

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão arterial e/ou
Diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, Catuípe/RS**

Yarka La O Figueredo

Pelotas, 2015

Yarka La O Figueredo

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão arterial e/ou
Diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, Catuípe/RS**

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

Orientador: Niviane Genz

Co-orientadora: Vânia Priamo

Pelotas, 2015

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

F475m Figueredo, Yarka la O

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, Catuípe/RS / Yarka la O Figueredo; Niviane Genz, orientador(a); Vânia Priamo, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 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. Genz, Niviane, orient. II. Priamo, Vânia, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha família em especial aos meus filhos, porque ainda estando longe deles me transmitem fé, força e muita esperança para vencer as dificuldades. Amo a vocês. Deus os bendiga sempre.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram possível a realização de este trabalho.

Agradeço às minhas orientadoras, em especial a Cristiane Veeck, Vânia Priamo e Niviane Genz, as quais me guiarem pelo caminho adequado dando as orientações precisas para obter os resultados alcançados.

À gestão do meu município e à minha equipe, aos quais atribuo nota dez, pois sem eles todas as atividades não se cumpririam com a qualidade necessária. Sem vocês, os resultados não seriam alcançados.

E a Deus, acima de tudo, por colocar pessoas como vocês em meu caminho garantindo o êxito de todo o trabalho realizado. Deus Abençoe a vocês.

Resumo

FIGUEREDO, Yarka La O. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, Catuípe/RS**. 2015. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos. Já o Diabetes mellitus é uma doença do metabolismo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e na urina, que surge quando o pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina, ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada. O controle dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus e seus tratamentos constituem-se em um dos maiores desafios para a Atenção Básica em Saúde. Diante dessa realidade, a Unidade Catuípe de Estratégia de Saúde da Família número 4 do município de Catuípe/RS, entre os meses de fevereiro e junho de 2015, realizou uma intervenção em saúde objetivando melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da unidade. A intervenção realizou ações programáticas baseadas em quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica e adotamos o protocolo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde. Os aspectos abordados estavam relacionados à cobertura, adesão, qualidade da atenção, registros adequados, mapeamento de risco da população-alvo e promoção de saúde relacionada à ação programática além de monitoramento das complicações cardiovasculares em usuários hipertensos e/ou diabéticos. Os métodos utilizados para ações educativas foram palestras e rodas de conversas, com auxílio de projetores, vídeos e folders, os palestrantes foram a médica especializanda, o enfermeiro, a nutricionista, a psicóloga, a dentista, a educadora física e a fisioterapeuta. Este trabalho confirma a necessidade e a importância de termos profissionais de saúde capacitados para desenvolver ações qualificadas de intervenção na assistência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos a fim de melhorar a qualidade de vida de todos. Houve melhoria quanto ao conhecimento pela população sobre Hipertensão Arterial e Diabetes, sobre os fatores de risco abordados, suas complicações e a importância da adesão ao tratamento, além da ampliação da cobertura para 80,3% (290) do total de pessoas com hipertensão e para 85,4% (76) do total de pessoas com diabetes acompanhados na unidade. Conclui-se que a intervenção promoveu melhoria da qualidade de vida a esta parcela da população e diante dos resultados positivos alcançados manteremos as ações na rotina do serviço bem como serão ampliadas para outras ações programáticas desenvolvidas na unidade a fim promover qualidade de saúde a toda a população.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, do município de Catuípe/RS, 2015.	55
Figura 2	Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, do município de Catuípe/RS, 2015.	55
Figura 3	Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, do município de Catuípe/RS, 2015.	56
Figura 4	Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, do município de Catuípe/RS, 2015.	56
Figura 5	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	60
Figura 6	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	61
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4 no município de Catuípe/RS, 2015.	63
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	63
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	64
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	65
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	66
Figura 12	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde Catuípe, ESF 4, no município de Catuípe/RS, 2015.	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
RAS	Relatório de Análise Situacional
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	39
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	57
4 Avaliação da intervenção	58
4.1 Resultados	58
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores.....	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	79
Referências	81
Anexos	82

Apresentação

O presente trabalho é apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS e teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe/RS.

No primeiro capítulo é apresentado a análise situacional apresentando o a descrição do município ao qual pertence a unidade bem como a descrição da própria unidade além de uma análise do processo de atenção à saúde realizado nesta.

No segundo capítulo, apresentamos a análise estratégica realizada junto ao serviço para identificação da realidade do serviço, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma para a execução das ações.

No terceiro capítulo, é apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. O quinto e sexto capítulos apresentam o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para a construção deste projeto bem como os anexos que serviram para orientar o

desenvolvimento deste trabalho quanto à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da referida Unidade de Saúde.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O trabalho na atenção primária à saúde é muito importante, pois trabalhamos com ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce de doenças, tratamento e reabilitação do usuário em alguns casos específicos.

No município em que trabalho (Catuípe/RS) existem 2 Unidades de Saúde que contam com 4 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A partir deste mês (agosto/2014) haverá a divisão territorial e a equipe em que atuo atenderá a demanda de uma população de 2.442 usuários. A minha equipe conta com 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 odontóloga, 1 técnico em odontologia e uma médica (eu). Como equipe de apoio temos os profissionais do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) que atuam junto à Unidade de Saúde por meio de uma nutricionista, uma fisiatra, uma psicóloga, uma educadora física e uma assistente social.

A área de abrangência da equipe apresenta uma pirâmide populacional envelhecida, mas ainda não contamos com estratégias precisas para o atendimento desta parcela da população. Neste momento, estamos trabalhando neste sentido, pois já temos o pessoal técnico em enfermagem e os ACS fazendo o curso de capacitação em atenção ao usuário idoso, a fim de nos trazer novas perspectivas para o atendimento para a população idosa. Existe no município grupos de apoio ao usuário idoso como os grupos de reeducação alimentar; de usuários que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou de Diabetes Mellitus (DM) e grupo para caminhada orientada.

Ainda não temos bem definido o modo de atendimento, estamos trabalhando em conjunto, para melhor atendimento da população, para diminuir o índice de prevalência de doenças e reabilitação do usuário doente.

Ao fazer uma avaliação da população observa-se que se trata de uma população idosa e eminentemente rural, com baixo nível de instrução e que necessitam de ações educativas para modificação de modos e estilos de vida. Diante desta realidade, sugeri ao Secretário de Saúde intensificar a realização de visitas domiciliares para prevenção e promoção à saúde.

Além da rede de Atenção Primária, o município conta com a atenção da rede secundária com um Pronto Atendimento pré-hospitalar para emergências e urgências, mas não conta com um hospital no município, também possui serviços especializados em Pediatria e as demais necessidades são encaminhadas aos municípios vizinho como Ijuí, Santo Augusto e Panambi.

As necessidades de atendimento na atenção terciária (alta complexidade) são encaminhadas para 17ª Coordenadoria de Saúde que processa todas as demandas dessa magnitude.

Essa é a realidade de meu serviço de ESF. Sabemos que temos que trabalhar muito, mas em equipe tudo é possível de ser alcançado.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Catuípe, conhecida como a “Terra das Águas Minerais”, foi fundada em 16 de outubro de 1961. Localizada na Região Noroeste do Rio Grande do Sul, possui uma área de 583,258 Km² e uma população de 9.477 mil habitantes.

A comunidade desfruta de um componente invejável na questão de qualidade de vida: a água mineral encanada. Esta qualidade tem sido um ingrediente de valor no consumo diário de todos os catuipanos, podendo ser desfrutada também pelos visitantes da cidade. Um orgulho para os cidadãos desta terra. Entre as potencialidades do município destacam-se a indústria, o comércio, os prestadores de serviços, os produtos coloniais, o artesanato e a cultura, presente nas diversas manifestações do povo catuipano.

Os índios da tribo tupi-guarani (depois chamados de tapes e Caingangues) foram os primeiros personagens da história deste município. Deduz-se que por esse motivo, foi dado o nome de origem indígena ao município,

que significa “águas claras e boas, lugar bom para morar”. Outra fonte diz que é um arroio afluente do rio Ijuí, significando “rio bonito”.

Catuípe, em tupi-guarani, significa lugar de água boa (Catu = bom; I = água, rio; Pe= locativo ou lugar de). Na verdade os índios missioneiros denominavam esta região de Catupe, lugar bom para viver ou morar. Posteriormente, não se sabe exatamente quando foi acrescentado o “i”, provavelmente pelo fato de existirem dois pequenos rios, fontes com águas límpidas, boas e saudáveis.

Os negros serviram de trabalho escravo por um longo tempo do século XIX. Por isso a história deste município também está ligada ao tropeirismo, foi com eles que o lugar tornou-se conhecido, trazendo visitantes de Sorocaba, Itapetinga (São Paulo) e outros lugares do país.

Ao longo dos anos esse percurso foi de muitas estórias e histórias, que com o passar do tempo deram fruto aos povoados, cidades que entrelaçaram suas famílias de um lugar para o outro. Com a chegada do trem ao Rincão da Natureza iniciou-se um novo marco histórico, a colonização.

Para construir suas casas e lavouras, os colonos tiveram que abrir, primeiramente, picadas e clareiras na mata e só assim se estabelecerem. Até 1960 o trem foi o maior meio de transporte de Catuípe. O início do povoamento da sede deu-se em 1915. O novo povoado começou às margens do Riacho Rio Branco, sendo que as terras, anteriormente pertenciam aos espanhóis.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição Brasileira. Fazem parte do Sistema Único de Saúde, os centros e unidades de saúde, os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil.

O trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita um maior desenvolvimento das diretrizes propostas para a mesma e é muito importante,

pois nela se desenvolvem ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação do usuário em alguns casos.

O município de Catuípe/RS possui 2 Unidades de Saúde com 4 equipes de ESF. A minha equipe conta com 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 odontóloga, 1 técnico em odontologia e uma médica (eu). Como equipe de apoio temos os profissionais do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) que atuam junto à Unidade de Saúde por meio de uma nutricionista, uma fisiatra, uma psicóloga, uma educadora física e uma assistente social.

A área de abrangência foi redividida em julho de 2014 ficando a minha equipe sob responsabilidade de uma população adstrita de 2.442 usuários. Destes, 10 são menores de um ano, 90 possuem entre 1 e 4 anos, 37 entre 5 e 6 anos, 83 entre 7 e 9 anos, 118 possuem entre 10 e 14 anos, 143 entre 15 a 19 anos, 627 entre 20 e 39, 363 entre 40 e 49 anos, 369 entre 50 e 59, 602 possuem 60 anos ou mais. Dentre todos os usuários pertencentes à área de abrangência de minha equipe, 7 são acamados em decorrência de Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Assim, em Janeiro de 2014 houve separação física e estrutural da Unidade de Saúde com ESF e do Pronto Atendimento, o que promoveu melhorias no serviço de saúde pública no município de Catuípe. No mês de março do mesmo ano, deu-se início ao processo de agendamento de consultas, mas ainda sem conhecimento da demanda espontânea e nem de territorialidade, pois contávamos apenas com 2 médicas para uma população de aproximadamente 10.000 usuários. Em Agosto (2014) conseguimos realizar a divisão territorial e voltamos a ofertar o agendamento de consultas além do atendimento da demanda espontânea. A partir disso, semanalmente, disponibilizamos vagas para agendamento e atendimento a demanda espontânea e, com esta divisão, também criamos novos grupos e novas experiências de trabalho para melhoria da saúde da população em geral.

A estrutura física da Unidade de Saúde Catuípe, de Catuípe conta com 2 salas para recepção, 3 consultórios médicos, 1 consultório da nutricionista, 1 consultório da psicóloga, 2 salas de triagem sendo uma com dois leitos de observação, 2 salas de espera, 1 sala para realização de exames preventivos, 1

sala de vacinas, 1 sala para atendimento de fisioterapia, 1 ambulatório, 1 sala de emergência, 2 salas de enfermagem, 5 almoxarifados, 1 copa, 1 sala de lavagem e descontaminação, 1 sala de esterilização, 1 quarto de isolamento, 2 quartos de observação coletivos com 4 leitos cada, 2 quartos de observação, sendo um com 2 leitos e o outro com 1 leito, 1 quarto para repouso de plantonista, 1 garagem para 5 carros, estacionamento para 7 carros, 1 lavanderia com barreira, 1 cozinha, 1 sala para o arquivo morto da prefeitura.

O município possui praticamente toda a população (10.000 habitantes) concentrada na área rural. Conta com 2 Unidades de Saúde com 4 equipes de ESF. Presta serviços de vacinação, teste do pezinho, pré-natal, nutrição, psicologia, assistência social, fisioterapia, pediatria, teste rápidos para Sífilis, anti-HIV, HCV, HbsAg, saúde bucal, Pronto Atendimento, encaminhamentos para especialistas e exames laboratoriais, farmácia, Bolsa Família.

O prédio da unidade em que atuo necessita de corrimões inexistentes em lugares com degraus para facilitar a movimentação das pessoas com deficiência motora, dos idosos e das crianças; também necessita de sinalização adequada para os deficientes visuais a fim de facilitar seu deslocamento pela unidade e adequação das calçadas para o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas com necessidades especiais.

Quanto aos equipamentos e instrumentos o maior problema é a não reposição imediata dos mesmos. Acredito que isso possa ser melhorado, buscando alternativas junto aos gestores, explicitando o prejuízo que se tem na assistência ao usuário quando faltam materiais essenciais para o desenvolvimento do trabalho da equipe.

Em nossa Unidade de Saúde, os ACS participam do processo de territorialização, realizam a identificação de famílias expostas a riscos, de grupos portadores de agravos (hipertensos, diabéticos, tuberculose). Realizam também a busca ativa de usuários faltosos em ações programáticas e cadastramento dos usuários no sistema de prontuário eletrônico. Apenas penso que aos ACS deveriam ser fornecidas melhores condições de trabalho como meios de proteção, material de oficina entre outras coisas que podem influenciar positivamente em seu trabalho.

Além da Unidade de Saúde, as atividades educativas são realizadas nos domicílios, nas escolas e associações de bairro. Todos os profissionais da unidade realizam cuidado domiciliar.

Temos algumas dificuldades em nosso trabalho, pois os profissionais da Unidade encaminham os usuários a outros níveis do sistema, porém não se tem acompanhamento do plano terapêutico pela Unidade de Saúde a este usuário. Também em caso de internação hospitalar, os profissionais da Unidade não fazem o acompanhamento dos usuários. A busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória somente é feita pelo enfermeiro. Anteriormente, em nossa unidade, eram desenvolvidos grupos pelo município como Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Reeducação Alimentar, Ingestão Autônoma de Medicamentos. Após a divisão do território a minha equipe constituiu grupos do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos divididos por área de atendimento dos ACS. Além deste grupo criamos um grupo de Gestantes, um grupo de Mulheres, um grupo de tabagistas. Ainda estamos em processo de formação do grupo de idosos, pois estamos finalizando o cadastramento deste grupo.

O gerenciamento é de responsabilidade do enfermeiro, os demais profissionais da equipe não participam do gerenciamento de insumos para a Unidade de Saúde. Isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho ao enfermeiro, o que muitas vezes dificulta o andamento adequado das atividades.

O número de equipes é adequado ao tamanho da população, pois atualmente a população coberta pela área de abrangência da nossa ESF é de 2.442 pessoas.

A estimativa difere da realidade na área de abrangência da Unidade de Saúde, uma vez que existem menos crianças e mais idosos do que a estimativa baseada na distribuição brasileira. O número da população de adultos jovens (nas faixas etárias entre 25 e 39 anos) na área de abrangência da Unidade de Saúde é menor do que o estimado com base na distribuição brasileira, isso se deve, provavelmente ao fato de muitas pessoas nessa faixa etária deixarem a cidade em busca de alternativas de emprego e melhor educação. Observa-se também nessa faixa etária um número menor de indivíduos do sexo masculino, pois estes são os que mais saem de casa em busca de emprego.

Em nossa Unidade de Saúde é realizado o acolhimento de todos os usuários, independente do dia da semana e do horário, todos têm suas queixas escutadas por algum profissional da equipe, e classificado se tem algum tipo de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário para o serviço que precisa ser encaminhado.

Há em nossa unidade excesso de demanda para problemas agudos de saúde, motivo pelo qual se modificou o modo de agendamento para que possa disponibilizar vagas para atendimento as demandas espontâneas, evitando o fluxo ao pronto atendimento sem que realmente o usuário precise desse atendimento. O atendimento odontológico tem necessidade de algumas mudanças, mas isso provavelmente será possível quando a equipe odontológica estiver completa.

Conseguimos garantir que as gestantes saiam da unidade com a próxima consulta agendada, assim como os menores de um ano que anteriormente eram somente acompanhados pelo pediatra da cidade. Isso mudou e agora toda a equipe oferta este atendimento.

Não existe protocolo de atendimento de puericultura em nossa unidade. Elaboramos um formulário para realizar o acompanhamento das crianças menores de 5 anos. Estou começando a trabalhar, em parceria com a Odontóloga de minha equipe, em prevenção com os menores de um ano em consulta multiprofissional aos 6 meses com o pediatra, a odontóloga e eu, isso também vai acontecer no segundo momento com as crianças de 2 anos e 5 anos. É um grande trabalho, mas toda a equipe está trabalhando muito para que tenha resultado, também realizamos atividades em grupo com as mães das crianças menores de 5 anos, falando sobre crescimento e desenvolvimento infantil, saúde bucal, alimentação saudável, prevenção de acidentes no domicílio, entre outros assuntos pertinentes para a faixa etária. Precisamos fazer busca ativa das crianças que ainda não estão em acompanhamento pela unidade segundo protocolado pelo Ministério da Saúde.

Assim, a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 29 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 34% (10). Destas, nenhuma está com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, nenhuma

realizou a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e nem triagem auditiva e também nenhuma está em dia com monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta e não foi avaliada quanto à saúde bucal, todas estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 100% (10) das crianças realizaram teste do pezinho, as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes.

Em nossa unidade ofertamos acompanhamento e consultas de pré-natal, mas ainda muitas realizam o acompanhamento em serviço privado e poucas gestantes realizam o acompanhamento pela unidade e algumas gestantes realizam o pré-natal em serviço especializado por serem de alto risco.

Diante desta realidade, acompanhamos um total de 4 (11%) gestantes da estimativa de 36 gestantes estimadas para a área de cobertura. Das 4 gestantes acompanhadas 25% (1) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, a 50% (2) das gestantes foram solicitados na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, também estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, foi fornecido prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo e realização do exame ginecológico por trimestre recomendado e a 100% (4) foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo e foram avaliadas quanto à saúde bucal.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 34% (10) do total de 29 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 60% (6) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto e registro da consulta, 100% (10) receberam orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinado, realizaram o exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto à intercorrências.

O controle do câncer de colo de útero é outro aspecto que foi mudado neste ano (2014), pois anterior à minha chegada, o serviço não mantinha registro de procedimentos realizados e nem dos resultados dos exames. Agora temos um livro de registro em que lançamos todos os exames realizados com os respectivos resultados. Além disso, o resultado é registrado no prontuário da usuária e se

houver alguma alteração a mesma é encaminhada para a consulta médica para conduta e tratamento adequado.

As atividades são baseadas no protocolo do Ministério da Saúde, porém não temos um profissional responsável para avaliar e controlar essas ações. Poderíamos dividir essas atividades com os demais membros da equipe para poder melhorar as ações nessa área. Temos um total de 672 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 402 (60%) mulheres residentes e cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade não alcançam o preconizado, pois 125 (31%) mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias com presença das células representativas da junção escamocolumnar; 68 (17%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 6 (1,5%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 12 (2,9%) mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero; 402 (100%) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Quanto ao controle do câncer de mama, o registro sobre as mamografias realizadas foi criado junto ao de exames preventivos de câncer do colo de útero, ficando também registrado no prontuário da usuária, o que antes não acontecia e essas mulheres acabavam não sendo acompanhadas pela equipe da Unidade de Saúde. Do total de 252 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 235 (93%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 125 (53%) mulheres estão com mamografia em dia, 3 (1,3%) receberam avaliação de risco para câncer de mama. Do total de mulheres acompanhadas, 7 (2,9%) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 235 (100%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama

Neste sentido estamos tendo grandes melhoras, mas ainda necessitamos fazer um levantamento de toda a população entre 25 e 69 anos para manter um controle adequado das mulheres em acompanhamento e para poder trabalhar com as que estão com os exames em atraso incentivando-as a realizarem os mesmos.

Há uma boa cobertura na realização de exame clínico das mamas e mamografia, uma vez que o município disponibiliza como rotina um exame a cada ano para todas as mulheres acima de 40 anos, oferecendo inclusive o transporte até o município onde são realizados os exames, motivo pelo qual atingimos 125 mulheres este ano.

Percebo que as mulheres da área de abrangência da Unidade de Saúde têm grande interesse na realização deste exame e então sempre aproveitamos a oportunidade para agendar também o exame preventivo do câncer de colo do útero, Temos muito a melhorar no controle do Câncer de colo de útero e de mama, ainda não realizamos ações coletivas (grupos) com as mulheres para educação no reconhecimento de sinais e sintomas do câncer. Acredito que esta atividade poderia melhorar ainda mais os indicadores de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Na atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa ESF não há registro dos atendimentos realizados. Ainda não há cadastro atualizado no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, eles foram realizados há algum tempo atrás quando o atendimento não era territorializado, mas a nível municipal. Atualmente estamos realizando um novo cadastro em prontuário eletrônico, atualizando todos os dados. Além disso, criamos grupos e aproveitamos para realizar o cadastramento utilizando as fichas do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e esperamos com isso obter, pelo menos, um registro mais completo do acompanhamento desses usuários na Unidade de Saúde.

Mas, temos um total estimado de 546 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 348 (64%) hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 105 (30%) das pessoas com hipertensão acompanhadas. Um total de 250 (72%) dos hipertensos estão com os exames complementares periódicos em dia, nenhum tem atraso das consultas em mais de sete dias. Um total de 348 (100%) hipertensos receberam orientações sobre prática de atividade física regular e orientações nutricionais para uma alimentação saudável. Ainda, 150 (43%) possuem avaliação de saúde bucal.

Precisamos, urgentemente, fazer o preenchimento de prontuários para registrar o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como de atendimento a todos os usuários, pois as fichas de atendimento individual não estão disponíveis para o acompanhamento deles.

Também realizamos ações para o controle de peso corporal, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, realizamos exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos usuários diabéticos. Não temos o agendamento de retornos, em sua maioria, não estão bem controlados e com isso retornam muitas vezes à unidade. Agora com a criação de grupos do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, o acompanhamento será mais efetivo e teremos melhores resultados quanto ao controle de suas doenças. Os atendimentos nos grupos serão multiprofissionais para atingir redução do risco de complicações e descompensações.

Em relação ao Diabetes Mellitus, o CAP apresenta uma cobertura de 57% (89) do total estimado de 156 diabéticos para a área. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 85% (76). Também 85% (76) estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e com avaliação de saúde bucal em dia,. Do total, 235 (100%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Quanto ao cuidado com os idosos os atendimentos não são direcionados a eles especificamente, mas se trabalha junto com os usuários do grupo de Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Ainda não temos dados exatos sobre o número dos usuários idosos, mas a estimativa apresenta-se abaixo da realidade. Esses idosos estão sendo cadastrados pelas ACS por meio de visitas domiciliares regulares e quando há algum problema mais grave trazem para a Unidade de Saúde para discussão do caso em equipe.

Não existe registro individual para atendimento especial para o usuário idoso, somente o prontuário médica especializanda. Não há consulta programada para os idosos em nossa Unidade de Saúde e nem protocolo de atendimento para

eles. Não é realizada a avaliação da capacidade funcional global do idoso. Com certeza temos que discutir em equipe essas questões e propor ações para melhorar e organizar a assistência e o cuidado aos idosos, uma vez que eles representam grande parte da nossa população. Estamos trabalhando arduamente no cadastramento. Conjuntamente com a Educadora Física pretendemos criar um grupo de Idosos para trabalhar as questões de interesse dessa população, tais como controle dos esfíncteres, do peso, autoestima, prevenção de acidente domiciliar e outros aspectos importantes na vida das pessoas idosas.

Acompanhamos 245 idosos perfazendo 74% da estimativa de 333 pessoas com 60 anos ou mais segundo o CAP. Dentre os acompanhados, 93 (38%) são hipertensos e 45 (18%) são diabéticos. Em nossa Unidade nenhum dos idosos possui caderneta de saúde da pessoa idosa e não possuem investigação de indicadores de fragilização na velhice, um total de 107 (44%) estão com o acompanhamento em dia, possuem Avaliação Multidimensional rápida e avaliação de risco para morbimortalidade e receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular, 36 (15%) possuem avaliação de saúde bucal.

O atendimento da saúde bucal é muito precário, pois o atendimento não programado não acontece e assim os usuários, muitas vezes, não conseguem ficha para atendimento no dia pelo e o que, muitas vezes não retornam em outro dia e com isso a saúde bucal é prejudicada. Também a população possui uma cultura diferenciada sobre a necessidade do cuidado da saúde bucal e sua devida importância, pois não acreditam que precisam atendimento e somente procuram o serviço em situações de emergência.

Na UBS, nunca é realizado atendimento odontológico às gestantes e não temos registros em que conste que as gestantes são acompanhadas pelo serviço odontológico e sabemos que isto tem muito a ver pela divisão de atendimento entre o setor privado e o SUS, pois não temos controle sobre isto.

O tratamento inicial completo, pelas razões antes expostas também apresenta deficiências, apenas conseguimos realizar ações coletivas realizadas nas escolas e junto aos grupos priorizados em que orientações sobre alimentação saudável e higiene bucal são ofertadas.

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

Após a realização da análise situacional e construção deste relatório posso fazer uma grande comparação entre minha tarefa de Ambientação e este relatório e dizer que agora eu conheço verdadeiramente a realidade da minha Unidade de Saúde. Além disso, posso falar que estamos trabalhando a fim de implantar melhorias, mas ainda temos muita coisa para fazer em benefício da saúde do povo brasileiro.

Acredito que depois de finalizado o cadastramento poderemos realizar mais ações para melhoria da qualidade de vida da população. Procuro sempre incentivar a minha equipe para que participam das atividades e que se unam para a realização das mesmas como se fossem uma grande família, pois com a união de todos os membros da equipe podemos obter êxito nas ações realizadas. Temos um grande desafio que é alcançar o objetivo de cumprir com os princípios do SUS em favor da saúde de todos os usuários adscritos à área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. No Brasil, os desafios do controle e prevenção de suas complicações são, sobretudo, das equipes de APS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS, também conhecida como pressão alta, é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (BRASIL, 2013).

Já o Diabetes mellitus é uma doença do metabolismo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e na urina, que surge quando o pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina, ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada. O controle dos fatores de risco da HAS e do DM e seus tratamentos constituem-se nos maiores desafios da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2013^a).

O município de Catuípe no Rio Grande do Sul, localizado ao noroeste do estado, conta com uma população de 9.323 habitantes, de acordo com o último Censo (IBGE, 2013). A equipe atende a demanda de uma população de 2.442 usuários cadastrados e pertencentes à unidade, estando adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde. A equipe conta com 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 6 ACS, 1 odontóloga, 1 técnico em Saúde Bucal e 1 médica especializada (eu). A equipe conta também com apoio de 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo e 1 Pediatra que compõem a equipe do NAAB.

A estrutura física da Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4 de Catuípe conta com 2 recepções, 3 consultórios médicos, 1 consultório da nutricionista, 1 consultório da psicóloga, 2 salas de triagem sendo uma com dois leitos de observação, 2 salas de espera, 1 sala para realização de exames preventivos, 1 sala de vacinas, 1 sala para atendimento de fisioterapia, 1 ambulatório, 1 sala de emergência, 2 salas de enfermagem, 5 almoxarifados, 1 copa, 1 sala de lavagem e descontaminação, 1 sala de esterilização, 1 quarto de isolamento, 2 quartos de observação coletivos com 4 leitos cada, 2 quartos de observação, sendo um com 2 leitos e o outro com 1 leito, 1 quarto para repouso de plantonista, 1 garagem para 5 carros, estacionamento para 7 carros, 1 lavanderia com barreira, 4 sala DML, 1 cozinha, 1 sala para o arquivo morto da prefeitura.

Na atenção aos usuários com HAS e DM na área adstrita, não há registro dos atendimentos realizados e não há cadastro do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos atualizado. Os dados que registramos no CAP e apresentamos no Relatório de Análise Situacional (RAS) são de algum tempo atrás. Atualmente está sendo realizado um novo cadastro utilizando prontuários eletrônicos. Os dados inseridos estão sendo atualizados e aproveitamos a participação dos usuários nos grupos para que seja realizado o cadastramento por meio das fichas do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Essas ações primam pela busca de melhoria do registro para o acompanhamento dos usuários na Unidade de Saúde, de forma mais integral. Verifica-se a necessidade de avançar no preenchimento de prontuários para registrar o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos além dos demais usuários.

Após a criação dos grupos pelo Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, pretende-se que o acompanhamento torne-se mais organizado e possa-se alcançar um controle adequado dos agravos causados pelas doenças. Há grupos de atenção preventiva aos usuários com HAS e DM nas comunidades que visam contato direto com a população em busca de melhores resultados na prevenção, promoção e educação da população com estas doenças. A proposta da intervenção em saúde para a melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou com DM tem como intuito promover saúde à esta população bem como organizar o trabalho em equipe qualificando o processo de trabalho.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, na UBS Catuípe, ESF número 4, Catuípe/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da HAS e DM em usuários pertencentes à Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4 do Município de Catuípe/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar as 546 pessoas estimadas com hipertensão e/ou as 156 pessoas estimadas com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: A realização do monitoramento dos usuários cadastrados no programa de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus será realizada pela médica especializanda e pelo enfermeiro avaliando semanalmente as ficha-

espelho dos usuários que compareceram à unidade com participação especial das ACS, responsáveis pela atualização do cadastramento destes usuários.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O enfermeiro da unidade será o responsável pelo acolhimento dos usuários no serviço. Após acolhimento, o usuário será encaminhado para verificação da pressão arterial, peso, circunferência do abdome e hemoglicoteste aos usuários diabéticos sob responsabilidade da técnica de enfermagem.

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

Detalhamento: A médica especializanda será a encarregada de realizar palestras sob a temática ofertando conhecimento a todos os usuários em relação as doenças e de como conviver com as mesmas mantendo qualidade de vida. Estas ações compreenderão promoção de hábitos de higiene e alimentação saudável com informações sobre os fatores de risco e sobre os fatores responsáveis que podem levar ao descontrole das mesmas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou 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 para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizada a capacitação a toda a equipe de saúde pela médica especializanda e pelo enfermeiro. As orientações serão direcionadas

ao trabalho que será desenvolvido bem como sobre a periodicidade das consultas à população alvo da intervenção. O enfermeiro capacitará a equipe de técnicos em enfermagem quanto à técnica de verificação de pressão arterial e realização do Hemoglicoteste em pessoas com diabetes mellitus.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento e avaliação em relação ao exame clínico será realizado pela médica especializanda utilizando o protocolo de atendimento de usuários já acompanhados pelo Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O exame clínico será realizado pela médica especializanda e pelo enfermeiro no momento da consulta individual ao usuário. Os mesmos profissionais também responsáveis pela capacitação dos demais membros da equipe sobre o protocolo de atendimento o qual também será disponibilizado em versão impressa na unidade para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários e comunidade em geral será realizada no momento das consultas e em palestras que serão realizadas durante

a intervenção. Os responsáveis serão a médica especializanda e o enfermeiro da Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada semanalmente em reuniões de equipe. A encarregada será a médica especializanda e o enfermeiro da equipe.

Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento dos exames será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor local agilidade para a realização dos exames laboratoriais garantindo realização dos mesmos a todos os usuários avaliados.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Os usuários serão orientados pelo médica especializanda sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para acompanhamento da qualidade da saúde e avaliação de riscos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A equipe será capacitada sob responsabilidade do enfermeiro da unidade utilizando o protocolo de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos disponibilizado pelo Ministério da Saúde bem como serão apresentadas e discutidas as ações para o cumprimento do protocolo de atendimento à população alvo da intervenção durante as capacitações.

Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A técnica de enfermagem será a responsável por monitorar o acesso dos usuários aos medicamentos mantendo controle do estoque e validade dos mesmos. O enfermeiro da unidade será responsável pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle de estoque de medicamentos, validade dos mesmos e manutenção dos registros adequados das necessidades dos usuários será responsabilidade da técnica de enfermagem.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: No momento da consulta individual e por ocasião das visitas domiciliares pelas ACS todos os usuários serão orientados quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou do diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Solicitaremos junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para que toda a equipe possa ser qualificada por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda especializando junto à odontóloga da unidade por meio da ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual e que após a avaliação médica encaminhará o usuário para avaliação odontológica, se possível no mesmo dia.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Solicitaremos à odontóloga da unidade de saúde para que quinzenalmente sejam realizadas palestras para a comunidade além de oferecer orientações individuais por ocasião das consultas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Detalhamento: A equipe será capacitada pela odontóloga em momento de reuniões da equipe nos momentos destinados para capacitação.

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

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: O cumprimento da periodicidade das consultas será avaliada e monitorada pelo enfermeiro, pela médica especializanda e pela recepcionista que será a encarregada pelo agendamento das consultas. Esta ação também deverá ser acompanhada pelas ACS que serão as responsáveis pela busca ativa dos usuários.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: As visitas domiciliares serão organizadas para serem realizadas de forma semanal em conjunto com os ACS, enfermeiros e médica especializanda.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pela equipe de saúde por meio das ACS durante visitas domiciliares, pela médica especializanda e enfermeiro da Unidade no momento em que o usuário comparecer à unidade em busca de algum atendimento.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados pelo enfermeiro para que possam orientar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à periodicidade recomendada das consultas em momentos de visitas domiciliares.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pela médica especializanda e pelo enfermeiro no momento de consulta individual e uma revisão quinzenal para reavaliação.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A atualização das informações no SIAB será de responsabilidade do enfermeiro e a organização dos registros será de responsabilidade dos demais membros da equipe assim como a atualização do prontuário eletrônico.

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

Detalhamento: A orientação aos usuários quanto à manutenção dos registros e acesso a segunda via quando necessário será realizada pelo enfermeiro da equipe com apoio da médica especializanda no momento da consulta.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe será capacitada para preenchimento dos registros necessários pela médica especializanda e será supervisionada pelo enfermeiro da equipe.

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

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento da estratificação de risco será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual em que avaliará o acompanhamento dos usuários lançando os dados na ficha-espelho para acompanhamento dos usuários no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A priorização do atendimento será avaliada em conjunto com os ACS, a médica especializanda, o enfermeiro e a recepcionista da unidade que também será a responsável pelo monitoramento do agendamento.

Engajamento Público: 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: Os usuários serão alertados quanto ao seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular bem como sobre o controle dos fatores de risco modificáveis em palestras, sala de espera, visitas domiciliares e em momentos de consulta individual. Todos os membros da equipe serão responsáveis pela execução das ações.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos

alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe será capacitada para identificação de lesões em pés e sinais de alerta que podem levar a danos em órgãos alvos. Esta capacitação a todos os membros da equipe será de responsabilidade da médica especializanda a fim de que o atendimento possa ser realizado no momento da identificação de alguma alteração.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou aos diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo enfermeiro e pela médica especializanda devido à ausência do profissional nutricionista na unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Solicitaremos à nutricionista da equipe para que auxilie no desenvolvimento desta ação mensalmente junto à equipe de saúde.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizados momentos de palestras junto à nutricionista da equipe para orientação aos usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como em momentos de consulta individual com a nutricionista e que poderão também ser reforçados pela médica especializanda e pelo enfermeiro que também disponibilizarão informações sobre alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Solicitaremos que a profissional nutricionista capacite os demais membros da equipe para que todos possam fornecer orientações adequadas quanto a alimentação saudável.

Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento desta ação será realizado pelo enfermeiro junto aos usuários acompanhados pelo educador físico e pelo fisioterapeuta, membros do NAAB e manterá o registro em fichas-espelho de cada usuário para monitoramento de quem realiza prática de atividade física.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Manteremos contato com o educador físico e com o fisioterapeuta, membros do NAAB para organizarmos práticas coletivas de orientação de atividade física avaliando a possibilidade de convidar um educador físico para que nos auxilie em ações educativas.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Orientamos em momentos de consulta individual a todos os usuários quanto à importância de realização de atividades físicas e para que possam realizá-las de forma adequada.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para capacitar a equipe em relação à prática de exercícios físicos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos solicitaremos ao educador físico e ao fisioterapeuta, membros do NAAB para que capacitem aos demais membros a fim de que possam ser fornecidas orientações adequadas aos usuários acompanhados.

Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica especializanda e o enfermeiro da equipe orientarão aos usuários no momento da consulta individual sobre os riscos ocasionados pelo tabagismo e sobre maiores riscos para doenças cardiovasculares em hipertensos e/ou diabéticos. Caso o usuário demonstrar interesse em abandonar o vício realizaremos encaminhamento para a psicóloga da equipe do NAAB para um acompanhamento mais efetivo.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Solicitaremos junto ao gestor o fornecimento de medicamentos para combater o tabagismo em usuários hipertensos e/ou diabéticos que desejam abandonar o vício diminuindo assim os riscos para a saúde.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados por meio de consulta individual realizadas pela médica especializanda e quando necessário serão encaminhados ao serviço de psicologia disponibilizado pela unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para a qualificação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas solicitaremos apoio da psicóloga para que possa orientar e capacitar a equipe quanto ao manejo adequado de usuários tabagistas.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica especializanda será a responsável pelo monitoramento junto à odontóloga quanto à orientação sobre higiene bucal para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. O controle será realizado por meio da revisão da ficha-espelho dos usuários.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Organizaremos junto à odontóloga a possibilidade de atendimento odontológico dos usuários no mesmo dia em que comparecerão à unidade para avaliação médica.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A orientação dos usuários e familiares será realizada pelo odontólogo no momento da realização das consultas e por meio de palestras na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A odontóloga da unidade será convidada a capacitar os demais membros da equipe para que todos possam oferecer orientações adequadas às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos 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 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

Objetivo 3– Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.2: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde 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 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Numerador: Número de 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 6.2: 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 6.3: 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 6.4: 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 6.5: 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 6.6: 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 6.7: 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 6.8: 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 realização da intervenção objetivando a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus adotaremos o Caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013. Será utilizada a ficha do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos disponíveis no município. Esta não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e sobre dados relativos à classificação de risco de doença cardiovascular e realização da avaliação anual de exames complementares.

Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção utilizaremos também a ficha-espelho disponibilizada pelo curso (**Anexo C**). Estimamos alcançar com a intervenção 80% dos usuários com HAS e/ou DM da área da abrangência. À Secretaria da Saúde e, especialmente ao gestor municipal, solicitaremos a disponibilização das fichas necessárias, as quais serão anexadas às fichas do programa da Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, que serão armazenadas em local específico de fácil acesso à equipe para monitoramento.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (**Anexo B**), ofertada pelo curso e para organização do registro específico do programa o enfermeiro fará a revisão dos registros do programa identificando todos os usuários que estiveram em atendimento na

Unidade de Saúde nos últimos 3 meses, localizará os prontuários e realizará a transcrição de todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Além disso, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e avaliação odontológica em atraso.

A equipe já tomou conhecimento sobre o RAS e o foco para a intervenção. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação aos ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da Unidade de Saúde, capacitando a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do equipamento e também para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior 135/80 mmHg. A equipe também será capacitada para a realização do exame clínico apropriado.

Esta Capacitação ocorrerá na própria Unidade de Saúde, onde será uma carga horária de 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. A capacitação dos profissionais será de acordo com os protocolos adotados pela Unidade de Saúde e serão atribuídas as funções de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com HAS e DM.

A comunidade será informada sobre a existência do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade e do projeto de intervenção. Será também informada sobre a importância de verificar a pressão arterial, pelo menos anualmente, a partir dos 18 anos. A comunidade será orientada sobre o rastreamento de DM em adultos com Pressão arterial sustentável maior 135/80 mmHg e os fatores de risco para o desenvolvimento dessas condições.

Será solicitado apoio da comunidade no sentido de orientar as pessoas com HAS e/ou com DM quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e do DM, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e a ficha-espelho, identificando aqueles

que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso, os quais serão objetos de busca ativa pelos ACS em visitas domiciliares. Ao fazer a busca já será agendado um horário para a consulta e realizado cadastro no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, o exame clínico será realizado pelo médico e o enfermeiro, nas consultas programadas.

Ao término da intervenção as ações realizadas serão incorporadas a rotina do serviço no sentido de dar continuidade às ações e melhoria cotidiana da saúde das pessoas com HAS e/ou DM no território de atuação, mantendo controle efetivo dos casos e assim poder prevenir as principais complicações como Doença Arterial Coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Renal, entre outras que podem acontecer em decorrência destas doenças.

Também serão identificados os fatores de risco como peso elevado, tabagismo, aumento dos níveis de colesterol e triglicérides, maus hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool, consumo elevado de sal, incentivando a todos a fim de modificar os riscos modificáveis, para que concomitante ao tratamento medicamentoso seja possível o controle dos usuários adequadamente. Além disso, teremos como objetivo as atividades de educação em saúde para disseminar informações às famílias e a toda comunidade, estas serão realizadas em as atividades de grupos, em as consultas, utilizaremos os meios de comunicação; serão realizadas palestras, rodas de conversas, falas entre outras com a participação de toda a Equipe de Saúde da Família da área da abrangência e o Equipe de profissionais de apoio (ACS, técnica de enfermagem, enfermeiro, odontóloga, técnica de odontologia, nutricionista, educadora física, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e a médica).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao finalizarmos a intervenção em saúde realizada na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe/RS direcionada às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus destacamos que enfrentamos algumas dificuldades ao longo da mesma como o período de férias de quase toda a equipe durante o mês de janeiro, logo após tivemos a saída do enfermeiro da equipe, depois o meu período de férias durante o mês de março, momento em que tive também que realizar uma cirurgia. Além disso, tive problemas com o meu computador e com o provedor de internet atrasando um pouco o desenvolvimento das ações na intervenção, mas sempre pude contar com o apoio da equipe e da gestão de saúde do município sendo possível a conclusão da intervenção.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias da especializanda durante a intervenção, mas sem prejuízo das ações realizadas na comunidade.

Dentre as ações realizadas com as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, foram cadastrados todos os usuários que ainda não eram cadastrados no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Assim, tomamos conhecimento do número de pessoas com HAS e/ou com DM bem como tomamos conhecimento do número de pessoas que possuem comorbidades. Preenchemos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso para o efetivo monitorando de pessoas com HAS e DM residentes na área de

abrangência da unidade. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência.

Foi estabelecida como meta a ampliação da cobertura para 80% de acompanhamento às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, a qual foi cumprida ao concluirmos o terceiro mês da intervenção. Para o alcance dos resultados, capacitamos toda equipe para a orientação às pessoas com HAS e/ou com DM enfatizando a importância de realizar as consultas mantendo a sua periodicidade conforme recomendado pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Já para atender a demanda dos faltosos às consultas organizamos uma agenda para acolher aos usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares. Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas bem como ouvimos a mesma sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com HAS e DM acompanhados na unidade. Orientamos também aos usuários com HAS e DM e a comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Cada membro da equipe foi capacitado para o adequado preenchimento das fichas-espelho que serviram para alimentar a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pelo curso utilizada para calcularmos nossos índices de cobertura e de qualidade do atendimento prestado. Desse modo, contemplamos as ações de monitoramento do número de pessoas com HAS e DM cadastrados no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou com diabéticos. A saber, as fichas-espelho foram preenchidas durante as consultas, nas visitas domiciliares e em encontros dos grupos do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Foi garantido o registro de todos os usuários e melhoria quanto ao acesso bem como quanto ao acolhimento das pessoas com HAS e DM na unidade. Garantimos junto ao gestor municipal material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelho para fazer teste de hemoglicose) na Unidade de Saúde. Também verificamos junto às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, quais medicações utilizavam para controle da pressão arterial, se necessitavam de cuidado extra, se praticavam alguma atividade física, se eram ou não tabagistas, se já realizaram

consulta oftalmológica avaliação nutricional e consulta odontológica. Também verificamos peso, altura, calculamos o Índice de Massa Corporal (IMC), solicitamos exames laboratoriais segundo recomendado pelo protocolo bem como realizamos avaliação do risco cardiovascular.

Os ACS foram capacitados para auxiliar no cadastramento e a equipe técnica de enfermagem foi e continuará sendo orientada sobre a técnica da aferição da pressão arterial e do hemoglicoteste por meios de atividades de ação permanente.

A população continuará sendo conduzida pelo programa implantado e sendo informada sobre a existência do mesmo na Unidade de Saúde, para que haja maior aderência ao programa. A comunidade também foi informada sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, bem como sobre a importância de realizar o 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 por meio de palestras realizadas no meio.

Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, foi realizado exame clínico apropriado em todos os usuários cadastrados com HAS e DM e está sendo mantido o monitoramento do número de pessoas com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde e a sua periodicidade recomendada. Também está sendo verificada a necessidade de atendimento odontológico e realizado o seu devido encaminhamento.

Foram definidas as atribuições de cada membro da equipe quanto ao exame clínico de usuários com HAS e DM, também foram realizadas as capacitações conforme preconizado por meio dos protocolos com versão atualizada bem como garantida a versão impressa na unidade. Está garantida junto ao gestor municipal a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Foi realizado controle de estoque de medicamentos e registro atualizado das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e DM cadastrados na Unidade de Saúde. Orientamos aos usuários com HAS e DM e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da

hipertensão e do diabetes mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; receberam orientações também quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, assim como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente os usuários com HAS e DM.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, foi implementada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização e graças à ajuda da gestão municipal foram impressas as fichas-espelho necessárias. Tal forma de registro facilitou o monitoramento do acompanhamento de todos os participantes do Programa, sendo imprescindível agora a constante atualização das informações.

Em relação às consultas de avaliação e realização do exame clínico, tanto a médica como o enfermeiro estão aptos para sua realização. O odontólogo é responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal e a técnica de enfermagem pela atualização das informações referentes aos usuários faltosos às consultas segundo o protocolo. Assim, todos os membros da equipe foram e continuam sendo co-responsáveis no monitoramento dos registros, sendo médica e o enfermeiro os responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes ao Programa instituído.

Além disso, quero ressaltar o apoio das Associações de Moradores de Bairro para a realização das atividades do grupo de Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, alcançando uma participação ativa da população, assim como a disponibilização dos meios informativos do município os quais foram e continuam sendo disponibilizados para a promoção das atividades realizadas.

Evidenciamos uma revolução no atendimento às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, pois alcançamos resultados muito satisfatórios com o trabalho desenvolvido ao longo das 12 semanas.



Figura 1 – Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.



Figura 2 – Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.



Figura 3 – Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.



Figura 4 – Fotografia do encontro com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção nenhuma das ações previstas no cronograma do projeto deixou de ser desenvolvida, pois crescemos e superamos juntos todas as dificuldades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tive certa dificuldade no preenchimento dos dados coletados e na sistematização dos mesmos, pois tenho pouco conhecimento de informática, mas com o apoio e orientação de minha orientadora consegui preencher os dados necessários para realizar o cálculo dos indicadores de forma adequada.

Neste sentido tenho muito que agradecer a ela, pois é uma das peças importantes na realização desta intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações já estão incorporadas à rotina diária do serviço da Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe/RS, pois temos uma boa aceitação das mesmas por parte da comunidade, dos usuários que fazem parte do grupo do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e da equipe de saúde. Além disso, tomamos conhecimento de que a gestão de saúde do município está se preparando para estender estas ações ao restante das unidades de ESF do município.

Graças à integração da equipe e o seu envolvimento das atividades foi possível alcançar os resultados e tornar possível o funcionamento do programa. Trabalhamos persistentemente com a equipe sobre a necessidade do engajamento de todos nas atividades propostas por mais que, muitas vezes, o ambiente e condições de trabalho não eram completamente adequadas além da sobrecarga de trabalho, mas o mais importante era o desejo de trabalhar no sentido de buscar respostas e soluções para que fosse fornecido um atendimento integral e de qualidade a todas as pessoas acompanhadas pela equipe, por mais que temos conhecimento de que muitos benefícios possam advir somente em longo prazo.

Além disso, a disponibilização da Secretaria Municipal de Saúde em fornecer todos os recursos necessários para que a equipe pudesse trabalhar de maneira adequada tornou viável o sucesso da intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No Brasil, a prevalência média de HAS auto-referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2011) é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). Já a prevalência auto-referida para o Diabetes Mellitus (DM) mostra que na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população.

No Brasil, os desafios do controle da HAS e do DM estão ligados à prevenção de suas complicações e são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013).

Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (BRASIL, 2013; BRASIL 2013a).

Para a realização da intervenção estipulamos vários objetivos e metas a fim de melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, no município de Catuípe, RS.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

Durante o primeiro mês da intervenção apresentamos vários problemas como férias de quase todos os membros da equipe no mês de janeiro, logo em seguida a saída do enfermeiro da unidade, imediatamente o meu período de férias e ainda realizei uma cirurgia. Além disso, problemas com o computador e o provedor de internet o que gerou atrasos na intervenção e influenciaram negativamente para obtenção de melhores resultados, mas mesmo assim alcançamos 31,9% (115) da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e a

21,3% (19) da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

No segundo mês da intervenção com o retorno de férias dos membros da equipe e eu recuperada da cirurgia e com o apoio da secretaria da saúde prosseguimos com o desenvolvimento das ações propostas para a intervenção enfrentando os rigores do tempo alcançamos 66,8% (241) da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e a 48,3% (43) da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

No terceiro mês da intervenção já contávamos com enfermeiro completando a equipe e assim conseguimos atingir a meta de 80,3% (290) da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e a 85,4% (76 usuários) da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde, ultrapassando a meta proposta para este indicador que era o de ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde para 80%, portanto a meta foi atingida no 3º mês. Apesar do pouco tempo de implantação dessa ação na unidade o resultado da intervenção foi surpreendente e a continuidade das ações ampliará ainda mais o índice de acompanhamento do grupo população alvo.

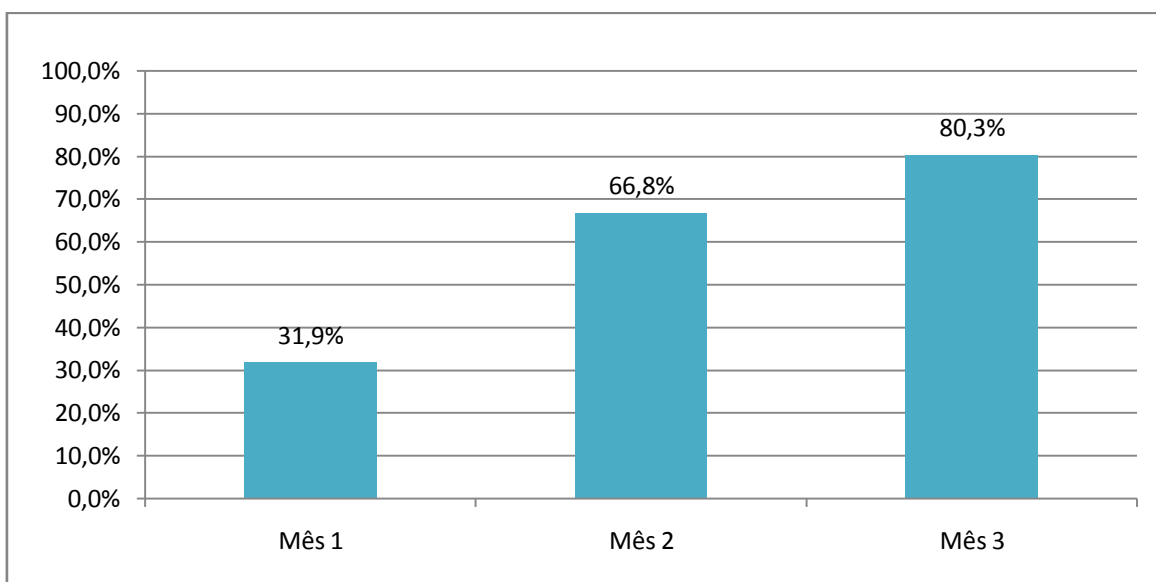


Figura 5 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4 no município de Catuípe, RS, 2015.

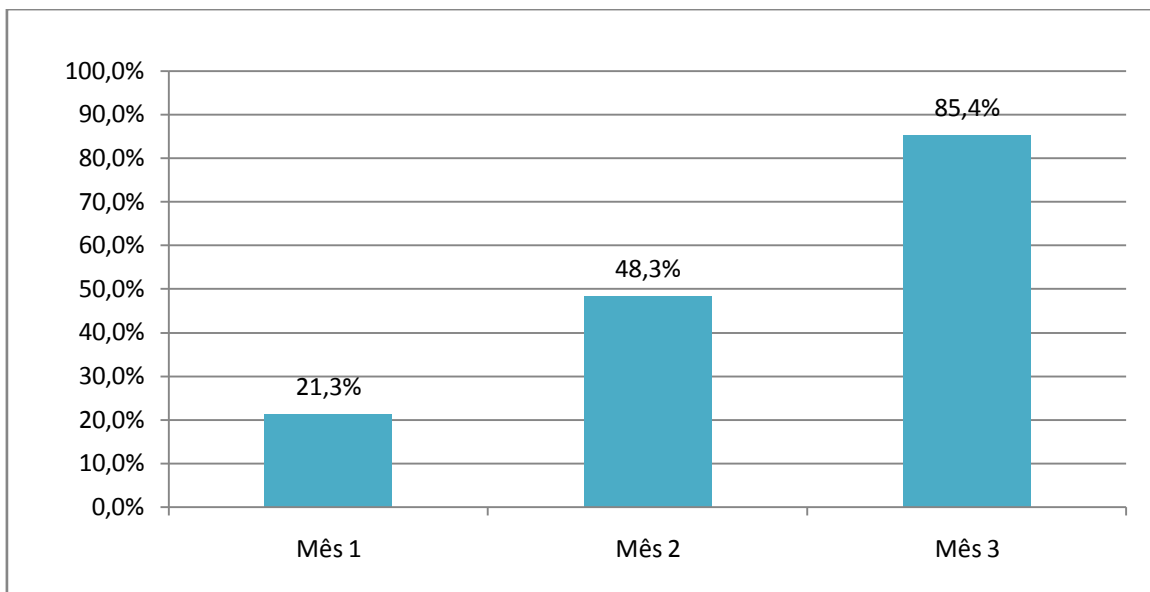


Figura 6 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante o período de intervenção os usuários cadastrados no grupo do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos (hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento pela equipe) foram avaliados pelo exame clínico apropriado de acordo o protocolo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde para hipertensos e/ou diabéticos Para esta ação alcançamos 100% (290) das pessoas hipertensas e 100% (76) das pessoas com diabetes.

Assim, ao longo do primeiro mês realizamos exame clínico em 115 pessoas com hipertensão e em 19 pessoas com diabetes mellitus. No segundo mês avaliamos 241 pessoas com hipertensão e 43 pessoas com diabetes e concluímos o terceiro mês com 290 pessoas com hipertensão e 76 pessoas com diabetes mellitus com o exame clínico apropriado realizado. O exame clínico

apropriado foi realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual.

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

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

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

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

Os exames complementares foram solicitados pela médica especializanda no momento da consulta individual. Assim, ao longo do primeiro mês solicitamos exames complementares a 100% dos avaliados alcançando 115 pessoas com hipertensão e em 19 pessoas com diabetes mellitus. No segundo mês os exames foram solicitados a 100% dos usuários mantendo 241 pessoas com hipertensão e 43 pessoas com diabetes com exames complementares em dia e no terceiro mês solicitamos também a 100% dos acompanhados alcançando 290 pessoas com hipertensão e 76 pessoas com diabetes mellitus com os exames complementares em dia conforme preconizado pelo protocolo de acompanhamento.

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

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

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

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

A intervenção possibilitou fornecer prescrições de medicamentos da Farmácia Popular priorizada durante o primeiro mês a 93,9% (118) das pessoas com hipertensão e a 94,9% (18) das pessoas com diabetes em acompanhamento. No segundo mês, 95,0% (229) das pessoas com hipertensão e 90,7% (39) com diabetes mellitus estavam em uso de medicação da Farmácia Popular. No terceiro

mês, a prescrição foi repassada para 93,8% (272) das pessoas com hipertensão e a 85,5% (65) das pessoas com diabetes mellitus.

A totalidade das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus não estavam em uso da medicação priorizada pela Farmácia Popular devido a ausência da medicação na farmácia.

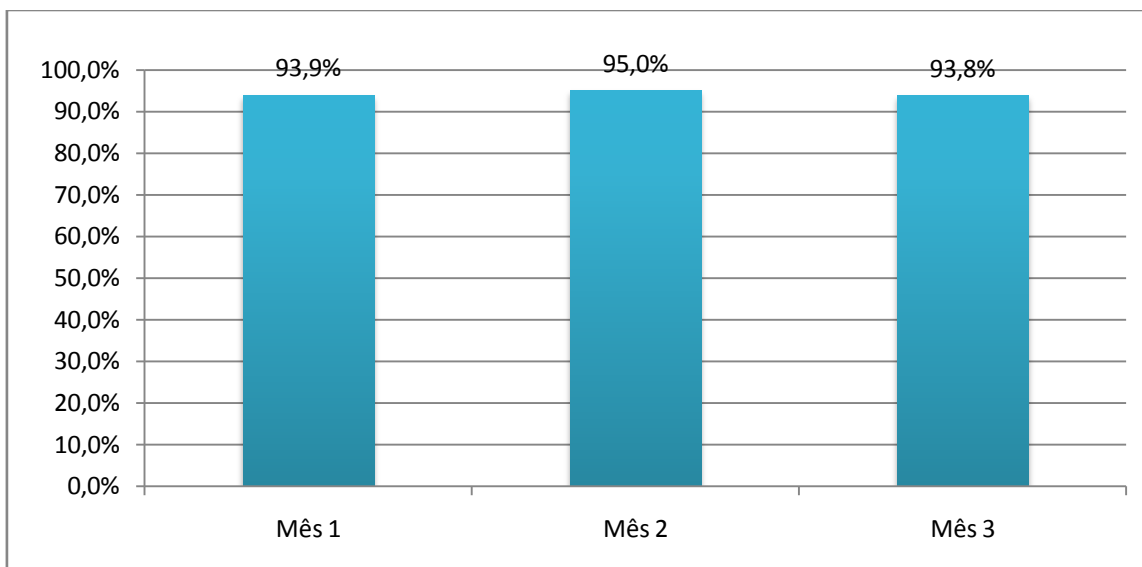


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

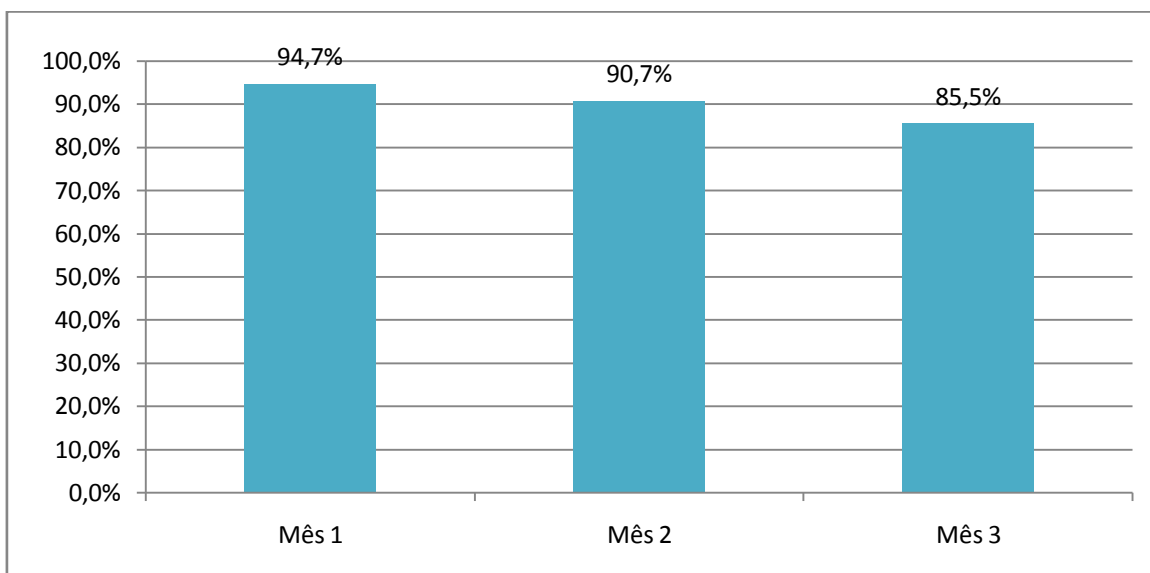


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Durante a intervenção os cadastrados no grupo Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos (hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento pela equipe) foram avaliados pelo odontólogo da unidade quanto à necessidade de atendimento odontológico. Assim, durante o primeiro mês 87,8% (101) dos hipertensos e 89,5% (17) dos diabéticos em atendimento foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, um total de 94,2% (227) das pessoas com hipertensão e 95,3% (41) das pessoas com diabetes também foram avaliados. E, no terceiro mês, 94,8% (275) usuários hipertensos e 96,1% (73) usuários com diabetes foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

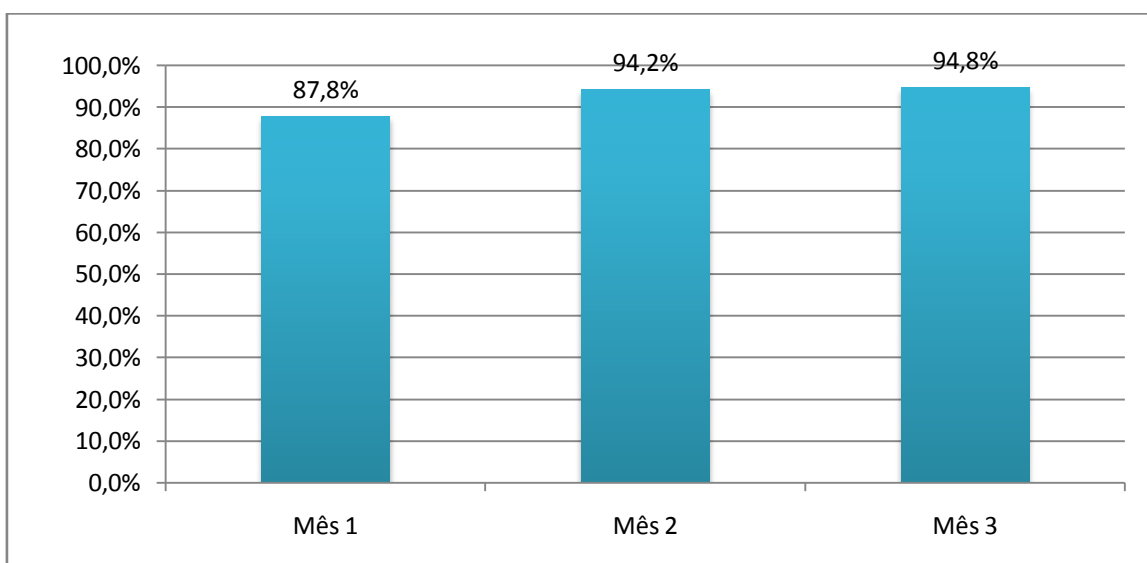


Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

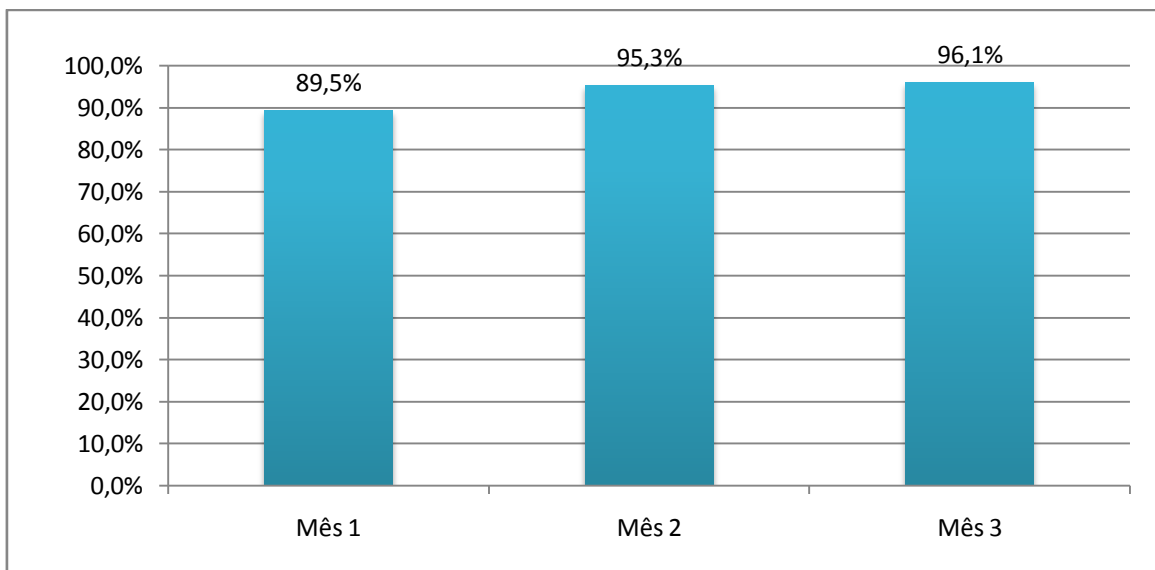


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Durante a intervenção tivemos 3 usuários hipertensos faltosos no primeiro mês e realizamos busca ativa a 66,7% (2) dos hipertensos e tivemos 2 usuários diabéticos faltosos e não conseguimos realizar a busca ativa durante o primeiro mês. No segundo mês tivemos 4 hipertensos faltosos e realizamos busca a 75,0% (3) dos hipertensos faltosos e tivemos 4 diabéticos faltosos e realizamos busca ativa a 50,0% (2) deles. Já durante o terceiro mês tivemos 9 usuários hipertensos faltosos e conseguimos realizar busca ativa a 88,9% (8) dos mesmos e também tivemos 8 diabéticos faltosos e realizamos busca ativa a 75,0% (6) dos diabéticos faltosos.

Tínhamos como meta buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus faltosos às consultas, mas a meta não foi cumprida em sua

totalidade pelo que devemos nos esforçar na continuidade do desenvolvimento das ações trabalhando em equipe para alcançar melhores resultados e apoiar-nos nas Associações de Moradores de Bairros para suporte e poder realizar a busca ativa dos faltosos.

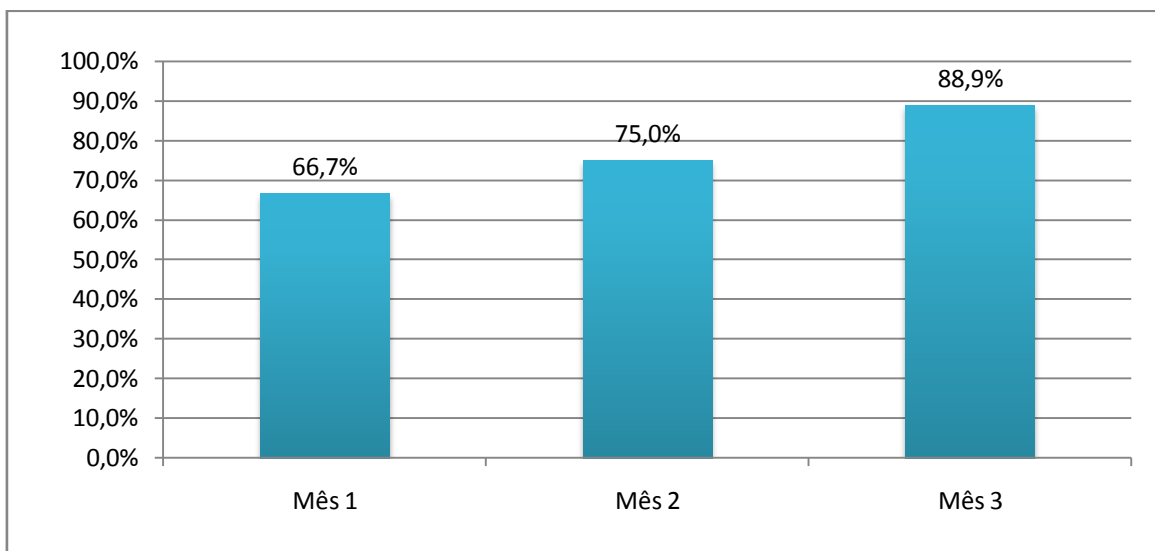


Figura 11 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

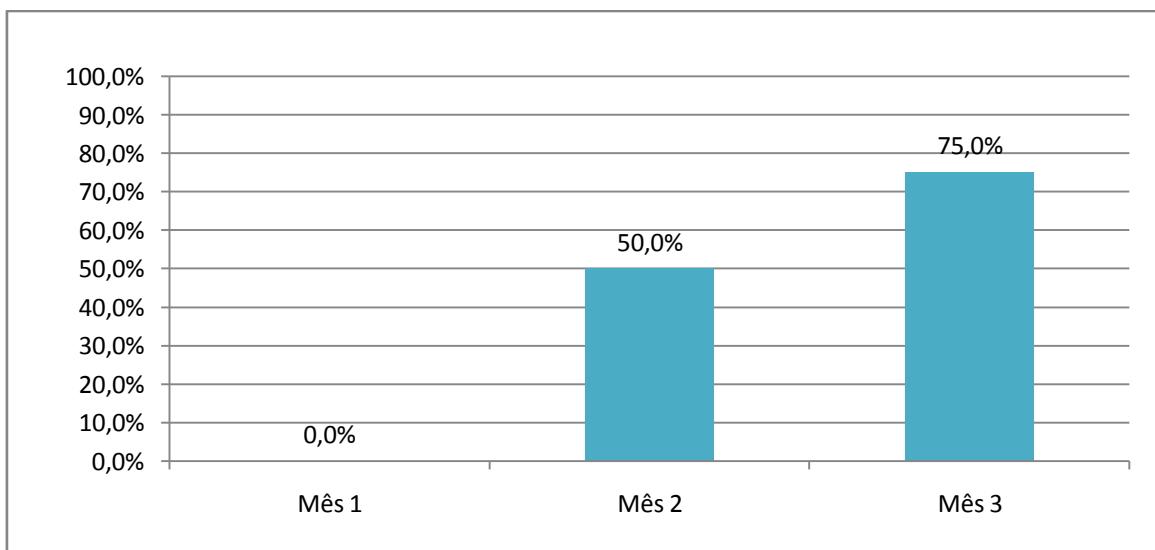


Figura 12 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe, RS, 2015.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.2: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A ficha de acompanhamento foi preenchida adequadamente pela médica especializanda no momento da consulta individual. Assim, no primeiro mês 100% (115) das pessoas com hipertensão avaliadas e 100% (19) das pessoas com diabetes mellitus estavam com os registros adequados na ficha de acompanhamento. No segundo mês também 100% (241) dos usuários hipertensos e 100% (43) dos diabéticos estavam com registros adequados na ficha de acompanhamento. Ao longo do terceiro da intervenção mantivemos 100% (290) das pessoas com hipertensão e 100% (76) das pessoas com diabetes mellitus avaliadas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

A estratificação de risco cardiovascular também foi realizada pela médica especializanda no momento da consulta individual. Assim, durante o primeiro mês a 100% (115) dos hipertensos e a 100% (19) dos diabéticos avaliados foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês, mantivemos 100% (241) dos hipertensos e 100% (43) dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular realizada por ocasião da consulta individual. Ao longo do terceiro mês a meta foi mantida e a 100% (290) das pessoas com hipertensão e a

100% (76) das pessoas com diabetes mellitus foi realizada a estratificação de risco cardiovascular conforme o preconizado pelo protocolo.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

Durante a intervenção foi fornecido orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas. Ao longo do primeiro mês a 100% (115) dos hipertensos e a 100% (19) dos diabéticos avaliados foram ofertadas orientações nutricionais. No segundo mês, mantivemos 100% (241) dos hipertensos e 100% (43) dos diabéticos com orientação nutricional. No terceiro mês a meta foi mantida e 100% (290) das pessoas com hipertensão e 100% (76) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações nutricionais. Tivemos o apoio da nutricionista que atua junto ao NAAB para os casos em que foi verificada a necessidade de acompanhamento individualizado.

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

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

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

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

Durante a intervenção também foi fornecido orientação quanto à importância de manter atividade física de forma regular a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas. Ao longo do primeiro mês 100% (115) dos hipertensos e 100% (19) dos diabéticos avaliados receberam

orientações quanto á prática de atividades físicas. No segundo mês, mantivemos 100% (241) dos hipertensos e 100% (43) dos diabéticos com orientação sobre a necessidade de práticas de atividade física. Ao longo do terceiro mês a meta foi mantida e 100% (290) das pessoas com hipertensão e 100% (76) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações sobre prática regular de exercícios físicos. Tivemos o apoio do educado físico e da fisioterapeuta da equipe do NAAB para estas atividades.

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

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

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

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

A orientação sobre os risco do tabagismo foi ofertada a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas. Ao longo do primeiro mês 100% (115) dos hipertensos e 100% (19) dos diabéticos avaliados receberam orientações sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês, mantivemos 100% (241) dos hipertensos e 100% (43) dos diabéticos com orientação sobre os riscos a que estão expostos enquanto tabagistas. Ao longo do terceiro mês a meta foi mantida e 100% (290) das pessoas com hipertensão e 100% (76) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

Estas orientações foram fornecidas em momentos de encontros com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos pela médica especializanda, pelo enfermeiro e pela psicóloga da equipe do NAAB.

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

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

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

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

A orientação sobre higiene bucal foi dispensada a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas no serviço de saúde durante a intervenção. Ao longo do primeiro mês 100% (115) dos hipertensos e 100% (19) dos diabéticos avaliados receberam orientações sobre a importância da manutenção da higiene bucal para a qualidade de sua saúde. No segundo mês, mantivemos 100% (241) dos hipertensos e 100% (43) dos diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Durante o terceiro mês a meta foi mantida e 100% (290) das pessoas com hipertensão e 100% (76) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações sobre higiene bucal.

As orientações sobre higiene bucal foram fornecidas em momentos de encontros com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos pela médica especializanda, pelo enfermeiro e pela odontóloga.

4.2 Discussão

A intervenção em saúde na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, de Catuípe/RS entre os meses de fevereiro e junho de 2015 propiciou a melhoria da qualidade de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus e possibilitou a ampliação da cobertura do Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Durante a intervenção cadastramos 290 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica alcançando 80,3% do total da população superando a meta inicial proposta. Já a ampliação da cobertura de atenção às pessoas com Diabetes Mellitus alcançou 85,4% (76) ultrapassando a meta inicial de 80%.

Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários do Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos destacamos que 100% dos acompanhados realizaram exame clínico apropriado bem como realizaram os exames complementares recomendados segundo o protocolo do Ministério da Saúde.

Também foi realizada a avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados durante a intervenção. Destes, 94,8% (275) dos hipertensos apresentaram necessidade de atendimento odontológico e

96,1% (73) dos diabéticos também tiveram necessidade de atendimento odontológico, o qual foi disponibilizado na própria Unidade de Saúde pela odontóloga do serviço e sua auxiliar.

A estratificação do Risco Cardiovascular pela médica especializanda, orientações nutricionais pela profissional nutricionista, orientações sobre a importância da prática de atividades físicas pela educadora física, orientações sobre os riscos à saúde causados pelo tabagismo pelo enfermeiro e pela médica especializanda foram ofertadas a 100% das pessoas com hipertensão (290) e/ou com diabetes mellitus (76) acompanhados durante a intervenção.

A intervenção exigiu que todos os profissionais de saúde da equipe se capacitassem sobre as recomendações do Ministério da saúde referentes ao Protocolo de Atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A intervenção proporcionou o trabalho integrado de toda equipe de saúde (médica, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário [ACD], técnica em enfermagem e ACS).

A médica especializanda ficou com a responsabilidade de solicitar os exames complementares e a realização do exame clínico apropriado. Para a promoção da saúde às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus realizamos orientações com apoio de profissionais como nutricionista, educadora física, fisioterapeuta, psicóloga e enfermeiro. Este último também foi o responsável pela manutenção do registro atualizado na ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

A odontóloga e sua ACD tinham como atribuições gerais realizar o atendimento odontológico às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes acompanhadas durante a intervenção e trabalhar com promoção da saúde, orientando sobre higiene bucal e sobre a importância da realização do acompanhamento odontológico, especialmente aos diabéticos.

Os ACS foram responsáveis pela busca ativa de todos os faltosos. O trabalho do enfermeiro e da técnica em enfermagem foi realizado em conjunto abrangendo acolhimento, atendimento inicial (sinais vitais e mensurações), orientação aos ACS, registro na ficha-espelho e monitoramento da intervenção. Foram realizadas atividades de promoção à saúde bem como fornecidas orientações durante o atendimento clínico e em atividades grupais.

A intervenção promoveu o trabalho em equipe, pois antes da mesma o trabalho era centrado basicamente na médica especializanda e na equipe de enfermagem (enfermeiro e técnica em enfermagem). A atenção aos usuários participantes do grupo de hipertensos e/ou diabéticos passou a acontecer de maneira mais humanizada e com participação de toda equipe.

Os usuários com hipertensão e/ou com diabetes passaram a receber atendimento de qualidade por uma equipe multiprofissional. Além disso, foi reorganizada a agenda de saúde bucal para prestar um atendimento prioritário às pessoas com hipertensão e/ou diabetes sem prejuízo aos demais usuários.

O impacto da intervenção é claramente percebido pela comunidade. Porém percebemos que no decorrer da intervenção que as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes se sentiam mais a vontade para conversar com a equipe, tirar dúvidas, se mostravam mais interessadas e participativas nos grupos e até mesmo durante as consultas. Com isso conseguimos criar um vínculo com todos e isso melhorou a qualidade do serviço em nossa ESF.

A intervenção poderia ter obtido melhores resultados, mas enfrentamos várias dificuldades que foram superadas pouco a pouco. Toda a equipe se comprometeu para incorporar a intervenção à rotina do serviço, pois percebemos que houve melhoria da qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Este fato contribui para a satisfação da equipe pelos resultados alcançados com a intervenção e entusiasmou a equipe para dar continuidade ao trabalho iniciado.

Na sequência pretendemos intensificar ainda mais o trabalho para alcançar e manter em acompanhamento a 100% de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes que pertencem à área de cobertura do serviço. Para que esta meta possa ser alcançada contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura, do pessoal do NAAB e a disposição da equipe que a cada dia procurou ofertar o melhor de si para garantir uma assistência de qualidade a todos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

A intervenção realizada na Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4 do município de Catuípe/RS entre os meses de fevereiro e junho de 2015 possibilitou o esclarecimento da equipe sobre as ações previstas para a intervenção bem como permitiu a capacitação da equipe para realizar acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de acordo com os protocolos de atendimento aos mesmos. Estas ações fortaleceram os vínculos entre a equipe e comunidade e organizaram o processo de trabalho em benefício da população alvo da intervenção.

O monitoramento da cobertura do Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizado por meio da verificação do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos existentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Catuípe, ESF numero 4, do município de Catuípe/RS por meio do recadastramento realizado pelas ACS, pois o programa não apresentava uma boa cobertura. Assim, percebemos que ao longo da intervenção houve melhora dos índices deste indicador, pois no primeiro mês da intervenção o percentual de usuários cadastrados no Programa era de 31,9% (115) de usuários hipertensos, passando para 80,3% (290) no 3º mês da intervenção. No que diz respeito aos usuários diabéticos no primeiro mês 21,3% (19) eram acompanhados e no 3º mês passamos para 85,4% (76).

Realizamos o atendimento a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que procuraram pelo serviço em nossa ESF. Foi realizado o cadastramento de grande parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de cobertura da unidade e registramos os dados na ficha-

espelho de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de área de abrangência. Tivemos impedimento de cadastrar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois alguns realizam o acompanhamento na rede privada, por possuírem planos de saúde e, ainda temos casos de usuários que realizam acompanhamentos em outros municípios onde trabalham.

Durante a realização do acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos todos foram orientados sobre a importância da realização de exercícios físicos regulares, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre os riscos que podem ser desencadeados pelo tabagismo, orientações sobre a importância da manutenção de uma boa higiene bucal, assim como realizamos a avaliação do risco de doenças cardiovasculares.

Foram realizados encontros com os grupos do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos (antigo HIPERDIA), os quais a equipe considerou de grande importância para fortalecer o vínculo com os usuários. No que diz respeito ao atendimento individual dos usuários foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo de atendimento aos usuários do Programa de atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético do Ministério da Saúde. Também solicitamos os exames complementares a todos os usuários para que os mantivessem em dia bem como para realizarmos uma avaliação adequada de todos, assim como disponibilizamos avaliação odontológica com agendamento de atendimento para os usuários que necessitaram de procedimentos. Para que este atendimento pudesse ser prestado de forma adequada reorganizamos a agenda e disponibilizamos horários para retorno.

Quanto ao objetivo proposto para promover saúde ao grupo alvo, todas as metas foram atingidas em 100%. Isso se deu graças à cooperação dos demais profissionais da equipe, como a médica especializanda, a dentista, o técnico em enfermagem, os ACS, a ACD, a nutricionista, a fisioterapeuta, o apoio recebido pelo COMUS, demais membros do NAAB e em especial dos membros das Associações de Bairro para que todas as palestras pudessem ser realizados conforme planejado.

Toda equipe percebe que o trabalho desenvolvido durante a intervenção deve ser incorporado como parte da rotina do serviço na ESF, dando especial atenção para elevar os indicadores de cobertura, pois alcançamos a meta prevista

para a intervenção, mas queremos atingir 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade. Pretendemos continuar incentivando aos usuários hipertensos e/ou diabéticos para que procurem o atendimento na unidade e, com isso dar autonomia às ACS para que possam agendar as consultas dos usuários faltosos, visando à melhoria desse serviço. Além disso, temos a satisfação que as demais equipes também incorporarão o atendimento ao grupo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos assim como nossa equipe vem realizando. Assim, a incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção pela nossa equipe serão incorporadas à rotina geral das demais equipes.

Agradecemos ao gestor pelo apoio recebido para a realização desta intervenção, pois o mesmo foi de fundamental importância principalmente no sentido de podermos dar prioridade no atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa ESF, e com isso melhoramos a qualidade do serviço a este grupo e conseguimos criar vínculo com estes usuários.

Ao mesmo tempo, colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos acerca da intervenção realizada e contamos com o vosso apoio para intervenções futuras que possam vir a serem realizadas nesta unidade.

Atenciosamente,

Equipe da Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, Catuípe/RS

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

No decorrer da intervenção durante os meses de fevereiro e junho de 2015 foi realizado o esclarecimento à equipe sobre a intervenção bem como realizada a capacitação da equipe da ESF de acordo com o protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos para realizar acolhimento a vocês, usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade. Acreditamos que todos tenham sido bem recebidos em nosso serviço, pois junto à equipe não encontramos dificuldades sendo possível contar com a colaboração de todos os integrantes da equipe.

Fomos à comunidade para conhecer o número de usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, realizamos o monitoramento da cobertura do Programa por meio da verificação do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos existentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, do município de Catuípe/RS e o número de usuários que já possuíam cadastros na Unidade, pois o programa não apresentava uma boa cobertura. Percebemos que, ao longo da intervenção, tivemos melhoria deste indicador, pois no primeiro mês da intervenção o percentual de usuários cadastrados no programa era de 31,9% (115) de usuários hipertensos, passando para 80,3% (290) no 3º mês da intervenção. No que diz respeito aos usuários diabéticos no primeiro mês 21,3% (19) e no 3º mês passando para 85,4% (76).

Realizamos o atendimento à todos vocês que compareceram à nossa ESF e esperamos que tenham gostado do nosso atendimento. Foi realizado o cadastramento de grande parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área

de cobertura da equipe de saúde e registramos os dados na ficha-espelho para monitoramento futuro. Conseguimos cumprir a meta traçada para a intervenção, mas pretendemos ampliar para 100% de cobertura e incentivamos a todos que realizam acompanhamento privado que continuem, mas ao mesmo tempo prestigiem o nosso trabalho e venham participar conosco das atividades educativas realizadas na própria Unidade e na comunidade.

Durante a realização do acompanhamento vocês foram orientados sobre a importância da realização de exercícios físicos regulares, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre os riscos para a saúde ocasionados pelo tabagismo, receberam orientações sobre a importância da manutenção da higiene bucal assim como foi realizado a avaliação do risco de doenças cardiovasculares em todos os usuários atendidos.

No período da intervenção não tivemos óbito de nenhum participante do grupo de atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético. Este fato serve para nos mostrar o quanto é importante a atuação da equipe de atenção básica, pois quanto mais precocemente for diagnosticado algum problema ações poderão ser desenvolvidas para melhoria da qualidade de vida.

A agenda de saúde bucal foi reorganizada, pois foram oferecidas consultas a todos vocês que estão em acompanhamento em nossa ESF, a maior parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram os atendidos pelo serviço.

A agenda médica também foi reorganizada para que o atendimento fosse prestado de acordo com o protocolo. Assim, disponibilizamos horários para consulta de retorno a todos que dela necessitaram.

Quanto ao objetivo proposto de promover a saúde no grupo de hipertensos e/ou diabéticos, todas as metas foram atingidas. Isso se deu graças à cooperação dos demais profissionais da equipe, como a médica especializanda, o enfermeiro, a dentista, a técnica em enfermagem, os ACS, a ACD, a nutricionista, a fisioterapeuta, os membros da equipe do NAAB e o apoio recebido pelo COMUS, em especial das Associações de Bairro para que ações educativas pudessem ser realizadas com êxito.

Toda equipe percebeu que o trabalho desenvolvido durante a intervenção deverá agora ser incorporado à rotina do serviço na ESF, dando especial atenção às ações iniciadas para elevar os indicadores de cobertura até alcançarmos 100%

da população de hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de cobertura. Pretendemos continuar contando com o apoio da comunidade a fim de incentivar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos para que procurem o serviço de saúde e ao mesmo tempo informamos à comunidade que damos autonomia às ACS para que possam agendar as consultas dos usuários faltosos, visando a melhoria desse serviço. Além disso, temos a satisfação de comunicar à comunidade que os demais membros das equipes iniciarão o atendimento ao grupo de usuários assim como nossa equipe vem realizando, o que se traduz que a ação será incorporada a rotina geral do serviço de todas as equipes.

Observamos que após o início do cadastramento no programa, nos pareceu que vocês se sentiram mais a vontade para conversar com a equipe e esclarecer dúvidas. Vocês tiveram a mesma impressão?

Colocamo-nos à disposição da comunidade para esclarecimento de quaisquer dúvidas sobre a intervenção realizada e esperamos que tenhamos alcançado a satisfação de todos. Aproveitamos o momento também para solicitar a continuidade do vosso apoio quanto à realização de ações em nosso serviço sempre objetivando a melhoria da qualidade de vida de todos.

Atenciosamente,

Equipe da Unidade de Saúde Catuípe, ESF número 4, Catuípe/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar as atividades planejadas tivemos algumas dificuldades encontradas no transcorrer deste período. O primeiro contratempo encontrado foi o fato que praticamente toda a equipe saiu de férias no mês de janeiro, logo após ocorreu à saída da enfermeira, logo após veio o meu período de férias, realizei uma cirurgia, tive problemas com o computador e com o provedor de internet que atrasaram um pouco a intervenção, mas sempre contamos com o apoio da equipe e da gestão de saúde do município e conseguimos realizar a mesma conforme previsto.

Para a realização da intervenção proposta pelo curso em especialização em saúde da família minha expectativa era fazer mudanças no panorama da saúde pública atual, principalmente no atendimento aos usuários de minha unidade, o que acredito que foi possível.

O trabalho em equipe foi fundamental para a implantação das ações na rotina diária da equipe e a mesma foi estendida à unidade toda, pois houve apoio mútuo, comprometimento e satisfação dos profissionais ao observar os resultados de suas ações. Embora as ações para o curso já tenham sido concluídas e não alcançamos toda a população adstrita, já podemos visualizar melhorias na organização do serviço e na qualidade da atenção.

A concretização desta intervenção somente foi possível graças ao trabalho da equipe, pois a mesma passou a ter um objetivo comum, todos os profissionais falavam a mesma linguagem, seguiam as diretrizes e protocolos de atendimento, as atividades de educação em saúde passaram a ser uma realidade incorporada à rotina do serviço e baseados nesta intervenção pretendemos melhorar a qualidade dos demais programas da Unidade.

Com o curso, aprendi a importância principal da Estratégia em Saúde da Família, centrada na família, cujo enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes à saúde, prevenir as complicações, modificar os estilos de vida, melhorar a qualidade de vida dos usuários e seus familiares. No contexto do SUS, compreende-se a importância epidemiológica nas intervenções para promoção de saúde. Um trabalho estruturado em equipe, que busca humanizar as práticas na Unidade de Saúde, satisfazer o usuário através do relacionamento estreito entre profissionais e a comunidade.

Neste momento agradeço também a todas as pessoas que me derem apoio durante a intervenção. Dentre elas, destaco as minhas orientadoras do curso em especial a Cristiane Veeck, a Vânia Priamo e a Niviane Genz, as quais me guiaram pelo caminho adequado; a gestão de meu município e à minha equipe que atribuo nota dez, pois sem vocês o meu processo de aprendizagem não alcançaria os resultados apresentados neste trabalho.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2012**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UNIDADE DE SAÚDE:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante