clínica

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

Detalhamento: O médico da equipe capacitará a equipe para o preenchimento da ficha espelho e do prontuário, por meio de discussões que ocorrerão na reunião de equipe. Utilizaremos a metodologia de oficina para garantir a retirada de dúvidas e discussão em equipe. A capacitação com os ACS não será realizada por não termos ACS na equipe. As capacitações ocorrerão na reunião de equipe da primeira semana de cada mês.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Verificar na planilha de coleta de dados a realização da estratificação de risco dos usuários acompanhados na unidade e discutir semanalmente os resultados nas reuniões mensais de equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Disponibilizaremos consultas diariamente, na parte da manhã e tarde para os usuários de HAS e DM, inclusive os usuários de alto risco, que já terão o retorno agendado. Serão duas vagas extras para usuários diabético ou hipertenso, que poderão ser atendidos no mesmo turno em que procuraram a unidade.

Eixo: Engajamento Público

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades educativas na área para informar à comunidade os serviços prestados na unidade e a assistência prestada ao hipertenso e diabético. A equipe irá utilizar também dos espaços da rádio, dos grupos, contato individual tanto no acolhimento quanto na consulta e anúncio local na UBS.

Eixo: Qualificação Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a

importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis

Detalhamento: A enfermeira e o médico realizarão uma capacitação, durante as reuniões da equipe, com os integrantes da equipe para informar como se realiza a avaliação dos fatores de risco, a importância de registrar os achados clínicos e como este registro deve ser realizado, e quais orientações devem ser dadas aos usuários para se garantir o controle dos fatores de risco modificáveis. A capacitação com os ACS não será realizada por não termos ACS na equipe. As capacitações ocorrerão na reunião de equipe da primeira semana de cada mês.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação sobre nutrição, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: Registrar no prontuário e na ficha espelho, as orientações dadas aos usuários assistidos na unidade e posteriormente alimentar a planilha de coleta de dados com estas informações. A planilha será monitorada semanalmente e discutida com a equipe durante a reunião mensal da equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, contando com o serviço de nutrição e o apoio do NASF; orientar práticas de atividade física; incentivar a participação dos usuários tabagistas no grupo anti-tabagismo, onde os usuários participam das reuniões e recebem os medicamentos necessários e orientar sobre higiene bucal nas consultas dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Nos espaços da consulta, dos grupos e durante a realização de procedimentos ofereceremos orientação sobre a importância de adoção de hábitos saudáveis e aproveitaremos para distribuir as brochuras (folders)oferecidas pelo Ministério da Saúde.

Ações: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Como já é costume a equipe fazer um relatório com as necessidades da unidade para o gestor, demandaremos por meio deste instrumento o envolvimento de outros profissionais para nos apoiar nas atividades voltadas para o hipertenso e diabético.

Eixo: Engajamento Público

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento no município para abandonar o tabagismo e sobre higiene bucal nas consultas dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades educativas na área para informar à comunidade sobre a importância de manter hábitos saudáveis para a o tratamento e controle da hipertensão e/ou diabetes. A equipe irá utilizar espaços da rádio, dos grupos, contato individual tanto no acolhimento quanto na consulta e anúncio local na UBS para divulgar tais informações.

Eixo: Qualificação Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre metodologias de educação em saúde e para orientações sobre higiene bucal.

Detalhamento: A enfermeira e o médico realizarão reuniões e palestras para explicar à equipe a importância da adoção dos hábitos saudáveis para melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. Além disto, utilizaremos do protocolo ministerial, de vídeo-aula entre outros métodos para motivar as discussões. A capacitação com os ACS não será realizada por não termos ACS na equipe. As capacitações ocorrerão na reunião de equipe da primeira semana de cada mês.

Destaco que a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos não foi preconizada nesta intervenção, pois não possuímos equipe de saúde bucal em nossa unidade de saúde.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 53% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 93% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Numerador: número total de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Numerador: número total de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Relativo ao objetivo 03: 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: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: número de hipertensos de 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: 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 04: Melhorar o registro das informações

Meta 41: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: 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: 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 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários 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: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários 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: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários 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: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes vamos adotar uma ficha espelho para registrar os achados clínicos e encaminhamentos realizados durante o atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabéticos. A enfermeira, o médico e a técnica de enfermagem serão responsáveis pelo preenchimento destas fichas: os dados clínicos e exames serão preenchidos pelo médico e enfermeira (a depender de quem realizar o atendimento) e os dados pessoais e de medicamentos em uso serão preenchidos pelas técnicas de enfermagem.

Esperamos que a gestão realize as impressões de todas as fichas necessárias inclusive daquelas que serão anexadas ao prontuário e acompanhadas pela recepcionista.

Para organizar o registro, a ficha espelho ficará disponível no consultório médico e será anexada ao prontuário do usuário. Após isso, a técnica de enfermagem vai cadastrar o usuário na planilha de coleta de dados, para que o médico e a enfermeira possam monitorar facilmente o número de usuários acompanhados pela equipe, as condutas realizadas, as orientações fornecidas, as consultas em atraso, exames laboratoriais e clínicos em atraso e se foram realizadas as consultas regulares nos últimos três meses.

A intervenção ocorrerá de modo que se ajuste à realidade de nossa UBS, iniciando pelos agendamentos na sexta-feira pelo telefone da UBS ou pessoalmente. No dia da consulta, o usuário será acolhido pela técnica de enfermagem e recepcionista na sala de triagem, onde terá seus sinais vitais registrados no prontuário e receberá os folders e outros instrumentos com orientações sobre o tratamento e consequência da HAS e DM. Neste momento a profissional já comunicará ao usuário sobre o grupo educativo e já confirmará a presença do mesmo na atividade.

Aos usuários de alto risco ou faltoso a consulta agendada serão reservadas, ao final de cada turno, duas vagas para atendimento no mesmo dia. Reservaremos também, duas horas a cada sexta-feira para o atendimento domiciliar, que será realizada pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

Quanto à entrega dos medicamentos, após receber a receita do médico ou da enfermeira, o usuário irá fazer a retirada na farmácia da unidade, no mesmo dia da consulta. Vale ressaltar que essa receita será válida por seis meses, podendo o usuário fazer a retirada a qualquer hora do dia. A técnica de enfermagem fará a entrega e registro de retirada.

A equipe realizará reuniões mensais, inclusive na primeira semana da intervenção, para capacitação, entrega de protocolos, mostra de fichas e definição de tarefas de cada membro da equipe dentro da intervenção. Serão focadas as metas da equipe no mês, levantamento do número de registros obtidos, quantidade de exames realizados e checagem dos exames ou atendimentos em atraso. Na reunião mensal faremos uma discussão sobre os usuários, identificando os faltosos, para que sejam notificados através de nossa busca ativa. A recepcionista contatará, se possível, o usuário por telefone e irá marcar a visita domiciliar para a sexta-feira, conforme o nosso cronograma semanal.

A solicitação de materiais e medicamentos já é realizada mensalmente, entretanto a quantidade será adaptada de acordo com o aumento do número de usuários cadastrados no programa.

As atividades em grupo serão oferecidas mensalmente, focando nas orientações e informações importantes sobre a hipertensão e diabetes, contando com a presença de todos da equipe, onde cada um terá seu espaço para intervir, abrindo espaço para a participação da população. Serão realizadas atividades lúdicas como exercícios e alongamentos realizados pela técnica de enfermagem e fisioterapeuta do município, palestras sobre alimentação e tabagismo, entre outros. Nossa unidade possui computadores, televisão e datashow, que serão utilizados na capacitação. Os grupos serão realizados na UBS durante a última quinta-feira do mês, na parte da manhã.

O monitoramento de cada ação será feito pela enfermeira e médico que irão analisar a atividade de cada um durante a semana. Todos receberão o mesmo tipo de instrução para se inteirar da intervenção e da importância desta para os usuários.

3 Relatório da Intervenção

3.1. Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

De acordo com o que foi programado no projeto de intervenção, a intervenção na UBS Santa Terezinha, localizada no município de Garibaldi-RS, compreendeu o período de setembro a dezembro de 2014. O foco escolhido para intervenção foi a hipertensão e diabetes, haja vista a necessidade de melhoria da qualidade da atenção do programa para diabéticos e hipertensos por meio de organização da gestão dos serviços oferecidos, qualificação da prática clínica dos profissionais que atuam na unidade, estímulo e promoção ao engajamento público e ainda um constante monitoramento e avaliação das ações programadas. A intervenção, no que tange ao período de implementação das ações, ocorreu ao longo de 16 semanas, no entanto, a rotina estabelecida continua em execução na unidade.

No cronograma da intervenção estavam previstas diversas ações, as quais ocorreram de forma favorável. Todas as atividades clínicas foram organizadas e realizadas tranquilamente de acordo com o cronograma, pois o foco da unidade é atender e dialogar com o usuário. Tivemos muitas facilidades em prestar a assistência devido a disponibilidade de equipamentos, como aparelho de ECG, oftalmoscópio, monitor de batida cardíaca, além dos básicos, como esfigmomanômetro, balança e dispositivo para medir o nível de glicose. Além disso, contamos com o laboratório com bastantes variedades de exames.

O fornecimento dos medicamentos na farmácia da unidade sempre foi monitorado, não tivemos nenhum problema com falta de remédio. Pelo fato de não termos farmacêutico monitorando e controlando a logística, toda a responsabilidade deste serviço fica com as técnicas de enfermagem, que além do trabalho inerente a

sua profissão, realizam o preenchimento de fichas e a verificação, uma vez ao mês, da checagem da validade, quantidade e demais características dos medicamentos.

Uma das principais dificuldades enfrentadas durante a intervenção foi a ausência de sala de observação na unidade e a busca ativa dos usuários faltosos à consulta, esta última ação foi difícil de executar já que foi algo novo para toda a equipe, nunca feito antes. Tentamos deixar a ficha espelho e a lista de nomes para realizar a busca ativa computadorizadas, mas como nem toda a equipe tem acesso ao computador mudamos para o papel impresso. Aliás, mudamos várias vezes a forma de consolidar tais informações até que com o tempo a equipe começou a se acostumar com o processo de cadastramento e preenchimento de dados na ficha espelho, inclusive a fazer a busca ativa.

A realização contínua da visita domiciliar teve uma grande limitação, devido o fato do transporte reservado para esta finalidade nem sempre estar disponível. Além disto, a disponibilidade do veículo dependia do serviço da prefeitura e da presença do motorista. A visita acabava não acontecendo no dia programado, às sextas-feiras, se estendendo para a semana seguinte. Outra limitação era encontrar usuários que não frequentam a unidade e necessitam de visita, o fato de não possuímos ACS, complicava a busca ativa. Vale destacar que é um projeto da Secretaria de Saúde admitir ACS para nossa área; está previsto processo seletivo para o mês de janeiro de 2015, transformando a UBS em Estratégia Saúde da Família, com cinco ACS.

Ao que se refere ao grupo, este estava programado para acontecer uma vez ao mês, ou seja, quatro vezes durante a intervenção, e era planejado com muitas atividades lúdicas, palestras e vídeos. Entretanto o grupo de hipertensos e diabéticos não aconteceu de acordo com o cronograma, porém, sempre ocorria dentro do mês programado. Houve troca das datas devido aos feriados ou pela maioria dos usuários avisarem que não poderiam comparecer. Como atividade para o terceiro mês da intervenção programamos uma viagem que foi organizada pela primeira vez por nossa equipe. Esta atividade despertou muito a atenção dos que ainda não tinham aderido ao programa, o que resultou em mais usuários buscando a nossa UBS.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Havíamos programado imprimir e distribuir folders alertando sobre a hipertensão e diabetes em ônibus, escolas e instituições presentes na nossa área de cobertura, o que não ocorreu, pois a Secretaria de Saúde informou a impossibilidade em decorrência do curto período para impressão, contudo aprovaram a idéia de realizar esse alerta para a comunidade.

Como previsto, não conseguimos garantir a avaliação odontológica dos usuários, a qual não foi realizada pela falta de odontólogo na UBS Santa Terezinha, entretanto todos os usuários foram encaminhados para o Posto Central, o único local que possui odontólogo disponível no município.

Infelizmente, a equipe não criou a ficha de alerta, que seria utilizado pela recepcionista para identificar os usuários com atrasos em consulta ou na realização do exame. Entretanto, a equipe acredita que a ficha espelho e a planilha de coleta de dados supriram esta demanda.

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

Quanto à planilha de dados, não tivemos dificuldade no seu preenchimento, algumas vezes enfrentamos dificuldades com a configuração dos gráficos, que não apareciam ou mostravam outros valores, diferentes daqueles que havíamos preenchido na planilha. Entretanto, este problema logo foi corrigido e não impediu o percurso da intervenção.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso

Incorporar o projeto na rotina da UBS foi muito útil, porque a unidade nunca antes havia contabilizado a população adstrita, estimava-se um total de 5000 pessoas, mas nunca foram abertos os prontuários para contagem e verificação das

patologias que acometem a comunidade. Com a intervenção, foi possível iniciar essa contagem e monitorar a situação de saúde de cada usuário, o que compreendia realizar exames clínicos e complementares e comparar os exames anteriores com os atuais. O resultado até então obtido com a intervenção nos faz afirmar, com toda certeza, que continuaremos os cadastramentos, ampliando a intervenção para outras ações programáticas, como o pré-natal e puerpério. Foi um grande passo para a nossa unidade, que é do tipo tradicional e funciona sem Agentes Comunitários. Acreditamos que não haverá um retrocesso, porém só melhorias, tanto na questão da organização da unidade, quanto para o usuário ao que se refere ao controle de sua saúde.

A Secretaria de Saúde pretende implantar na nova Unidade Básica de Saúde que está em construção, uma ESF que receberá os usuários no andar térreo, e uma UPA (mais conhecido como PAM pelos garibaldenses) no pavimento superior. Tememos que isto mude a rotina adotada na nossa unidade e que limite a continuação desse projeto, porém vamos continuar trabalhando para a melhoria da qualidade do atendimento na atenção básica.

Em geral, a Secretaria de Saúde nos apoiou durante toda a intervenção, mesmo com algumas falhas em não ter motorista na data marcada ou não atender aos pedidos dos folders. Eles nos enviaram novos equipamentos e agilizaram as consultas com especialistas, sempre que sinalizávamos a necessidade por meio dos relatórios mensais encaminhados à gestão.

Essa intervenção teve a possibilidade de aproximar mais os usuários dos profissionais de saúde, proporcionando mais diálogo e maior confiança, assim todos puderam participar e se interessar mais pela própria saúde, interagir e seguir à risca o tratamento recebido. Toda a atividade na unidade funcionou com mais agilidade e com mais clareza com a minha presença. Nos turnos em que eu não estive atendendo, a intervenção não acontecia como prevista, mantinha-se somente as consultas marcadas, atualização de algumas fichas espelhos nas consultas da enfermeira e a retirada dos exames e medicamentos. Não digo que não quiseram realizar a atividade, mas a minha ausência é substituída por especialistas que atendem somente um turno e acaba deixando toda a equipe muito ocupada e a mercê dos usuários que estão agendados para esses turnos. No mais, a intervenção ocorreu muito bem, o que pode ser verificado nos gráficos onde obtemos 100% em

quase todos indicadores de qualidade, pela presença, cordialidade e motivação de todos.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Iniciamos a intervenção em setembro de 2014, na unidade básica de saúde localizada na cidade de Garibaldi/RS, onde existe na área adstrita uma população aproximada de cinco mil pessoas (Figura 01), a partir desta população, uma nova estimativa de hipertensos e diabéticos foi disponibilizada pelo curso: 760 hipertensos e 188 diabéticos. Entretanto, mantivemos a meta de cadastrar 53% (403) dos hipertensos e 93% (175) dos diabéticos.

*Estimativa no território	
População total	5000
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	3350
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	760
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	188

Figura 01: Estimativa de hipertensos e diabéticos na área adstrita da UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 53% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Meta 1.2: Cadastrar 93% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante os quatro meses da intervenção, a equipe registrou um total de 130 hipertensos e 50 diabéticos. Assim conseguimos atingir uma cobertura de aproximadamente 17% de hipertensos (Figura 02) e 27% de diabéticos (Figura 03), valores abaixo do que esperávamos, entretanto, estes valores se devem, principalmente, à falta de agentes de saúde, o que dificulta a captação dos usuários, e à alta demanda de atendimentos para saúde mental e pediatria na nossa unidade.

Tivemos no 1º mês 7,2% (55) dos hipertensos cadastrados, no 2º mês foram 11,1% (84), no 3º mês 13,3% (101) e no 4º mês 17,1% (130) dos hipertensos. Entre os diabéticos, tivemos 11,7% (22) cadastrados no 1º mês; 18,1% (34), no 2º mês; 20,7% (39) no 3º mês e 26,6% (50) no 4º mês da intervenção.

Mesmo contendo um número significativamente baixo de cadastrados durante a intervenção, mantivemos em nossa mente que teríamos que exercer as atividades corretamente, com a mesma qualidade, sendo para uma ou para 100 pessoas.

Acredito que um grande fator que interferiu para alcançarmos a meta proposta foi a sobrecarga do médico clínico e da enfermeira, responsáveis pela intervenção, em decorrência do remanejamento dos dois pediatras e de um clínico geral para outra unidade e da licença de dois meses da ginecologista. Desta forma, para suprimos a falta destes profissionais, houve uma sobrecarga na demanda do atendimento para os usuários em geral, diminuindo as consultas voltadas para os usuários portadores de diabetes e/ou hipertensão.

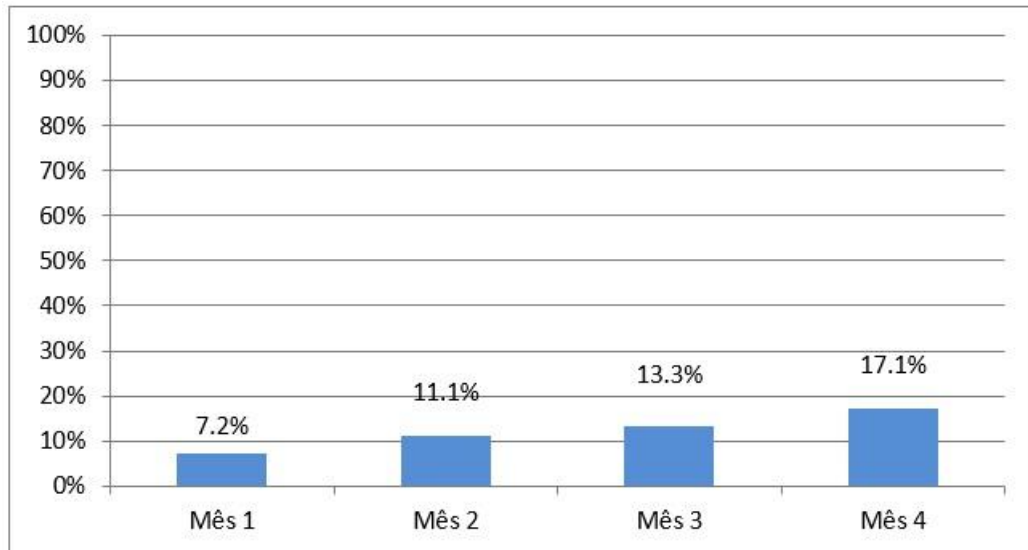


Figura 02: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

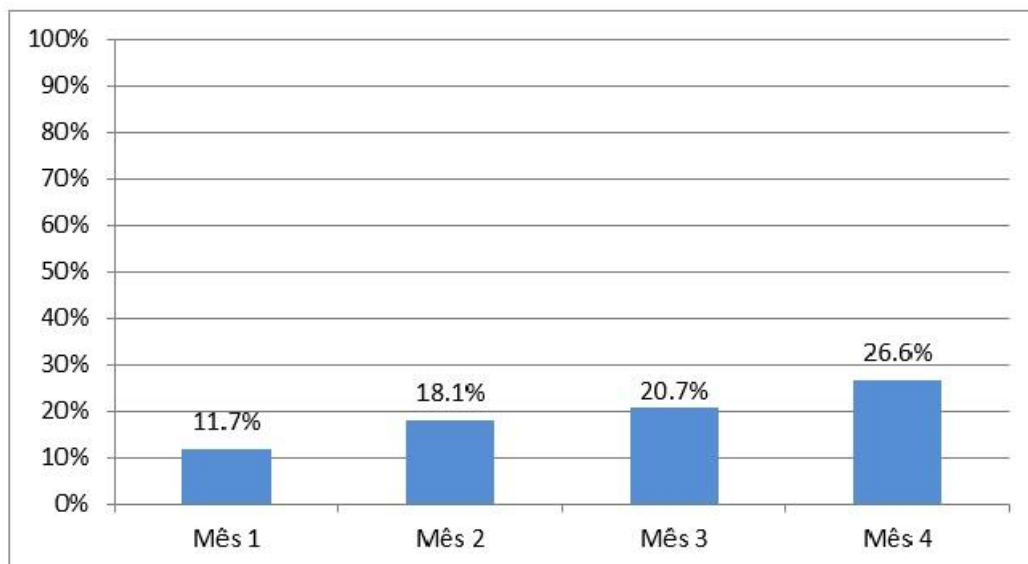


Figura 03: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Em termos de proporção de hipertensos com os exames clínicos em dia, obtivemos 100% nos quatro meses, enquanto para os diabéticos (Figura 04) atingimos 95,5% (21) no primeiro mês, 97,1% (33) no segundo mês, 97,4% (38) no terceiro mês e 98% (49) no quarto mês. Vale destacar que apenas uma usuária ficou sem realizar os exames em dia, devido à mudança recente para Garibaldi, o que interferiu neste indicador.

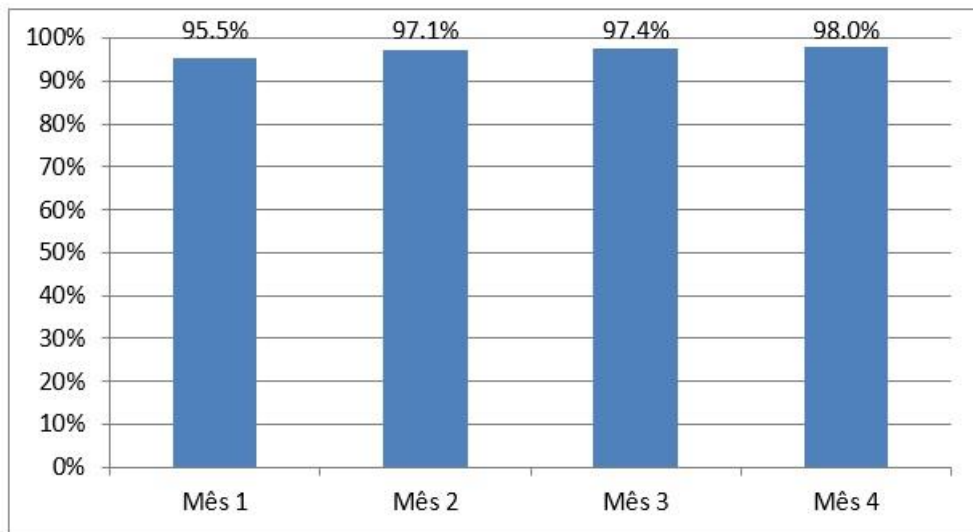


Figura 04: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

De modo geral, o procedimento de exames complementares foi satisfatório tanto para hipertensos quanto para diabéticos, pois atingimos entre os hipertensos 100% dos que foram assistidos durante a intervenção. Já entre os diabéticos (Figura 05) atingimos 95,5% (21) no primeiro mês, 97,1% (33) no segundo mês, 97,4% (38) no terceiro mês e 98% (49) no quarto mês.

Os exames complementares são cruciais no diagnóstico e acompanhamento do usuário. Quando se tem um tratamento adequado e exames completos para análise e diagnóstico é possibilitado um tratamento de qualidade, o que proporciona melhor controle das condições do usuário. Não foi necessário comunicar a Secretaria de Saúde, apresentando nomes dos usuários com exames em atraso, pois todos ocorreram dentro do prazo previsto pela Prefeitura, sendo exames com urgência agendados para um ou dois dias e os de rotina para uma ou duas semanas.

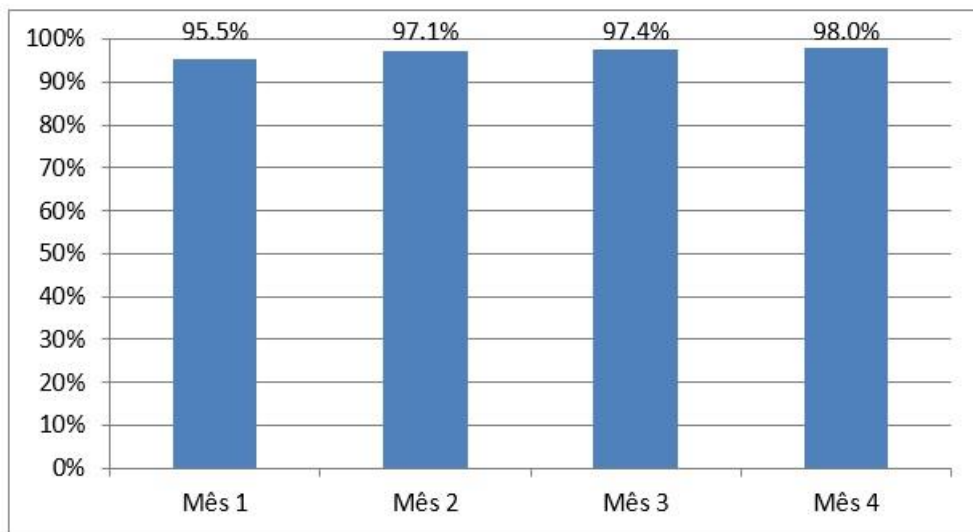


Figura 05: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Em relação à prescrição de medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular para os hipertensos (Figura 06) alcançamos 100% nos dois primeiros meses, 55 e 84 usuários hipertensos, respectivamente. No terceiro mês atingimos 98% (99) devido ao fato de dois usuários que apresentavam doenças cardíacas,

terem prescritos por seus cardiologistas outras medicações. No quarto mês atingimos 97,7% (126) com três usuários que não adquiriram os medicamentos na farmácia devido as mesmas razões citadas anteriormente.

A proporção de diabéticos adquirindo medicamentos na farmácia básica (Figura 07) já foi bem melhor, nos três primeiros meses 100% dos usuários retiraram seus medicamentos na farmácia popular e, somente no último mês, alcançamos uma proporção de 98%, pois temos um usuário que está recusando qualquer tipo de tratamento, porém está recebendo os devidos cuidados da equipe.

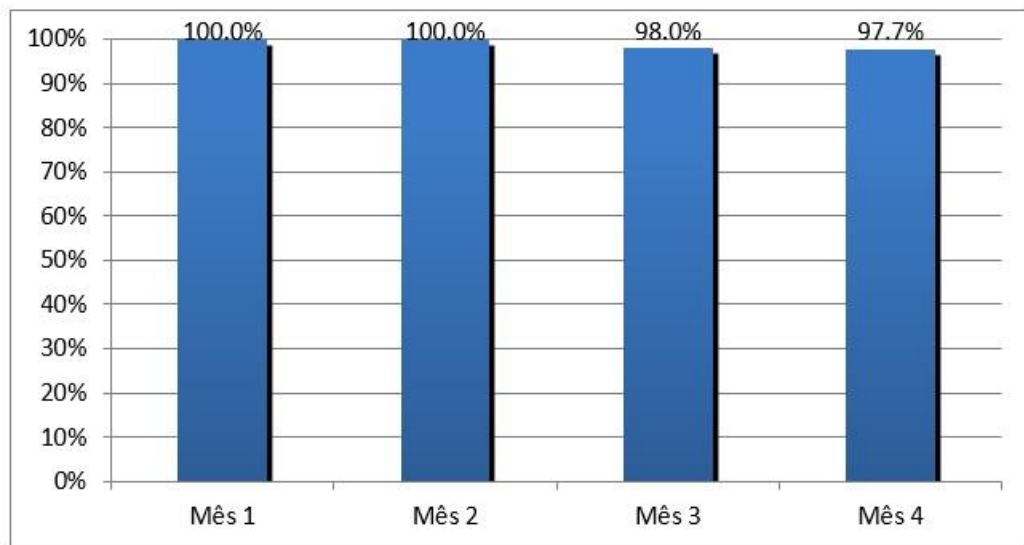


Figura 06: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

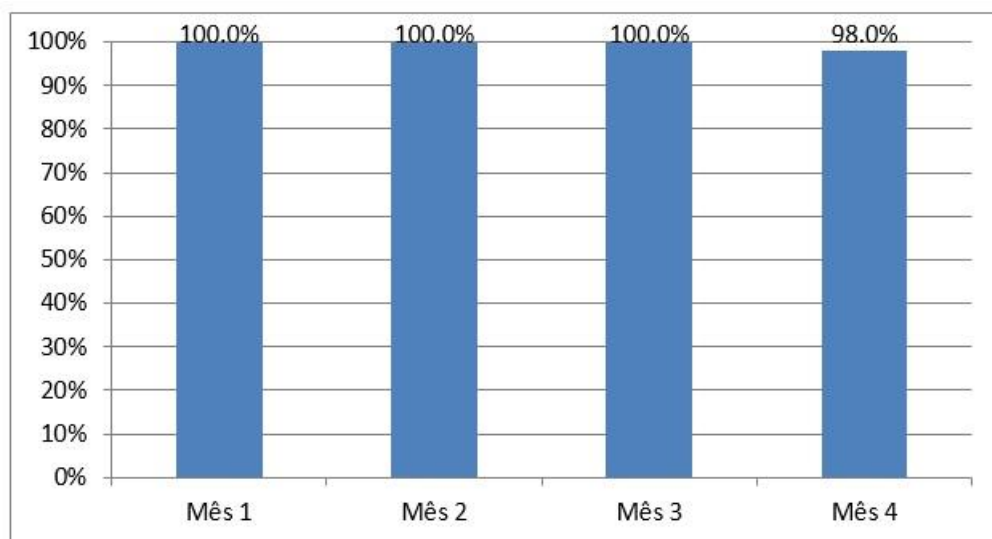


Figura 07: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Vale destacar, que não foi possível garantir a realização da avaliação odontológica dos usuários hipertensos e diabéticos, pois na UBS onde atuo não há serviço de odontologia. Tentamos, entretanto, por intermédio da gestão, garantir este tipo de atendimento em outra unidade, mas ainda não foi possível.

Relativo ao objetivo 03: 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: 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: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Sobre a proporção de hipertensos faltosos com busca ativa realizada foram feitas 100% destas buscas, nos dois primeiros meses. No primeiro mês somente um usuário faltou à consulta já no segundo mês três usuários não compareceram, para todos estes foram feitas busca ativa por meio de visita domiciliar. Nos outros meses não houve falta de hipertensos às consultas. Já a proporção de diabético faltoso à consulta foi mais baixa; no primeiro mês um usuário faltou a consulta, mas não foi realizada a busca ativa, no segundo mês, outro usuário também faltou a consulta e imediatamente realizamos a busca ativa deste (Figura 08). A busca ativa foi realizada através de telefonemas e comunicação direta com algum familiar ou para o próprio usuário quando este compareceu à unidade.

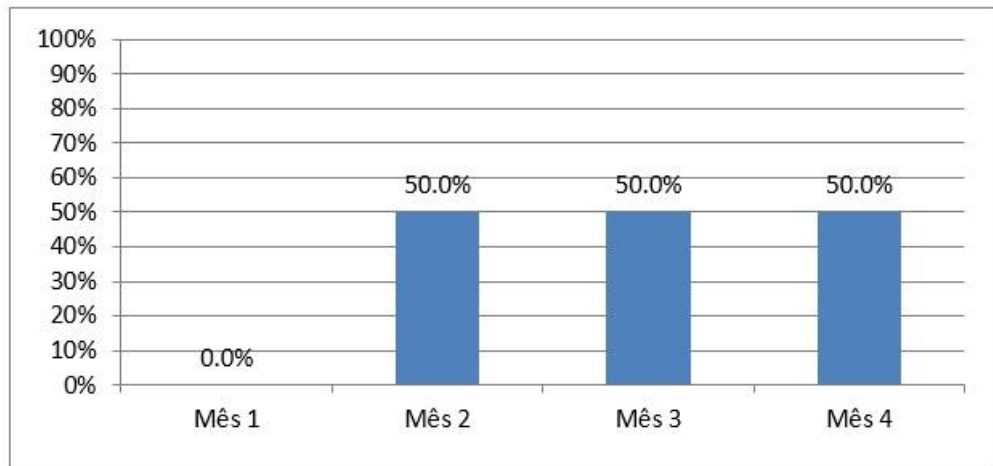


Figura 08: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa realizada pela equipe da UBS Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

Todos hipertensos e diabéticos, nos quatro meses de intervenção, tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, o que cremos, foi resultado das capacitações e empenho da equipe em realizar cada etapa programada para a intervenção. Todos os profissionais adotaram a ficha espelho como instrumento para o acompanhamento e sistematização do cuidado prestado ao usuário, assim o registro foi realizado tanto na ficha espelho quanto nos prontuários dos usuários.

Relativo ao objetivo 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A proporção de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia é de 100% nos quatro meses da intervenção, o que para nós foi muito satisfatório. Todos os hipertensos e todos diabéticos realizaram os exames em dia e mostraram preocupação com o tratamento. Durante os quatro meses, conseguimos realizar com todos os cadastrados e pretendemos continuar estes procedimentos após o período da intervenção.

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

As orientações devidas foram passadas aos nossos usuários, o que nos fez atingir satisfatoriamente a cobertura de 100% dos usuários cadastrados e com orientação. As orientações aos hipertensos e diabéticos foram a respeito da alimentação saudável e nutricional, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal integrados ao diálogo aberto com o usuário.

Todas as orientações sempre foram focadas no problema diagnosticado e no usuário que está sendo consultado: ao diabético a importância do corte dos açúcares e da medição do nível de glicose; já ao hipertenso a importância de evitar comidas gordurosas e calóricas unida à prática de exercícios diários, mesmo que leves.

Os grupos realizados durante a intervenção nos ajudaram na disseminação das informações entre os usuários diabéticos e hipertensos da área, bem como entre seus familiares e acompanhantes. Mesmo com o remanejamento das datas dos grupos, pudemos contar com a presença de boa parte dos usuários da nossa área de abrangência.

4.2 Discussão

A intervenção proporcionou a melhoria do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, a qualificação dos registros e da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, além de providenciar a todos os cadastrados, o exame de eletrocardiograma na própria unidade.

A intervenção fez com que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade de capacitação, embora só tenha ocorrido uma vez durante a intervenção, promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e da recepção, bem como garantiu a priorização do atendimento ao diabético e hipertenso em todos os turnos.

Na recepção eram organizados os atendimentos prioritários, disponibilizada as datas em que ocorreriam os grupos e realizada a marcação de consultas. As técnicas de enfermagem faziam a maior parte do trabalho, os principais eram o monitoramento das fichas-espelho, visita domiciliar (junto com o médico), auxílio nas buscas-ativa e registro das próximas consultas e exames em um formulário já utilizado pela equipe para controle interno. Vale ressaltar, que o monitoramento das fichas espelho seria realizado pela enfermeira, mas devido a sobrecarga desta profissional transferimos esta responsabilidade para as técnicas de enfermagem.

Através da enfermeira se estabelecia o contato com a Secretaria de Saúde agendando o dia da visita domiciliar fazia-se a capacitação e principalmente o monitoramento das ações da equipe. O trabalho médico é relacionado com o preenchimento da ficha-espelho, reforço das orientações, exames dos pés e classificação de risco do usuário. A intervenção gerou impacto também em outras atividades no serviço, principalmente na organização dos prontuários, o que permitiu a equipe registrar e contabilizar cada usuário.

Antes da intervenção as atividades de atenção a hipertensão e diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à

demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, mas alguns usuários que são atendidos na nossa unidade e não fazem parte da intervenção, procuram saber dos motivos pelos quais não recebem o atendimento priorizado, causando, às vezes desconforto com reclamações que chegam até nós. Porém nada prejudicou a intervenção, que teve seu andamento tranquilo.

A intervenção proporcionou uma melhor integração da equipe, porém isso veio a acontecer ao final da mesma. Entretanto, como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço, vamos ter plenas condições de superar as dificuldades encontradas. As principais barreiras que encontramos na implementação da intervenção foram a alta demanda de outros usuários a serem consultados devido à falta e remanejamento de especialistas em pediatria e ginecologia da UBS, na metade da intervenção, o que acabou dispersando a organização das consultas para diabéticos e hipertensos. Pudemos ver que a falta de ACS prejudicou o alcance da meta de cobertura, pois não conseguimos captar muitos dos moradores da comunidade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Através do nosso contato com a Secretaria de Saúde, fomos notificados que a partir do mês de março/2015 teremos disponíveis ACS podendo assim, realizar a ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A equipe da UBS Santa Terezinha realizou entre 06 de setembro e 25 de dezembro de 2014 uma intervenção com foco na ação programática hipertensão e diabetes que tinha como objetivo melhorar a atenção ao hipertenso e diabético da área adstrita. Essa intervenção foi proposta pela Universidade Federal de Pelotas por meio do curso de especialização em Saúde da Família e coordenada pelo médico Mohamed Gaber com o apoio da gestão e dos profissionais da unidade.

As principais ações, de acordo com o cronograma da intervenção, eram: o cadastramento de hipertensos e diabéticos; preenchimento da ficha-espelho e planilha de coleta de dados; realização do grupo para hipertensos e diabéticos mensalmente; capacitação e atualização da equipe; orientar o usuário sobre atividades físicas, alimentação saudável, risco do tabagismo e importância das consultas; realizar busca ativa de usuários faltosos as consultas; controlar os medicamentos fornecidos na farmácia da unidade; realizar visita domiciliar a cada duas semanas; realizar atendimento prioritário ao hipertenso e diabético e, por fim, avaliar e monitorar todas essas ações; o que foi realizado durante os quatro meses da intervenção e descrito em seguida.

Tivemos total sucesso quanto ao preenchimento da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados, estes instrumentos proporcionaram o cadastramento dos usuários e mostraram a importância da organização dos registros na unidade. Ao registrarmos os resultados dos exames, tanto clínico quanto complementares, tivemos a oportunidade de comparar os resultados anteriores com os atuais e avaliar o risco cardiovascular de cada usuário. A planilha de coleta de dados nos auxiliou no monitoramento mensal da qualidade da assistência prestada ao usuário, pois por meio dos gráficos pudemos avaliar o quantitativo de usuários assistidos por mês e o que foi realizado em cada consulta.

Foram realizados quatro encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos, conforme programado previamente no cronograma. Entretanto, devido ao excesso de consultas, a falta de espaço para a realização da atividade ou à desistência dos usuários por motivos de doença, viagem e até mesmo desmotivação, os grupos marcados sempre foram transferidos de dia. As atividades em grupo incluíam atividades lúdicas e físicas e possibilitaram o entrosamento da equipe com a comunidade. Embora tais atividades não contassem com todos os cadastrados no programa, sempre aconteciam de forma animada, com bastante entusiasmo, o que facilitou o diálogo sobre os cuidados com a saúde e a realização de atividades recomendadas pelas fisioterapeutas e técnicas de enfermagem. Vale destacar que as orientações foram dadas nas atividades em grupo e na consulta individual, voltando-se sempre para a realidade de cada usuário.

A capacitação da equipe foi feita no início da intervenção, tomando como parâmetro as orientações contidas no Caderno de Atenção Básica para hipertenso e

diabético do Ministério da Saúde, que ficou disponível na unidade. Não tivemos outras oportunidades para realizar a capacitação na unidade devido ao tempo curto e corrido. Entretanto, gostaríamos de ter discutido mais sobre a temática e de contar com um especialista para tirar dúvidas e aprofundarmos a discussão.

O controle de medicamentos foi feito de uma forma exemplar pelas técnicas de enfermagem. Nunca tivemos atraso ou falta de medicamentos, que puderam ser entregues corretamente a todos os usuários. A nossa única deficiência é a falta de uma farmácia e um farmacêutico para realizar esse monitoramento de medicamentos incluindo o monitoramento de datas de validade e estoque, pois as técnicas de enfermagem sofrem um acúmulo imenso de tarefas na nossa unidade. Elas também realizam a triagem, acompanham na visita domiciliar, monitoram o preenchimento da ficha-espelho e realizam a busca ativa dos usuários faltosos.

Quanto à visita domiciliar, era previsto realizar sempre três a quatro visitas a cada duas sextas-feira, por mim, médico da equipe, e por uma das técnicas de enfermagem, entretanto enfrentamos dificuldades com o horário agendado e as visitas acabavam não ocorrendo às sextas-feiras se estendendo para semana seguinte e deixando o usuário a espera. Sempre fomos rígidos com nossos compromissos e horários marcados, por isso nos vemos em desvantagem com a falta de cronograma dos horários agendados na prefeitura. Os usuários acamados já se encontram em um estado crítico e sensível de saúde, cabendo a nós monitorar e zelar por eles.

Nossa unidade possui uma demanda controlada das consultas através de hora marcada, porém, estabelecemos o final de cada dia com um espaço de 15 a 25 minutos entre usuários para realizar o atendimento prioritário ao diabético ou hipertenso.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas fornecido pelo curso de especialização, foi previsto na área de cobertura um total de 760 hipertensos e 188 diabéticos com 20 anos ou mais. Diante disto, estabelecemos como meta assistir, ao final dos quatro meses da intervenção, 53% dos hipertensos e 93% dos diabéticos, ou seja, 403 e 175 usuários respectivamente. Entretanto, conseguimos cadastrar e acompanhar nestes quatro meses 130 hipertensos e 50 diabéticos, ou seja, 17,2% de cobertura dos hipertensos e 27% dos diabéticos da área.

Sem a ajuda de ACS, conseguimos cadastrar 55 hipertensos (7,2%) e 22 (11,7%) diabéticos no primeiro mês, 84 hipertensos (11,1%) e 34 diabéticos (18,1%) no segundo mês, 101 hipertensos (13,3%) e 39 diabéticos (20,7%) no terceiro mês e 130 hipertensos (17,1%) e 50 diabéticos (26,6%) no quarto mês (Figura 09). Um número relativamente baixo em relação ao existente na área. Pretendemos ampliar nossa cobertura com o auxílio dos ACS que ingressarão na nossa unidade ainda neste primeiro semestre de 2015.

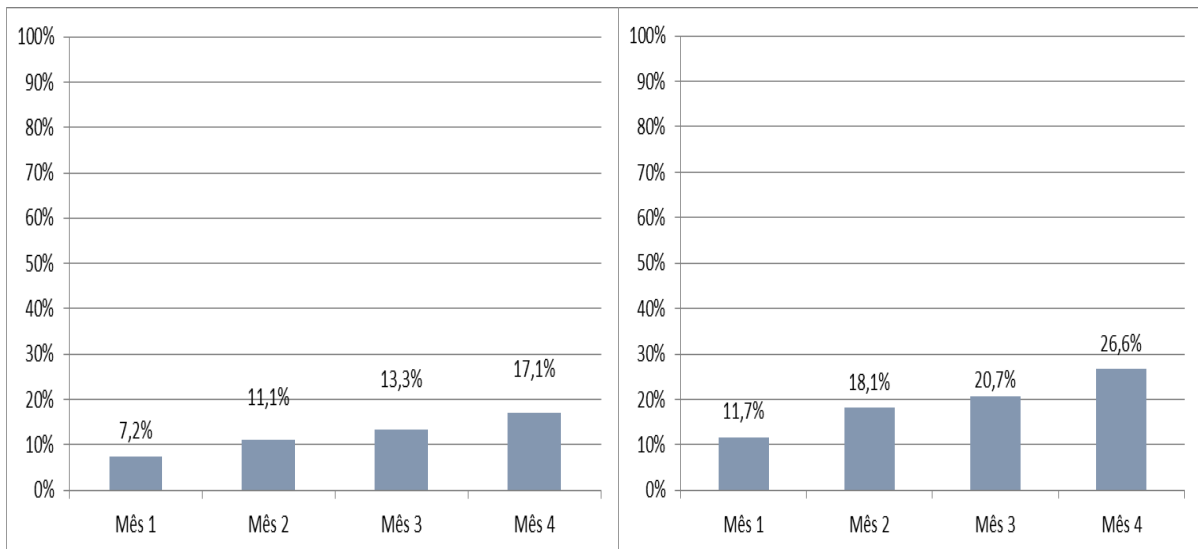


Figura 09: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético da unidade de saúde Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

A maioria das ações ocorreu conforme o cronograma, graças ao monitoramento constante realizado e pela harmonia da equipe na realização do trabalho proposto. De forma geral, a intervenção trouxe muitos benefícios para a unidade de saúde (Figura 10): saímos do foco do tratamento para nos voltarmos também para a prevenção de complicações e para a promoção da saúde.

A intervenção pôde contar com a participação da comunidade durante todo o projeto. A importância da participação de todos foi fundamental para não quebrar a permanência dos mais antigos do grupo de hipertensão e diabetes e trazer novos usuários. Com nosso novo método, foi possível se aproximar mais dos usuários, além de promover um jeito de tratamento diferenciado, evitando que tomassem o medicamento em horários não apropriados e sem assiduidade. Foi muito interessante ver o entusiasmo e a participação de todos, além da melhoria no tratamento de cada um deles.

Indicador de Qualidade	Resultado antes da intervenção	Resultado no 4º mês da intervenção
Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	Indicador não avaliado	100%
Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	Indicador não avaliado	98%
Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	Indicador não avaliado	100%
Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	Indicador não avaliado	98%
Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada	Indicador não avaliado	97,7%
Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada	Indicador não avaliado	100%
Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	Não realizávamos esta ação	100%
Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	Não realizávamos esta ação	50%
Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	Indicador não avaliado	100%
Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	Indicador não avaliado	100%
Proporção de hipertensos orientados sobre hábitos de vida saudável	Indicador não avaliado	100%
Proporção de diabéticos orientados sobre hábitos de vida saudável	Indicador não avaliado	100%

Figura 12: Quadro comparativo entre os indicadores de qualidade da atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes antes e após a intervenção realizada na USF Santa Teresinha, Garibaldi – RS, 2015.

Fonte: Caderno de Ações Programáticas/UFPEL e Planilha de Coleta de Dados.

Os idosos foram os que mais cooperaram nos passeios promovidos, mesmo que previmos a idade média de participação de 55 a 75 anos, devido às características da nossa região. Eles foram os que mais impulsionaram a continuação do tratamento e o fortalecimento da equipe voltando a atenção à eles.



Figura 11: Equipe realizando o cadastramento de novos usuários na unidade (superior à esquerda); controle de medicamentos na unidade (superior à direita) e realização do monitoramento semanal das atividades para a busca ativa dos faltosos (inferior). UBS Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.



Figura 12: Viagem do grupo de hipertensos e diabéticos à Festa do Morango (esquerda) e em realização do grupo de hipertensos na recepção da unidade de saúde (direita) Santa Terezinha, Garibaldi/RS, 2014.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Entre o período de 16 semanas, de setembro a dezembro de 2014, os profissionais da UBS Santa Terezinha, localizada no município de Garibaldi-RS, realizou uma intervenção com foco na ação programática hipertensão e diabetes, tendo o objetivo de melhorar a qualidade da atenção do programa para os usuários diabéticos e hipertensos por meio da organização da gestão dos serviços oferecidos, qualificação da prática clínica dos profissionais que atuam na unidade, estímulo e

promoção ao engajamento público e ainda um constante monitoramento e avaliação das ações programadas.

A meta da intervenção era cadastrar 53% (403) dos hipertensos e 93% (175) dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde e trazer estes usuários para se consultar, realizar os exames clínicos e periódicos, fornecer orientações, realizar a estratificação de risco cardiovascular, o exame físico do pé, garantindo que estivessem em dia nos acompanhamentos. Registrar cada um desses usuários, buscar os faltosos, cadastrar e preencher a ficha-espelho passou a ser uma rotina dos profissionais da unidade a cada semana da intervenção.

Com as metas definidas iniciamos a intervenção com a participação de toda a equipe, o que foi fundamental para o processo. De acordo com a Planilha de Coleta de Dados, fornecido pelo curso de especialização da Universidade Federal de Pelotas, foi previsto na área de cobertura um total de 760 hipertensos e 188 diabéticos com 20 anos ou mais. Entretanto, ao final dos quatro meses da intervenção 130 hipertensos e 50 diabéticos foram cadastrados na unidade, ou seja, alcançamos 17,2% de cobertura dos hipertensos e 27% dos diabéticos da área.

Sem a ajuda de ACS, que seriam essenciais para este processo, conseguimos cadastrar 55 hipertensos e 22 diabéticos no primeiro mês, 84 hipertensos e 34 diabéticos no segundo mês, 101 hipertensos e 39 diabéticos no terceiro mês e 130 hipertensos e 50 diabéticos no quarto mês. Um número relativamente baixo em relação ao existente na área, o que nos estimula a seguir em frente e mantermos o empenho no cumprimento das metas.

A intervenção aconteceu de forma favorável, trazendo diversos benefícios para quem foi assistido na unidade, pois mudou a abordagem ao usuário e tornou a assistência mais completa. Os usuários puderam ser monitorados e ter seus medicamentos entregues em dia, além da priorização na realização dos exames de rotina e complementares. O nosso posto de saúde abriu vagas prioritárias para hipertensos e diabéticos diariamente e, além disso, a equipe realizou visitas domiciliares aos usuários que não tinham condições de se dirigir ao posto por serem acamados ou possuírem alguma limitação física, que os impediam de chegar à unidade.

Foi possível conversar com cada um que comparecia à unidade para marcar consulta, tirar dúvidas com o médico ou retirar os medicamentos. O grupo para

esses usuários foi uma porta de entrada para a comunidade, além de ser possível garantir as orientações e encorajar quem ainda não havia aderido ao tratamento.

Com a intervenção, realizamos o preenchimento de ficha-espelho e planilha de coleta de dados, instrumentos que possibilitaram cadastrar o usuário e controlar de forma permanente a sua situação de saúde, o que não havia antes. Antes, não sabíamos quando tinha ocorrido a última consulta do usuário e/ou quando ele tinha realizado os exames de rotina, a não ser que ele marcasse uma consulta e olhássemos em seu prontuário. Com o novo sistema de controle foi e é possível monitorar o usuário sem deixar passar as datas importantes do seu tratamento.

Diversos usuários tiveram melhora do quadro clínico, responderam muito bem e se adaptaram ao novo sistema de atenção. Cada um teve seu tratamento personalizado de acordo com suas características e estilo de vida, recebendo orientações para atividade física e alimentação saudável que eram incorporadas aos nossos grupos mensais de diabéticos e hipertensos.

O programa fortaleceu o encontro da comunidade, que se iniciou na viagem com o grupo de diabéticos e hipertensos para o município de Feliz/RS, à festa do morango, em novembro de 2014. Conseguimos reunir um total de 40 usuários, que participaram de palestras com orientações sobre alimentação saudável e de momentos de lazer e descontração.



Figura 13: Grupo de hipertensos e diabéticos na Festa do Morango, viagem promovida pela equipe de saúde da UBS Santa Terezinha. Feliz/RS, 2014

Ao ver que estávamos levando a intervenção a sério e seguindo o cronograma da forma como havíamos planejado, a gestão se empenhou em manter o fornecimento de materiais e medicamentos, providenciar a realização dos exames e de transporte para o deslocamento do usuário.



Figura 14: Atividade em grupo com os diabéticos e hipertensos, que acontece mensalmente na nossa Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha. Garibaldi/RS, 2014.

Esperamos que toda comunidade continue participando dos grupos educativos e, principalmente, se empenhando para não faltar às consultas clínicas. Contamos com vocês para convidar outras pessoas da nossa área para comparecerem à unidade, se cadastrar e realizar os exames clínicos, que auxiliam no diagnóstico da diabetes e/ou hipertensão. No caso de usuários com fatores de risco, nossa atenção aumenta, possibilitando um rastreamento mais frequente.

Acredito que, também, é importante a empolgação da comunidade para levar estas informações à rádio e noticiários locais, enquanto nossos ACS não iniciam suas atividades. A co-responsabilidade é importantíssima para garantir a melhora da assistência e da qualidade de vida de vocês.

5. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

Considero que o curso foi muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois proporcionou ensinamentos sobre a organização e funcionamento da Estratégia Saúde de Família. Além disto, possibilitou a união da equipe, o estudo de diversas temáticas e, principalmente, a melhoria da atenção ao diabético e hipertenso da área adstrita da nossa unidade.

Durante os Estudos de Prática Clínica e o Teste de Qualificação Clínica (TQC) conheci novos caminhos do SUS no Brasil e tive a oportunidade de aprofundar meu conhecimento na área médica. Para estimular a reflexão do cursista e a discussão nos fóruns, o curso disponibilizou alguns casos interativos, os quais abordavam casos clínicos comuns à Atenção Básica.

Foi muito bom poder ver os resultados, responder questionamentos do dia-a-dia e ter a possibilidade de refazer as atividades, estimulando a análise crítica e a reflexão da prática a partir da teoria estudada. Neste processo não posso deixar de citar a relevância da participação da orientadora, que me auxiliou na melhoria dos textos e forneceu dicas para a confecção das atividades.

A análise da situação de saúde, realizada durante a segunda unidade do curso, proporcionou a mim e a minha equipe o conhecimento da realidade da comunidade a partir do levantamento de dados da assistência prestada em nossa unidade. Por meio da intervenção pudemos organizar nossas atividades diárias e tivemos a possibilidade de disponibilizar um maior tempo na consulta dos usuários incluídos no programa de diabéticos e hipertensos, o que gerou melhora no diálogo e tratamento de cada usuário.

Na minha opinião, o curso de especialização em Saúde da Família, poderia ser mais longo, explorando mais o tempo de intervenção, que poderia abordar mais

de uma ação programática. Seria interessante sair com a experiência não só em diabetes e hipertensão, mas também em todos os programas ofertados na unidade de saúde da família.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – Cadernos de Atenção Básica; 15

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – Cadernos de Atenção Básica, 16.

ANEXOS

ANEXO A

Planilha de Coleta de Dados

A	B	C	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	Dados para Coleta	Nome do paciente	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no sistema de cadastro de hipertensão?	O paciente está abaixo de 160/90 mmHg e em uso de medicamento?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão ou da Farmácia popular?	O paciente está com registro de subseqüência na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre tabagismo?		
2	Orientações de preenchimento	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim		
3	de 1 até o total de pacientes cadastrados																	
666	663																	
667	664																	
668	665																	
669	666																	
670	667																	
671	668																	
672	669																	
673	670																	
674	671																	
675	672																	
676	673																	
677	674																	
678	675																	
679	676																	
680	677																	
681	678																	
682	679																	
683	680																	
684	681																	
685	682																	
686	683																	
687	684																	
688	685																	
689	686																	
690	687																	
691	688																	
692	689																	
693	690																	
694	691																	
695	692																	
696	693																	
697	694																	
698	695																	
699	696																	
700	697																	
701	698																	
702	699																	
703	700																	
704	701																	

ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma 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.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPPEL