

**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 sistêmica
e/ou diabetes mellitus na ESF Montanha II, Lajeado/RS**

Reinier Sotolongo Espinosa

Pelotas, 2015

Reinier Sotolongo Espinosa

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na ESF Montanha II, Lajeado/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: Mônica Bergmann Correia Vohlbrecht

Pelotas, 2015

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

E77m Espinosa, Reinier Sotolongo

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Montanha Ii, Lajeado/RS / Reinier Sotolongo Espinosa; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

59 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, meus pais,
minha filinha, pela eterna saudade de ficar tão longe.

Agradecimentos

Agradeço aos orientadores que vem trabalhando comigo no longo do curso.

Resumo

ESPINOSA, Reinier Sotolongo. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Montanha II, Lajeado/RS**. 2015. 59f. 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 intervenção foi realizada pela equipe da ESF Montanha 2, no município de Lajeado/RS, nas comunidades Bom Pastor e Moinhos da D'água, com foco nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Teve duração de 12 semanas, com a participação de 200 usuários, sendo Os resultados qualitativos foram importantes, já que muitos atenderam a 100% dos usuários como, por exemplo, a estratificação de risco cardiovascular, orientação sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável, efeitos prejudiciais do tabagismo e o consumo abusivo do álcool, , além disso, terminamos com os atrasos, já que todos os faltosos foram buscados. O uso de medicamentos fornecidos pelas farmácias da rede pública, atingimos 168 (89,8%) usuários com hipertensão, para os usuários com diabetes atingimos 100% (88). Tivemos dificuldades com a avaliação e atendimentos odontológicos, já que não contamos com odontólogo na equipe, embora foi feita avaliação primária da necessidade de atendimento odontológico a 190 (100%) usuários com hipertensão e 88 (100%) usuários com diabetes e encaminhamos ao centro odontológico municipal a todos os usuários envolvidos na intervenção. Nossa intervenção repercutiu de forma positiva já que ajudou a organizar o serviço na unidade, contribuiu para ampliar a cobertura de atendimento da população e para melhorar a qualidade. Teve impacto positivo na satisfação das comunidades o que também é muito importante para a gestão da secretaria saúde do município. Nas comunidades foram realizadas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupos, com participação ativa dos usuários. Além de transmitir informação, compartilhamos ideias, critérios, vivências fazendo com que todos aprendessem mutuamente. Na unidade houve um incremento das consultas para estes usuários, aperfeiçoou-se o atendimento com um notável aumento da qualidade. A intervenção teve um papel muito importante para a equipe, proporcionando capacitação de acordo com as recomendações do ministério para o atendimento integral desses usuários. As rotinas da intervenção foram integradas no dia a dia da equipe melhorando o rastreamento e pesquisa, diagnóstico, tratamento, assim como um melhor acolhimento destes usuários, tornando-se o atendimento mais humanizado.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.	40
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de ESF Montanha II. Lajeado. RS, 2015	41
Figura 3	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade Montanha II. Lajeado. RS, 2015	42
Figura 4	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia acordo como o protocolo na unidade Montanha II. Lajedo. RS, 2015	42
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.	43
Figura 6	Gráfico da proporção de usuários Hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.	44
Figura 7	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.	45
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015	46

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Humana
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Humana
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Programa de atenção de Hipertensos e Diabéticos
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAMU	Serviço Móvel de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral.....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia.....	21
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	25
2.3.3 Logística.....	32
2.3.4 Cronograma	34
3 Relatório da Intervenção.....	35
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	35
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	37
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	37
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.....	37
4 Avaliação da intervenção.....	38
4.1 Resultados	38
4.2 Discussão.....	45
5 Relatório da intervenção para gestores	47
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	50
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	52
Referências	53
Anexos	54

Apresentação

Nosso trabalho é uma intervenção com foco na hipertensão e diabetes, na comunidade Bom Pastor e Moinhos D'Água, do município de Lajeado, RS para melhorar o atendimento a este grupo de usuários. Ele foi realizado de acordo com as normas do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas vinculada a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde e é composto pelos seguintes itens:

1 - Relatório da Análise Situacional: faz uma análise da situação de das ações programáticas desenvolvidas na unidade.

2 - Análise Estratégica: aborda a justificativa da escolha do foco da intervenção, os objetivos e a metodologia em que foi realizado o trabalho, de acordo com os eixos do curso (monitoramento e avaliação; engajamento público; qualificação da prática clínica; organização e gestão do serviço).

3 - Relatório da intervenção: traz o desenvolvimento da intervenção comentando as ações desenvolvidas, as não desenvolvidas, aspectos relativos a sistematização de dados e a viabilidade de incorporação da intervenção a rotina do serviço.

4 - Avaliação da intervenção: aborda os resultados e a discussão dos dados obtidos.

5 - Relatório da intervenção para gestor: Aborda de maneira clara, o que foi realizado durante a intervenção, destacando o papel da gestão e a importância do incentivo constante nas ações desenvolvidas.

6 - Relatório para a comunidade: Assim como para os gestores, ele apresenta os ganhos obtidos através da intervenção, incentivando a participação constante na unidade de saúde.

7 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: Nesse momento é feita uma reflexão por parte do especializando sobre o processo que vivenciou durante o curso de intervenção, destacando sua opinião sobre o curso.

Em seguida são apresentadas as referências e os anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Montanha 2 localiza-se no bairro montanha no perímetro urbano. Esta é uma ESF de recente criação com o início do Programa Mais Médicos do Brasil, no município de Lajeado, RS. Nossa equipe está composta por uma enfermeira coordenadora, quatro técnicos de enfermagem, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitárias de saúde. Nossa equipe atende dois bairros da cidade, Bom Pastor e Moinhos da Água, com uma população de um pouco mais de 4.200 habitantes, onde trabalhamos em parcerias com a comunidade.

A estrutura da ESF Montanha 2 forma parte de um área física compartilhada com o centro de especialidades e outra ESF coabitando na mesma estrutura. A área que nós ocupamos está composta da seguinte forma: Uma recepção pequena, uma farmácia comum para todos os serviços, área de vacinas comum para as duas ESF, área de acolhimento que ao mesmo tempo é a sala de observação, área de curativos, duas salas de consulta médica, área de esterilização, uma sala de consulta de enfermagem e um salão de reuniões. Realmente o espaço físico não é suficiente para o desenvolvimento do trabalho das duas ESF de forma adequada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Rede de Atenção Básica em Saúde no município de Lajeado é composta por dez unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESFs), uma Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), um Serviço de Atenção Especializada às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) (SAE), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três Centros de

Saúde, cinco Unidades Básicas de Saúde, uma Base do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), três Centros de Atenção Psicossocial, três Centros de Fisioterapia, uma Farmácia Escola e um Centro de Vigilância em Saúde (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, Central de Vacinas e Saúde do Trabalhador).

Na cidade também contamos com um Hospital Geral que presta serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Nosso município também conta com uma rede de laboratórios clínicos que em convênio com a prefeitura, oferecem serviço de exames gratuitos quase em sua totalidade ao usuário.

A ESF Montanha 2, se encontra situada no bairro Montanha no perímetro urbano. Esta é uma ESF de recente criação com o início do Programa Mais Médicos no município de Lajeado, há uma escola de ensino básico na área de abrangência da ESF com a qual temos um vínculo direto que nos permite realizar ações de promoção à saúde. Nossa equipe é composta por uma enfermeira coordenadora, quatro técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Nossa equipe atende dois bairros da cidade: Bom Pastor e Moinhos D'Água, com uma população de um pouco mais de 4.200 habitantes, trabalhamos em parcerias com a comunidade através de visitas domiciliares, palestras e atividades de grupo dentro da própria comunidade e trabalho com líderes comunitários.

A estrutura da ESF Montanha 2 faz parte de um área física compartilhada com o centro de especialidades e outra ESF, coabitando na mesma estrutura. A área que ocupamos está composta da seguinte forma: uma recepção pequena, uma farmácia comum para todos os serviços, área de vacinas comum para as duas ESFs. O acolhimento é feito na sala de observação, já que não contamos com uma sala específica para esta atividade, área de curativos, duas salas para consulta médica, área de esterilização, uma sala para consulta de enfermagem e um salão de reuniões. Realmente o espaço físico não é suficiente para o desenvolvimento do trabalho das duas ESFs de forma adequada por não contar com uma estrutura compatível com fluxo de usuários diários.

Em relação às atribuições de nossa equipe posso falar que trabalhamos em parceria, de forma coordenada e integrada, onde cada funcionário trata de fazer seu trabalho da melhor forma possível, olhamos o usuário como um todo, levando em

conta não só o aspecto biológico, mas também suas condições psicológicas, sócio familiares e as expectativas que o usuário tem com nosso serviço.

Os bairros que atendemos em nossa ESF, possuem uma população total de 4.118 habitantes (2.076 do sexo masculino e 2.124 do sexo feminino), a distribuição por idades da população é a seguinte: menor de um ano 49 usuários, de 1-4 anos 211, 5-6 anos 120 usuários, de 7-9 anos 173 usuários, de 10-14 anos 289 usuários, de 15-19 anos 253 usuários, de 20-39 anos 1.781 usuários, de 40-49 anos 592 usuários, 50-59 anos 381 e de 60 em diante 318 usuários. Os dados que estamos mostrando partiram de uma estimativa inicial, já que não tínhamos uma estatística exata disponível levando em conta que nossa ESF surgiu quando iniciou o Programa Mais Médicos (PMM). Os bairros encontram-se em constante crescimento, motivo pelo qual tem uma alta demanda de atenção médica e o serviço fica pequeno em termos de estrutura física e número de funcionários, assim considero que poderia se ampliar a ESF ou criar outra ESF que atenda um bairro específico.

Embora nossa equipe tenta cobrir toda esta demanda mediante a prática de um acolhimento adequado dando prioridade aos casos mais urgentes com um agendamento de consulta mais rápido e aqueles que não requerem de presa são agendados com um tempo um pouco maior, orientando de forma certa aos usuários quanto a solução de seu problema e se é necessário a intervenção de outros serviços disponíveis para o atendimento, por exemplo, com especialistas.

A cobertura da atenção à saúde da criança é adequada já que de um total de 49 crianças menores de um ano, moradores da comunidade onde tem ação a Unidade de Saúde da Família (USF), atende-se 47, o que corresponde a 95% do total, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Como se pode observar temos uma cobertura de atendimento muito perto de 100%. Há outros indicadores de qualidade como, por exemplo, consultas em dia de acordo com os protocolos ministeriais. Se objetiva um total de 100% de acompanhamento na puericultura a crianças menores de um ano. Temos algumas dificuldades com consultas atrasadas por mais de sete dias, em seis das 47 crianças acompanhadas em nossa unidade de saúde, estas crianças são atendidas com uma frequência de acordo com o risco que apresentam de forma individualizada e de acordo com o preconizado pelos protocolos de atenção as crianças. Os dados gerados nestes atendimentos são registrados sistematicamente nos prontuários individuais e familiares, assim como nos registros específicos para crianças, registro de vacinação entre outros.

O teste do pezinho foi feito em 44 crianças até sete dias de nascidos, o que corresponde a 89% do total e 46 crianças foram atendidas nos primeiros sete dias de vida. Outros indicadores de qualidade como monitoramento do crescimento e desenvolvimento nas consultas, vacinas em dias, orientação para aleitamento materno, orientação para prevenção de acidentes mediante palestras às mães, atividades grupais onde participa toda a equipe de trabalho, desta forma o atendimento feito a estes usuários fica com uma porcentagem alta de qualidade.

A cobertura de atenção ao pré-natal na ESF onde trabalho se adequa ao exigido pelos protocolos do Ministério da Saúde, com consultas com clínico geral, interconsultas com especialistas às gestantes de risco, visitas domiciliais, trabalho com os grupos de gestantes, palestras e todas estas ações programadas com frequência a partir dos protocolos. Sendo que das 42 estimadas pelo CAP estão em acompanhamento na unidade 28 (67%). De igual forma se cumprem com os indicadores de qualidade para a atenção ao pré-natal.

Oferecemos a 100% das gestantes consultas de acompanhamento do puerpério até 7 dias, 30 dias e 42 dias após o parto, conforme instituído nos protocolos e complementando os indicadores de qualidade da atenção ao puerpério, os dados são recolhidos em prontuários individuais, registros de gestantes, cadernetsa de vacinação. Em minha opinião, para melhorar o atendimento na ESF poderia ser mais acessível as consultas com ginecologista das gestantes se tivéssemos um especialista vinculado diretamente à ESF. Com relação as puérperas de nossa área de abrangência, são acompanhadas 23 das 50 estimadas pelo CAP, atingindo assim uma cobertura de 46% dessa ação programática.

Em minha ESF, a cobertura de atenção à mulheres em idade compreendida entre 25 e 64 anos, grupo de maior risco de câncer de colo de útero é adequada, já que de um total de 1.157 mulheres nessa faixa etária que moram na comunidade onde tem ação a USF, atende-se 1.095, o que corresponde a 95% do total, alcançando-se uma cobertura de atendimento muito perto de 100%, o atendimento é feito mediante consultas individuais, exame ginecológico com tomada de amostras para citologia a usuários com a frequência que estabelece o protocolo da ação programática. O indicador de qualidade (exame citológico para câncer de colo de útero) encontra-se em dia com 94% de exames, outros indicadores de qualidade como avaliação de risco para câncer de útero em 94%, orientação sobre prevenção e CA de colo de útero em 94% com palestras sobre o tema, atividades em grupos

com participação de toda a equipe. Temos algumas dificuldades com exames citopatológicos com mais de seis meses de atraso em nossa unidade de saúde.

Para melhorar os parâmetros de qualidade do programa de prevenção de câncer do colo de útero deve-se obter 100% de cobertura de atendimento de todo o universo de mulheres entre 25 e 64 anos da comunidade, evitar os atrasos nos exames citopatológicos. Além disso, nossa equipe estaria mais fortalecida se contássemos com mais profissionais com especialidade de ginecologia.

A cobertura de atenção de mulheres em idade compreendida entre 50 e 69 anos, grupo etário de maior risco de desenvolver câncer de mama é adequada. De um total de 434 mulheres, moradoras nessa faixa etária, são oferecidas ações como consultas individuais, exames de mamas, indicações de mamografias a usuários de risco, trabalho em grupo com participação da equipe. . Atende-se 405 mulheres, ou seja, 93% do total,. Os dados são compilados nos prontuários individuais. Há outros indicadores de qualidade com, por exemplo, mamografia em dia em 83%, avaliação de risco para câncer de mama em 83% orientação sobre prevenção de câncer de mama em 100%. Temos algumas dificuldades com o cumprimento de mamografias com mais de três meses de atraso em nossa unidade de saúde.

Para melhorar os parâmetros de qualidade do programa de prevenção de câncer de mama almeja-se 100% de cobertura de atendimento de todo o universo de mulheres entre 50 e 69 anos da comunidade e, assim evitar os atrasos nas mamografias.

Em nossa ESF, a cobertura de atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes não é adequada, visto que de um total de 645 pessoas nessa faixa etária que moram na comunidade, atende-se apenas 130 usuários, o que corresponde a 20,15% do total o atendimento. Essa porcentagem revela uma cobertura de atendimento bem inferior a 100% quando se trata de usuários hipertensos e diabéticos, uma vez que temos somente 96 hipertensos e 34 diabéticos sendo acompanhados adequadamente em nossa UBS. Estes dados são uma estimativa proveniente dos dados iniciais fornecidos no CAP, já que ao início do curso os dados disponíveis eram do total da população em conjunto da unidade de Montanha que correspondiam aos bairros de Montanha propriamente dito, Bom Pastor e Moinhos D'Água. Com o surgimento da ESF Montanha 2, que ficou atendendo os bairros de Bom Pastor e Moinhos D'Água, não existiam registros estatísticos disponíveis destes bairros, a disponibilidade de documentação foi muito precária (prontuários

individuais e listagem de usuários hipertensos e diabéticos) já que a unidade de Montanha funcionava como um pronto socorro, atendia uma população muito extensa.

Os dados destes usuários são guardados nos prontuários individuais. Há indicadores de qualidade que se aproximam da atenção integral preconizada pelo SUS, como por exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (100%), exames complementares periódicos em dia (89%), orientação sobre prática de atividades física regular (70%). Contudo, estes podem ser melhorados.

Ainda temos algumas dificuldades como o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, pois nem todos os usuários são assíduos com relação à frequência das consultas agendadas. De igual modo, precisamos melhorar o consumo dos medicamentos fornecidos pela farmácia do estado e populares, onde os medicamentos são fornecidos gratuitamente. Além disso, a atenção da saúde bucal e o atendimento odontológico é quase nulo em nossa ESF, pois não contamos com odontólogo próprio para a ESF e temos que encaminhar os usuários ao centro odontológico municipal onde atendem usuários de todo o município além de usuários dos municípios vizinhos, por isso que o fluxo é enorme e termina sendo um serviço congestionado.

Para melhorar os parâmetros de qualidade de atendimento a usuários com hipertensão, deve se alcançar 100% de cobertura de atendimento de todo o universo de usuários que moram na comunidade e buscar estratégias que minimizem os atrasos nas consultas agendadas, que hoje é a maior dificuldade que temos na atenção a estes usuários.

A cobertura aos usuários diabéticos também não é adequada, já que só atende-se 34 usuários diabéticos com um percentual muito aquém do que deveria ser atendido, assim consultas individuais, exames de controle, palestras e trabalho em grupo não estão de acordo com os protocolos. Há outros indicadores de qualidade como, por exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (82%), exames complementares periódicos em dia (89%), exame físico dos pés nos últimos três meses (70%).

Assim como acontece no atendimento aos usuários hipertensos, temos algumas dificuldades com atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias com usuários diabéticos. Além disso, o exame bucal e atendimento odontológico é

precário, os usuários precisam de orientações educacionais para melhor autocuidado, sendo necessário investir em ações educativas sobre riscos do tabagismo, já que muitos destes usuários são tabagistas e, muitos destes, não usam os medicamentos disponíveis nas farmácias populares.

Para melhorar os parâmetros de qualidade de atendimento a usuários com diabetes, mais que buscar 100% de cobertura da população, desenvolveremos ações e estratégias que reduzam os atrasos nas consultas agendadas, bem como a taxa de abandono de tratamento. Também enfocaremos ações que potencializem as atividades de educação e promoção de saúde relacionadas a estas doenças, fazendo uso de espaços disponíveis nas comunidades e contando com apoio de toda a equipe, especialmente das agentes comunitárias de saúde, como também da gestão, dos usuários e das lideranças comunitárias.

Com relação à cobertura de atenção a idosos considera-se adequada, já que de um total de 574 moradores nessa faixa etária, atende-se 544, o que corresponde a 95% do total. O atendimento destes é feito em consulta, avaliação de autonomia destes usuários, controle de esfíncteres, estado emocional entre outros fatores, visitas domiciliares, palestras, trabalho em grupo com participação de todos os membros da equipe. Há outros indicadores de qualidade como, por exemplo, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, distribuída para 100% dos idosos atendidos na USF, acompanhamento em dia em 93%, avaliação de risco para morbimortalidade em 100%. No entanto, temos algumas dificuldades com o cumprimento da avaliação multidimensional rápida em 18%. Os dados são recolhidos nos prontuários individuais. Para melhorar os parâmetros de qualidade de atendimento a idosos, deve-se obter 100% de cobertura de atendimento de todo o universo de usuários que moram na comunidade e melhorar o indicador de qualidade de avaliação multidimensional que se encontra muito abaixo do esperado. Além disso, nossa equipe se fortaleceria se contássemos com a especialidade de geriatria.

Para finalizar gostaria falar que como objetivo principal nossa equipe quer alcançar uma cobertura de 100% de atenção da população em cada um dos grupos de risco, por faixa etária, grupo de doença específicas, gestantes que moram nas comunidades que atendemos. Por outra parte a administração do município tenta empreender ações para ampliar a cobertura e acessibilidade da atenção à saúde nestas comunidades em pleno crescimento

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Com a realização da análise situacional, pudemos enxergar que primeiro não contávamos com muita informação estatística e a existente era só uma estimativa, já que nossa ESF foi recentemente formada e tínhamos que partir praticamente de zero. A partir desse ponto, nosso maior esforço será nas pesquisas ativas, melhorar quantitativamente e qualitativamente os registros dos dados além de os outros indicadores de qualidade estabelecidos no protocolo de atendimento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são atualmente as principais causas de doenças e mortes no mundo. Dentre estas, incluem-se as afecções cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), doenças que demandam atenção e esforços contínuos nos serviços de saúde e da sociedade em geral (OMS, 2011). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também representam um grave problema de saúde pública, visto que estas são responsáveis por 72% das causas de mortes, das quais 31,3% estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, 16,3% relacionadas a algum tipo de câncer e 5,2% causada por diabetes. Estas doenças atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, atingindo mais intensamente grupos vulneráveis, como idosos, pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade (BRASIL, 2011).

Estas doenças também têm elevada prevalência em Lajeado, município do Rio Grande do Sul, especificamente nas comunidades dos bairros Moinhos D'Água e Bom Pastor, que são as comunidades onde prestamos serviços. Estas doenças merecem bastante atenção dos profissionais de saúde também, pela sua crescente incidência, o que gera e eleva os gastos com a saúde pública e hospitalizações, principalmente pelas complicações que causam ao indivíduo, como doenças cerebrovasculares, arterial, coronárias, insuficiência cardíaca e renal, dentre outras. Por este motivo, demanda um olhar atento dos profissionais, gestores e serviços ainda na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que um manejo adequado destas doenças na atenção básica pode reduzir o número de hospitalizações e mortes por complicações da HAS e DM.

Em nossa ESF, a cobertura de atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes não é adequada, visto que de um total de 645 pessoas nessa faixa etária que moram na comunidade, atende-se somente 130 usuários do programa de hipertensão e diabetes, o que corresponde a 20,1% do total o atendimento. Essa porcentagem revela uma cobertura de atendimento bem inferior a 100% quando se trata de usuários hipertensos e diabéticos, uma vez que temos somente 96 hipertensos e 34 diabéticos sendo acompanhados adequadamente em nossa USF.

Os dados destes usuários são guardados nos prontuários individuais. Há indicadores de qualidade que se aproximam da atenção integral preconizada pelo SUS, como por exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (100%), exames complementares periódicos em dia (89%), orientação sobre prática de atividades físicas regulares (70%). Contudo, estes podem ser melhorados.

Ainda temos algumas dificuldades como o atraso da consulta agendada em mais de sete dias, pois nem todos os usuários são assíduos com relação à frequência das consultas agendadas. De igual modo, precisamos melhorar o consumo dos medicamentos fornecidos pela farmácia do estado e populares, onde os medicamentos são fornecidos gratuitamente. Além disso, a atenção da saúde bucal e o atendimento odontológico é quase nulo em nossa ESF, pois não contamos com odontólogo na ESF e temos que encaminhar os usuários ao centro odontológico municipal onde atendem usuários de todo o município além de usuários dos municípios vizinhos, por isso o fluxo é enorme e termina sendo um serviço congestionado.

Para melhorar os parâmetros de qualidade de atendimento a usuários com hipertensão, deve-se alcançar 100% de cobertura de atendimento de todo o universo de usuários que moram na comunidade e buscar estratégias que minimizem os atrasos nas consultas agendadas, que hoje é a maior dificuldade que temos na atenção a estes usuários.

Em se tratando da cobertura aos usuários diabéticos a mesma não é adequada, já que só atendem-se adequadamente 34 pessoas, com parâmetro de qualidade como consultas individuais e exames laboratoriais. Há outros indicadores de qualidade como, por exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (82%), exames complementares periódicos em dia (89%), exame físico dos pés nos últimos três meses (70%).

Assim como acontece no atendimento aos usuários hipertensos temos algumas dificuldades com atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias. Além disso, o exame bucal e atendimento odontológico é precário. Os usuários precisam de orientações educacionais para melhor autocuidado, sendo necessário investir em ações educativas sobre riscos do tabagismo, e dos medicamentos disponíveis nas farmácias populares.

Para melhorar os parâmetros de qualidade de atendimento a usuários com diabetes, mais que buscar 100% de cobertura da população, desenvolveremos ações e estratégias que reduzam os atrasos nas consultas agendadas, bem como a taxa de abandono de tratamento. Também enfocaremos ações que potencializem as atividades de educação e promoção de saúde relacionadas a estas doenças, fazendo uso de espaços disponíveis nas comunidades e contando com apoio de toda a equipe, especialmente das agentes comunitárias de saúde, como também da gestão, dos usuários e das lideranças comunitárias.

Estas são algumas das questões que me motivaram a desenvolver esse projeto de intervenção,. Embora tenhamos uma boa cobertura no que diz respeito à atenção aos usuários hipertensos e diabéticos em nossa comunidade, ainda há muito a melhorar no que tange à qualidade da atenção, sendo necessário desenvolver ações e intervenções condizentes com os princípios e diretrizes do SUS

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Montanha II, Lajeado/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na ESF Montanha II.

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 dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa de saúde

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 os usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular na área de abrangência.

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 dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe da ESF Montanha II. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos que moram na área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013). Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. Para registro das atividades serão utilizados o

prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo C). O cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados digital (Anexo B) será feito no momento da consulta.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas nesta intervenção serão descritas conforme os quatro eixos programáticos do Curso, abrangendo os aspectos relevantes para realização da intervenção, de maneira a contemplar as metas e os indicadores propostos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes mellitus da unidade;
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários .
- Monitorar hipertensão e/ou diabetes o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e conforme a periodicidade recomendada.
 - Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
 - Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
 - Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
 - Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
 - Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários hipertensão e/ou diabetes com o dentista.
 - Monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensão e/ou diabetes

Detalhamento:

Será preenchido um formulário com as informações básicas de identificação e uma ficha-espelho com espaços para anotações de medicações, medidas antropométricas e exames complementares realizados. Além disso, será distribuído a caderneta do HIPERDIA que a prefeitura já disponibiliza, onde há espaço reservado para anotações de aferições de pressões e glicemia capilar.

A unidade não possui nenhum protocolo, desse modo, será utilizado aquele proposto pelo Ministério da Saúde, bem como a ficha-espelho, a qual obedece as orientações deste protocolo. O instrumento mencionado possuirá um espelho de exames no qual, além de poder ser acompanhado a evolução do tratamento, poderá ser checado se a periodicidade é compatível com o preconizado pelo protocolo. Será feito registro e acompanhamento na planilha de coleta de dados e ficha-espelho o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Com relação ao acompanhamento das consultas em dia, checaremos semanalmente no livro de marcação os usuários cadastrados no programa de hipertensão e diabetes que faltaram à consulta. Durante a implementação do projeto, será destinado um número de semanas para o atendimento desses usuários. Como é possível ter a relação nominal de todos eles, ao final de cada semana, os faltosos serão checados.

A qualidade dos registros será monitorada com a aplicação da ficha-espelho, a partir da qual poderemos, não apenas registrar a primeira consulta, como também garantir o seguimento desses usuários. Os escores de estratificação de risco fazem parte da ficha-espelho, sendo anotados e acompanhados.

Para atender às metas de promoção da saúde, analisaremos o registro de seguimento e acompanhamento do programa de hipertensão e diabetes quanto ao atendimento odontológico. Essas orientações já fazem parte da rotina do atendimento médico, bem como são constantes alvos de ações em grupo. Ao checar a periodicidade das consultas, já estaremos checando se esses usuários receberam ou não essas orientações.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ações

- Organizaremos o atendimento em atividades de consultas, visitas domiciliares, trabalho em grupos palestras aos grupos de risco nas próprias comunidades.
- Organizaremos a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.
- Organizaremos o número de usuários com hipertensão e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e conforme a periodicidade recomendada.
- Organizaremos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
 - Organizar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
 - Organizar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
 - Organizar o número de usuários com hipertensão e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
 - Organizar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos com o dentista.
 - Organizar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos .

Detalhamento

A enfermeira e o médico serão os responsáveis de organizar e gerenciar as atividades desenvolvidas na investigação, as quais serão feitas levando em conta o cronograma criado e discutido com toda a equipe.

Eixo: Engajamento Público

Ações

- Faremos o atendimento em atividades de consultas, visitas domiciliares, trabalho em grupos palestras aos grupos de risco nas próprias comunidades.

- Faremos a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos .

Detalhamento

Estas atividades serão desenvolvidas no marco da investigação e seguindo o cronograma com frequência já determinadas pela equipe. Faremos uso do ambiente físico da unidade além de áreas e estabelecimentos fornecidos por membros da comunidade, assim como igrejas, escolas até as próprias moradias de vizinhos da comunidade.

Eixo: Qualificação das Práticas Clínicas

Ações

- Qualificaremos o atendimento em atividades de consultas, visitas domiciliares, trabalho em grupos palestras aos grupos de risco nas próprias comunidades.

Detalhamento

A qualificação da prática clínica será feita de forma sistemática com periodicidade semanal de todo os itens desenvolvidos no trabalho, assim como o preenchimento das fichas com as quais trabalharemos. A responsabilidade será compartilhada entre a enfermeira e o médico das comunidades.

2.3.2 Indicadores

Meta Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores 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.

Metas relativas ao 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/HIPERDIA priorizada.

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

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/HIPERDIA priorizada.

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

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.

Metas relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Manter 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. Manter 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. Manter 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. Manter 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 realizar a intervenção sobre hipertensão e diabetes, adotaremos o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Confeccionaremos uma ficha-espelho para a coleta de informações sobre número de consultas e visitas domiciliares e data das mesmas, realização de exame físico completo nas consultas, exames complementares em concordância com o protocolo, prescrição de medicamentos priorizando os disponíveis na unidade de saúde, atendimento odontológico e exame bucal, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional e exercício físico, assim poderemos coletar todos indicadores monitorados em nossa intervenção.

Estimamos alcançar na intervenção 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade que atendemos. Faremos fichas individuais para cada usuário onde se ampliarão estes e outros dados importantes contando com apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde.

Para organizar o registro faremos uma revisão do registro e os prontuários individuais de todos os usuários objeto desta intervenção, atendidos desde que iniciamos o trabalho na unidade de saúde até a data atual, fazendo anotação sobre todos os parâmetros mencionados anteriormente, esta revisão será feita pela enfermeira.

Já foi discutido com a equipe a análise situacional e o foco de intervenção escolhido. Como primeira ação da intervenção, faremos a capacitação da equipe sobre o Caderno de Atenção Básica de hipertensos e diabéticos. Esta capacitação será feita durante as reuniões de equipe com frequência semanal, mediante palestras de 35 minutos de duração. Estimamos que três reuniões sejam necessárias para o desenvolvimento destas. Os responsáveis desta capacitação serão o médico e a enfermeira.

Faremos contato com representantes, líderes formais e naturais da comunidade, com instituições que operem dentro da comunidade, como as igrejas. Apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo a importância do atendimento deste grupo de usuários, assim como os benefícios para a qualidade de vida destes usuários e solicitaremos o apoio destas instituições.

Semanalmente examinaremos a ficha-espelho de hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão atrasados em suas consultas, além dos aspetos já

mencionados anteriormente. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa destes usuários. Planejamos uma média de seis atendimentos por dia, totalizando 24 atendimentos por semana. A informação coletada na ficha ao fim da semana será computada digitalmente na planilha de coleta de dados.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi realizada pela equipe da ESF Montanha 2, no município de Lajeado/RS, nas comunidades Bom Pastor e Moinhos D'Água e tinha como foco os usuários hipertensos e diabéticos. Este projeto teve duração de 12 semanas. Inicialmente foi realizada uma capacitação com a equipe para explicar qual o papel de cada profissional que iria desenvolver as atividades. A capacitação da equipe de saúde foi desenvolvida em dois momentos utilizando o espaço das reuniões de equipe nas sextas, no primeiro encontro não reunimos 100% dos funcionários, já que três deles se encontravam ausentes, por isso foi necessário um segundo encontro, se utilizou um tempo total de duas horas na capacitação dos integrantes da equipe. Foi feita de forma verbal basicamente com o auxílio de uma breve apresentação projetada na tela de um notebook portátil, já que não contávamos com um retroprojetor questão que causou um pouco de dificuldade para realização com qualidade das atividades pretendidas.

Foram realizadas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupos. Nas consultas eram realizados os exames clínicos mediante exame físico completo e rigoroso usuário por usuário, foi feita estratificação de risco cardiovascular individualizado por cada um dos usuários, foram indicados exames complementares de acordo com o que estava previsto pelo caderno da ação programática para estes grupos. Além disso, se abordaram temas educativos com o risco do tabagismo, alcoolismo, como levar dieta saudável fazendo ênfase na diminuição do consumo de carboidratos, lipídios, sobretudo de origem animal, redução do consumo de sal, aumento do consumo de frutas e verduras, em resumo uma dieta balanceada e saudável. Outras questões que foram amplamente abordadas foram com relação

aos benefícios da prática periódica de atividades físicas e a redução dos níveis de estresse.

Durante toda a intervenção foi feita pesquisa ativa de novos casos e aqueles faltosos a consulta programadas mediante as visitas domiciliares pela equipe (agentes de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médico) onde se faziam medições da Tensão Arterial (TA) e glicose capilar com o uso de glicôsimetro, que nos oferecia uma noção do estado metabólico dos usuários na faixa etária de risco, levando em conta fatores que podem se modificar, os valores normais como horário do dia, ingestão de alimentos o jejum e outros. Após, se necessário, se fazia trabalho de conscientização do usuário e já ficava agendada a consulta na unidade.

Nas comunidades de nossa intervenção foram feitos trabalhos de grupo com uma frequência mínima de uma vez por semana onde foram convidados outros especialistas como nutricionista, psicólogo, dentista que nos ajudaram a complementar as ações de educação e criava expectativa positiva nos usuários que assistiram a nossos grupos. A todo o momento contamos com o apoio de líderes formais e informais das comunidades que foram convidados a participar de forma ativa no desenvolvimento do trabalho, tais como o padre da igreja católica da comunidade, professores de duas escolas primárias inseridas nas comunidades e alguns outros integrantes das comunidades.

Grande destaque para os cadastramentos de novos casos e a realização das buscas ativas dos faltosos pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares. Como dificuldade para a realização das ações que nos impossibilitaram de realizar a ação em sua totalidade podemos destacar a demora para realização dos exames e a pouca disponibilidade dos laboratórios, além de alguns exames não serem totalmente cobertos pelo SUS. Além disso, não foi possível que todos os usuários passassem a usar os medicamentos disponibilizados pelas farmácias populares, pois ainda persiste a ideia de que os medicamentos genéricos não são tão efetivos quanto os de nome comercial.

Nas consultas os usuários também eram orientados sobre a importância da realização de atividades físicas, além da importância de alimentação saudável e para isto contamos com a participação da nutricionista que realizou uma avaliação nutricional em cada usuário.

Outra questão importante foram as avaliações e os atendimentos odontológicos, que foram realizadas com muita dificuldade, visto que não possuímos

o serviço odontológico aqui na unidade e os usuários eram encaminhados para o serviço municipal, porém este tinha pouca disponibilidade de consultas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve ações previstas que não foram realizadas, todas as ações foram cumpridas parcial ou totalmente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve grandes dificuldades na coleta e sistematização dos dados, o formulário foi preenchido com informações básicas de identificação, além do preenchimento de uma ficha-espelho onde eram registrados todos os dados gerados com o desenvolvimento das ações durante a intervenção. A unidade não possuía nenhum protocolo, desse modo, foi utilizado aquele proposto pelo Ministério da Saúde, bem como a ficha-espelho, os quais obedecem às diretrizes do Ministério da Saúde para este programa.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Todas as ações desenvolvidas durante a intervenção foram incorporadas a rotina de serviços da unidade de modo que a equipe continuará trabalhando para concluir as metas propostas. Após o período de intervenção foi observado que a intervenção proporcionou muitos benefícios à comunidade, principalmente na melhoria de qualidade dos atendimentos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No início de nossa intervenção tínhamos um total de 645 pessoas na faixa etária de risco de doenças cardiovasculares das quais apenas 130 cadastradas no programa de atenção à hipertensão e diabetes. Sendo atendidos em nosso serviço 96 hipertensos e 34 diabéticos, após concluídas as 12 semanas de intervenção alcançamos 200 usuários, 30,4% (190) com hipertensão e 57,1% (88) com diabetes.

Destaca-se que no primeiro mês foram cadastrados 6,1% (38) dos usuários com hipertensão, no segundo mês o indicador aumentou para 10,4% (65) e no terceiro mês o aumento foi para 30,4% (190). A seguir é apresentada a figura 1 que mostra a evolução do indicador de cobertura ao longo dos três meses de intervenção.

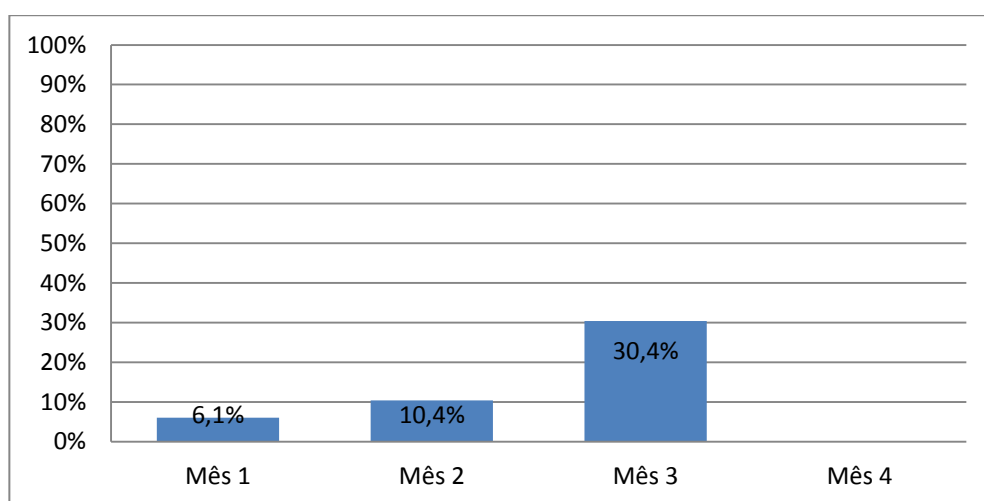


Figura 1: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Para os usuários com diabetes, tivemos no primeiro mês o percentual de cobertura de 11,7% (18), no segundo mês o indicador evoluiu para 18,8% (29) e no terceiro mês foi para 57,1% (88), como pode ser observado na figura 2 a seguir.

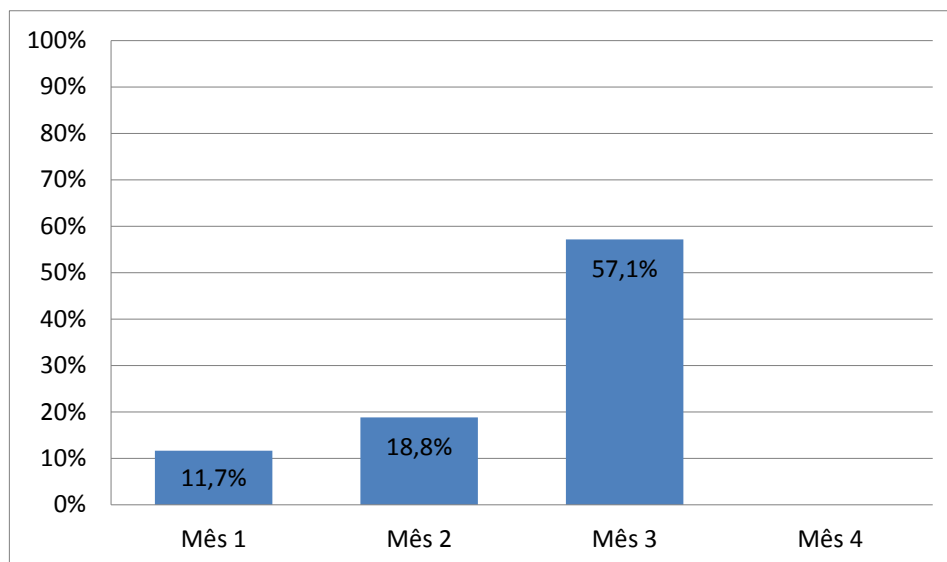


Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Embora não tenhamos alcançado a meta de 100%, a cobertura de usuários com hipertensão e diabetes melhorou. Não foi possível atingir a meta, primeiro por conta do tempo em que se desenvolveu a intervenção, também pelas características demográficas dos bairros de influência de nossa ESF muito variantes que se incrementa constantemente devido ao rápido crescimento de moradores. Por último, alguns usuários que preferem o atendimento em outras instituições de saúde, sobretudo, do setor privado.

Com relação a realização de exame clínico aos usuários acompanhados na unidade pode-se observar pela figura 3 que foi quase e alcançada a meta em 100% em todos os meses da intervenção, sendo que no primeiro mês foram realizados exames clínicos a 37 (97,4%) usuários com hipertensão, no segundo mês foram 64 (98,5%) e por fim no terceiro mês foram 189 (99,5%) usuários com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

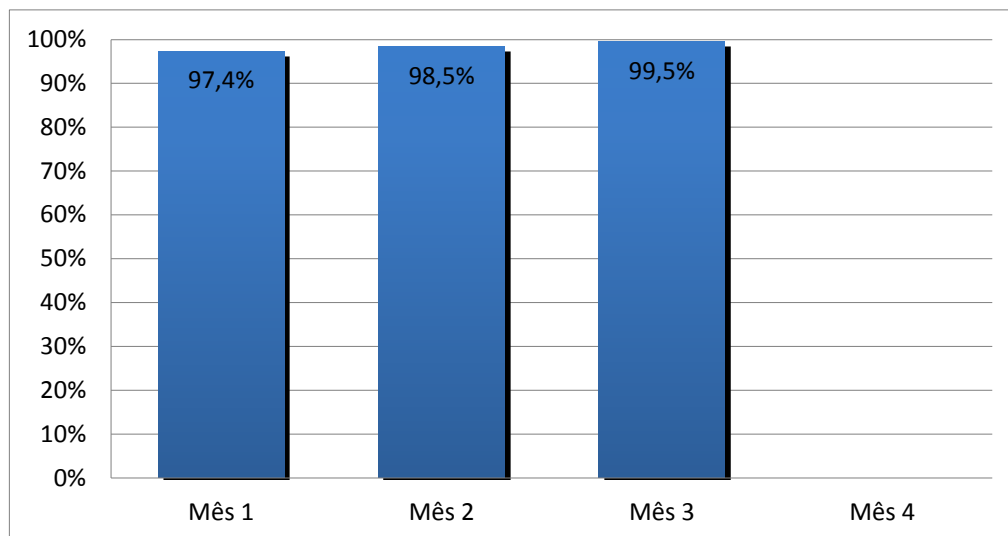


Figura 3: Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Com relação a este indicador foi atingido quase 100% já que este indicador baseia-se na adequada anamnese e exame físico realizado pelos integrantes da equipe, encarregados do acolhimento na chegada do usuário e no trabalho do médico na consulta propriamente dita, este indicador não precisou de meios mais complexos para seu cumprimento.

Como se observa na figura a seguir, o indicador do exame clínico comportou-se de forma satisfatória nos diabéticos, atingindo-se no primeiro mês 17 usuários (94,4%), no segundo mês 28 usuários (96,6%) e no terceiro mês um total de 87 usuários diabéticos (98,9%).

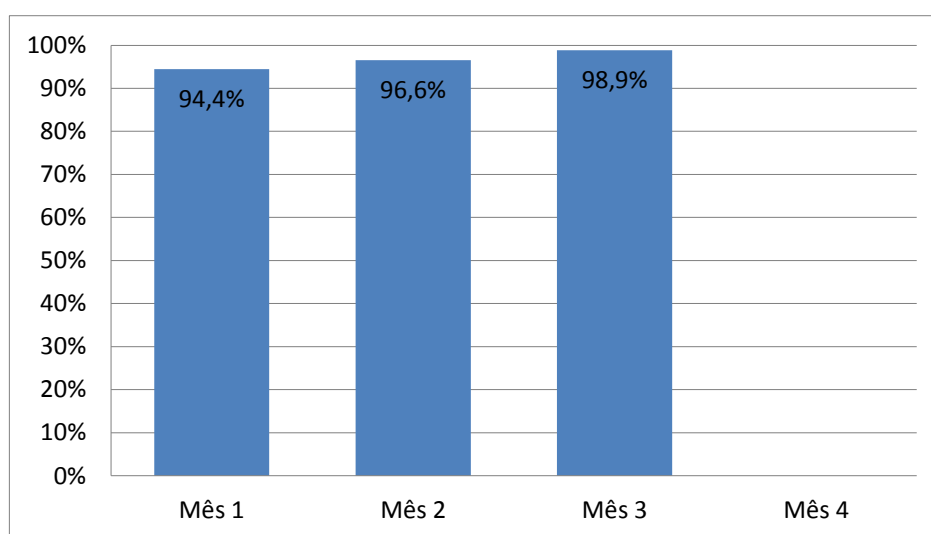


Figura 4: Gráfico da proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Este indicador foi desenvolvido com avaliação de anamnese e exame físico feito no acolhimento e consulta, sem dependência da medição da glicemia seja por glicose periférica recente ou glicose capilar periférico, pois ele foi observado através da conclusão dos exames de acordo com o protocolo utilizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, foi feito durante o acolhimento mediante o uso de glicôsimetro equipamento que apresentou algumas dificuldades durante a intervenção, causa que determinou um menor índice de cumprimento deste indicador em diabéticos do que em hipertensos.

Com relação aos exames complementares o indicador comportou-se da seguinte maneira: No primeiro mês foram realizados 38 (100%) exames em usuários com hipertensão, no segundo mês foram realizados 64 (98,5%) exames, não atingindo a meta de 100% já que foram cadastrados no segundo mês 65 usuários com hipertensão e no último mês foram realizados 189 (99,5%) exames, observa-se na figura a seguir que apenas um usuário ficou sem realizar o exame complementar.

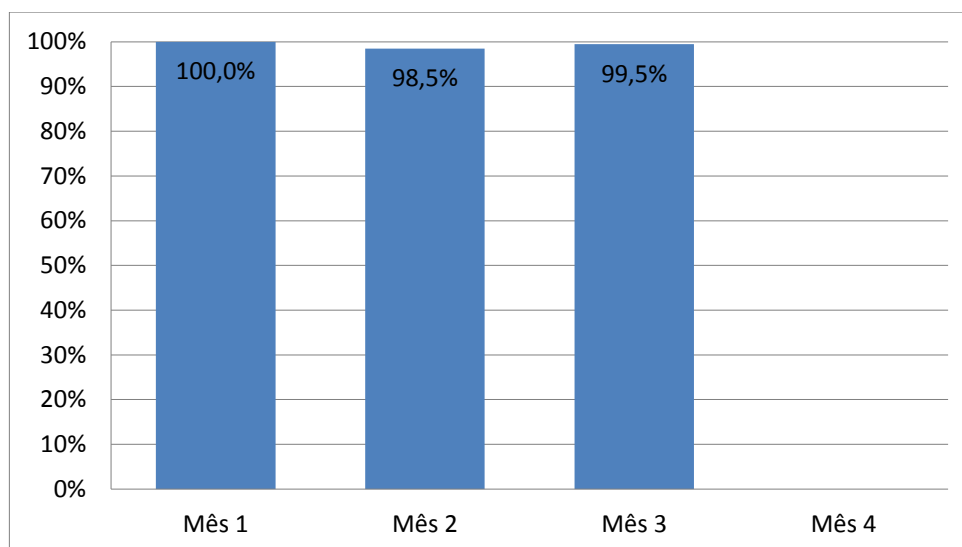


Figura 5: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Destaca-se que as ações de treinamento e capacitação da equipe realizada no início da intervenção é que tiveram papel fundamental para a execução de forma plena dessas ações. Adverte-se que se seguirá com essas capacitações permanentes para que possamos atingir de forma adequada 100% desses usuários.

Já para o indicador da proporção de diabéticos com exames complementares em dia atingimos 100% para todos os usuários com diabetes

cadastrados durante a intervenção. Destaca-se que no primeiro mês os 18 (100%) usuários com diabetes cadastrados realizaram os exames, no segundo mês os 29 cadastrados e no terceiro mês os 88 usuários com diabetes realizaram os exames complementares. Assim como para os usuários com hipertensão o que nos ajudou a cumprir com esse indicador foram as capacitações realizadas com toda a equipe que desempenhou suas funções adequadamente.

Enquanto aos indicadores de qualidade preconizados pelo ministério tivemos dificuldades, já que como podemos observar na figura 6, com relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular atingimos no primeiro mês 25 (65,8%) usuários com hipertensão, no segundo mês 47 (73,4%) usuários e no terceiro mês 168 (89,8%) usuários.

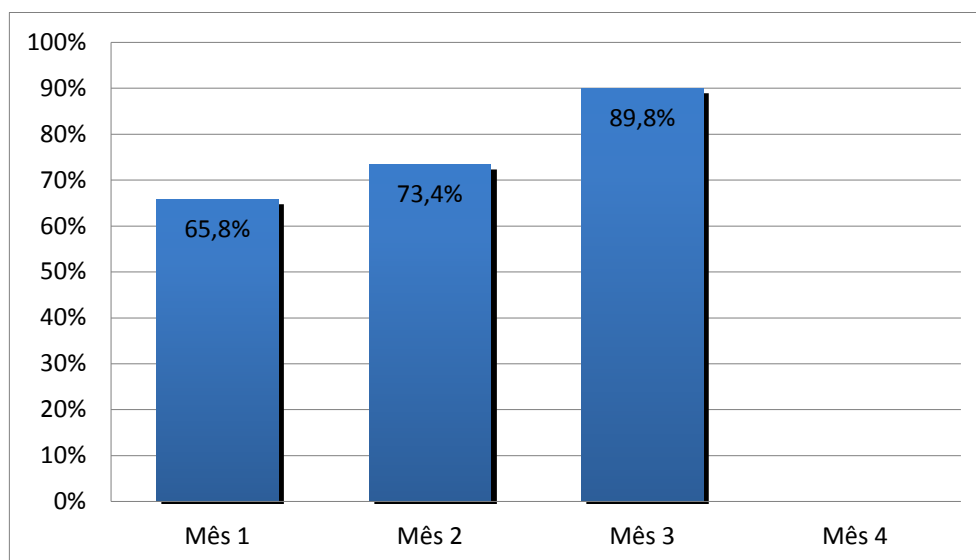


Figura 6: Gráfico da proporção de usuários Hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Não foi possível atingir 100% neste indicador nos usuários com hipertensão, devido, em primeiro lugar, aos preconceitos de que os remédios fornecidos na rede pública não são tão efetivos quanto os da rede privada, além de que em alguns casos, muito pontuais, precisavam de remédios não disponíveis na rede.

Em relação aos usuários com diabetes 88 (100%) em uso exclusivo dos medicamentos fornecidos pela farmácia da rede pública. No entanto, isso nem sempre foi assim, já que no primeiro mês foram 13 (72,2%) dos 18 cadastrados, no segundo mês foram 24 (82,8%) dos 29 cadastrados e por fim no terceiro mês os 88 (100%) tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

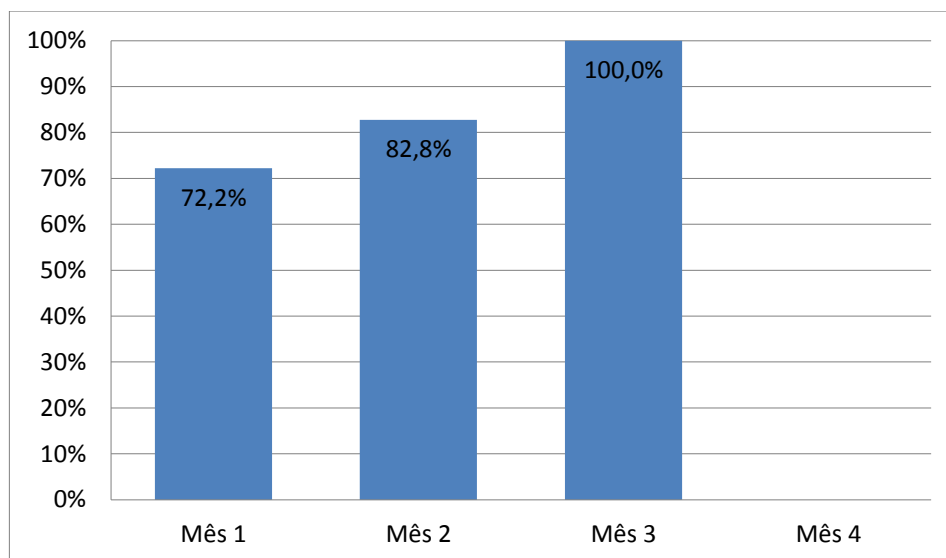


Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Da mesma forma que para os usuários com hipertensão o que dificultou o alcance da meta de 100% de usuários com prescrição da medicação da farmácia popular para usuários com diabetes foi o preconceito de que essas medicações da rede pública não tem o mesmo efeito de que os da rede privada. Todavia destaca-se que ao final conseguimos conscientizar esse público atingindo 100% de prescrição.

Em relação aos indicados da avaliação da necessidade de atendimento odontológico conseguiu-se se fazer uma primeira avaliação mediante o exame físico da cavidade bucal baseando-nos no método de observação daquelas doenças odontológicas mais evidentes. Esta avaliação foi feita a 100% (190) dos usuários hipertensos envolvidos na intervenção e a 100% (88) dos usuários diabéticos envolvidos na intervenção. Sendo que no primeiro mês foram avaliados os 38 usuários com hipertensão, no segundo mês os 65 e no terceiro mês os 190 usuários. Para os usuários com diabetes no primeiro mês foram avaliados os 18 cadastrados, no segundo mês os 29 e por fim no terceiro mês os 88 usuários.

Em minha opinião, este foi o indicador que mais dificuldades tivemos na intervenção, já que não contamos com odontólogo na ESF e temos que encaminhar os usuários ao centro de atendimento odontológico municipal serviço muito lotado, já que tem um imenso fluxo de usuários e as vagas que são disponibilizadas são muito limitadas. Embora uma primeira avaliação foi realizada a todos os usuários na consulta, encaminhamos 100% dos usuários ao centro de atendimento odontológico

para que assim pudessem ser avaliados profundamente e atendidos pelo odontólogo, devido a terem muitas doenças odontológicas sobretudo em estágios iniciais que só podem ser identificadas por pessoal habilitado neste perfil e com uso de ferramentas muito próprias da especialidade de odontologia que por demais escapa ao perfil dos funcionários da unidade incluindo o médico. Além disso, não consideramos objetivo uma avaliação sem a possibilidade de um atendimento subsequente pela odontologia das patologias identificadas nos usuários. Então só incluímos nos resultados aqueles usuários que puderam ser avaliados e atendidos pela odontologia.

Com relação a busca ativa dos usuários faltosos atingimos 100% no final do terceiro mês para usuários com hipertensão e diabetes, no entanto para usuários com diabetes no primeiro mês, como podemos observar na figura 9, não atingimos 100% como pretendíamos já que dos 14, apenas 12 (85,7%) receberam busca ativa. Atribui-se essa dificuldade pelo início das atividades da intervenção, pois no início a equipe estava apreendendo a realizar o processo de acordo com o protocolo, a medida que se obteve experiência esse indicador foi mudando sendo que no segundo mês todos os 20 (100%) receberam busca ativa e no terceiro mês os 58 (100%) usuários com diabetes.

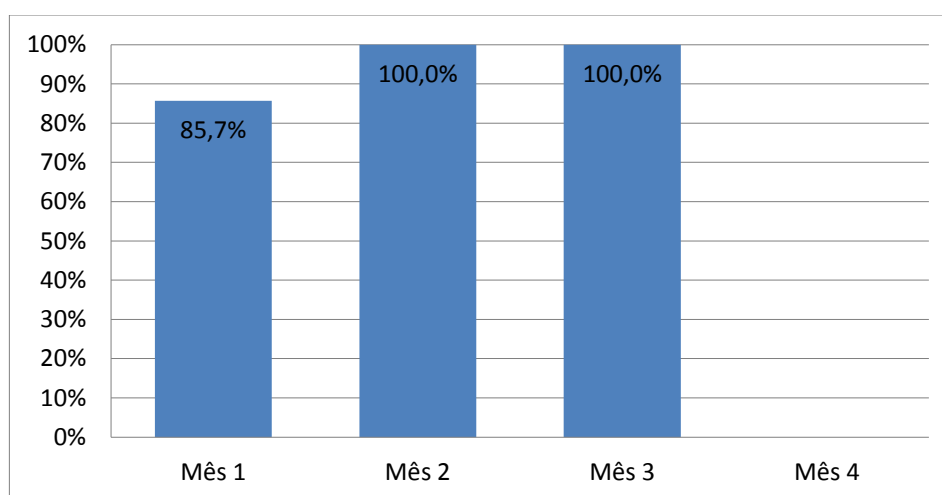


Figura 8: Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de ESF Montanha II. Lajeado/RS, 2015.

Para os hipertensos tivemos a seguinte evolução durante os três meses da intervenção: 1º mês 28 (100%) com busca ativa realizada; 2º mês 41 (100%) e no 3º mês 131 (100%) usuários com busca ativa realizada.

O demais indicadores foram desenvolvidos em 100% dos nos três meses de intervenção tanto em usuários hipertensos e/ou com diabetes como, por exemplo, estratificação de risco cardiovascular, orientação sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável de acordo com as particularidades requeridas neste grupo de doenças, efeitos prejudiciais do tabagismo e o consumo abusivo do álcool. Erradicamos os atrasos em mais de 7 dias das consultas agendadas. Por último 100% dos usuários hipertensos e diabéticos ficaram com registro adequado na ficha de acompanhamento, sendo que no primeiro mês foram avaliados e atingidos para cada um dos indicadores comentados anteriormente os 38 (100%) usuários com hipertensão, no segundo mês os 65 (100%) usuários cadastrados e no terceiro mês os 190 (100%) usuários com hipertensão cadastrados. Já para os usuários com diabetes no primeiro mês todos os 18 (100%) receberam essa atenção, no segundo mês os 29 (100%) cadastrados e no terceiro mês os 88 (100%).

Os resultados antes expostos foram atingidos graças a participação de toda a equipe. Fizemos um trabalho de “formiguinhas”, além de que o cumprimento destes indicadores não dependia de meios logísticos complexos ou do concurso de outros profissionais não vinculados a ESF. O trabalho de pesquisa e cadastro de novos casos continuará sendo desempenhado, embora tenha terminado a intervenção, mas destaca-se que esta ficou como esquema de trabalho cotidiano em nossa equipe.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade de saúde da família Montanha II, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoramos os registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação e atendimento em dia das consultas atrasadas, os exames complementares, a estratificação do risco cardiovascular entre outros importantes itens dos usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção teve um papel muito importante para a equipe, já que a equipe capacitou-se seguindo as recomendações do ministério para o atendimento integral desses usuários. As rotinas da intervenção foram integradas no dia a dia da equipe melhorando o rastreamento e pesquisa, diagnóstico, tratamento e um melhor acolhimento destes usuários, tornando-se o atendimento mais humanizado.

Para o serviço a intervenção teve muita importância, já que antes o atendimento era diretamente com o médico, sobrecarregando o profissional, após a intervenção reviu-se as atribuições da equipe e viabilizando-se o atendimento que ficou desenvolvido escalonadamente, iniciando pela recepção do usuário no balcão, imediatamente depois de encaminhado ao acolhimento onde é classificado, se dá prioridade do atendimento dando passo assim, a demanda espontânea ou agendamento dos usuários sem queixas que não precisaram de atendimento médico urgente.

Na comunidade a intervenção impactou de forma positiva já que os usuários manifestaram satisfação com a priorização do atendimento, a redução do tempo de agenda para consulta, atendimento na unidade mais organizado e humanizado, as visitas domiciliares e os trabalhos em grupos. Apesar de que tenhamos atingido o dobro da cobertura do atendimento a usuários hipertensos e diabéticos ainda ficaram muitos usuários sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se contássemos com mais apoio logístico, no caso do transporte para as visitas domiciliares que às vezes se atrasava ou não estava disponível no dia e horário destinados para esta atividade, poderíamos contar com material didático e meios áudio visuais para o melhor desenvolvimento das atividades educativas. Além disso, o tempo destinado para a fase de intervenção foi muito curto, apenas 12 semanas, isto limitou a cobertura atingida pelo trabalho.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Venho através deste, descrever a intervenção que foi realizada pela equipe da ESF Montanha 2, no município de Lajeado/RS, nas comunidades Bom Pastor e Moinhos D'água que tinha como alvo os usuários hipertensos e diabéticos. Teve duração de 12 semanas, no período compreendido do mês de maio a julho do 2015. Inicialmente foi realizada uma capacitação com a equipe para explicar qual o papel de cada profissional, o que cada um iria desenvolver nas atividades. A capacitação da equipe de saúde foi desenvolvida em dois momentos utilizando o espaço das reuniões de equipe nas sextas, Foi feita de forma verbal basicamente com o auxílio de uma apresentação projetada na tela de um notebook portátil, já que não contávamos com um retroprojetor, questão que dificultou, deixando a desejar na qualidade das atividades.

Foram realizadas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupos. Nas consultas, eram realizados os exames clínicos mediante exame físico completo e rigoroso usuário por usuário. Foi feita estratificação de risco cardiovascular individualizado em cada um dos usuários, foram indicados exames complementares de acordo com o previsto pelo caderno da ação programática para estes grupos, além disso, se abordou mediante técnica de comunicação, temas educativos como o risco do tabagismo, alcoolismo, como levar dieta saudável fazendo ênfase na diminuição do consumo de carboidratos, lipídeos, sobretudo de origem animal, redução do consumo de sal, ainda sobre o aumento do consumo de frutas e verduras, em resumo uma dieta balanceada e saudável. Outras questões que foram

amplamente abordadas foram os benefícios da prática periódica de atividades físicas e a redução dos níveis de estresse.

Durante toda a intervenção foi realizada pesquisa ativa de 70 novos casos no programa de hipertensão e diabetes e daqueles faltosos as consultas programadas mediante as visitas domiciliares pela equipe: agentes de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médico onde se faziam medições da pressão arterial e glicose capilar com o uso de glicômetro, que nos oferecia uma noção do estado metabólico dos usuários atendidos na faixa etária de risco, claro que levando em conta os fatores que podem modificar os valores normais como horário do dia, ingestão de alimentos, o jejum e outros. Após, se necessário, se fazia trabalho de conscientização do usuário e já ficava agendada a consulta na unidade.

Nas comunidades alvo de nossa intervenção foram feitos trabalhos de grupo com uma frequência mínima de uma vez por semana onde foram enviados outros especialistas como nutricionista, psicólogo, dentista que nos ajudaram a complementar os trabalhos de educação e criava expectativa positiva nos usuários que assistiram a nossos grupos. Em todo momento contamos com o apoio de líderes formais que informava nas comunidades que foram convidados a participar de forma ativa no desenvolvimento do trabalho. Alguns deles foram: o padre da igreja católica da comunidade, professores de duas escolas primárias inseridas nas comunidades e alguns outros integrantes das comunidades como líderes naturais, não formais.

Grande destaque para os cadastramentos de novos casos e a realização das buscas ativas dos faltosos pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares. Como dificuldade para a realização das ações que nos impossibilitaram de realizar a ação em sua totalidade podemos destacar a demora para realização dos exames e a pouca disponibilidade dos laboratórios, além de alguns exames não serem totalmente cobertos pelo SUS. Além disso, não foi possível que todos os usuários passassem a usar os medicamentos disponibilizados pelas Farmácias Populares, pois ainda persiste a ideia de que os medicamentos genéricos não são tão efetivos quanto os de nome comercial.

Nas consultas os usuários também eram orientados sobre a importância da realização de atividades físicas, além da importância de alimentação saudável e para isto contamos com a participação da nutricionista que realizou uma avaliação nutricional em cada usuário. Outra questão importante foram as avaliações e os

atendimentos odontológicos, que foram realizadas com muita dificuldade, visto que não possuímos o serviço odontológico aqui na unidade e os usuários eram encaminhados para o serviço municipal, porém este tinha pouca disponibilidade de consultas.

Todas as ações desenvolvidas durante o projeto de intervenção foram incorporadas a rotina de serviços da unidade de modo que a equipe continuará trabalhando para concluir as metas propostas. Após o período de intervenção foi observado que a intervenção proporcionou muitos benefícios à comunidade, principalmente na melhoria de qualidade dos atendimentos. Nossa intervenção repercutiu de forma positiva já que ajudou a organizar o serviço na unidade, além de objetivar o atendimento a este grupo de usuários, além disso, contribui para ampliar a cobertura de atendimento da população e para melhorar a qualidade o que é muito positivo para a gestão de saúde do município.

Ao longo da intervenção foi de vital importância o apoio da gestão do município já que foram facilitadas questões importantes como, por exemplo, o carro como que nossa equipe se deslocou até as comunidades, embora neste sentido como já tínhamos feito referência anteriormente às vezes o carro não estava disponível ou chegava atrasado em ocasiões mais de uma hora, o que atrapalhou a agenda estabelecida e irritabilidade nas pessoas que aguardavam esperando por nós no ponto de encontro combinado.

Em nosso município a rede de saúde disponibiliza várias opções de laboratórios com uma gama de exames aceitáveis que nos permitiu garantir os exames laboratoriais indispensáveis no acompanhamento destes usuários de acordo com os protocolos, ponto que em minha opinião é muito positivo da gestão de saúde de Lajeado. A gestão nos facilitou a participação de outros profissionais em nossa intervenção como nutricionistas, psicóloga, odontóloga. Destaca-se que, em particular a odontóloga, poderia estar vinculada diretamente ao serviço da ESF, em tempo integral, o que facilitaria o atendimento e avaliação odontológica.

Por último a equipe espera que a gestão continue nos apoiando no trabalho diário para assistência a população, já que são essas pessoas que fizeram possível com seu voto de confiança a presença da gestão atual e todos temos como principal objetivo incrementar cada vez mais o nível de vida e a satisfação do povo.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Venho dialogar sobre a intervenção que foi realizada pela equipe da ESF Montanha 2, no município de Lajeado/RS, nas comunidades Bom Pastor e Moinhos da D'Água e tinha como foco os usuários hipertensos e diabéticos. A intervenção teve duração de 12 semanas, inicialmente foi realizada uma capacitação com a equipe para explicar qual o papel que cada profissional iria desenvolver nas atividades. A capacitação da equipe de saúde foi desenvolvida em dois momentos utilizando o espaço das reuniões e feita de forma verbal basicamente com o auxílio de uma breve apresentação.

Foram realizadas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupos que nós juntamente com vocês participamos, disfrutamos compartilhando juntos e aprendendo um com o outro. Nas consultas eram realizados os exames clínicos mediante exame físico completo e rigoroso usuário por usuário, foi feito estratificação de risco cardiovascular individualizado em cada um dos usuários, foram indicados exames complementares de acordo com o previsto pelo caderno da ação programática para estes grupos, além abordar mediante a técnica de comunicação "cara-cara" temas educativos como o risco do tabagismo, alcoolismo, como levar uma dieta saudável, fazendo ênfase na diminuição do consumo de açúcares e gorduras, sobretudo de origem animal, redução do consumo de sal, aumento do consumo de frutas e verduras em resumo uma dieta balanceada e saudável. Outras questões que foram amplamente abordadas são sobre os benefícios da prática periódica de atividades físicas e a redução dos níveis de estresse.

Durante toda a intervenção foi feita pesquisa ativa de novos casos e aqueles faltosos as consultas programadas, mediante as visitas domiciliares pela equipe: agentes de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médico onde se faziam medições da pressão arterial e glicose capilar com o uso de glicôsimetro, o que nos oferecia uma noção do nível de açúcar dos usuários. Após, se fosse necessário, se fazia trabalho de conscientização do usuário e já ficava agendada a consulta na unidade de saúde.

Nas comunidades alvo de nossa intervenção foram feitos trabalhos de grupo como uma frequência mínima de uma vez por semana onde foram convidados outros especialistas como nutricionista, psicólogo, dentista que nos ajudaram a complementar as atividades de educação e criava expectativa positiva nos usuários que assistiram a nossos grupos. Em todo momento contamos com o apoio de líderes formais ou informais das comunidades que foram convidados a participar de forma ativa no desenvolvimento do trabalho, como o padre da igreja católica da comunidade, professores de duas escolas primárias inseridas nas comunidades e alguns outros integrantes das comunidades.

Grande destaque se faz para os cadastramentos de novos casos e a realização das buscas ativas dos faltosos pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares. Nas consultas vocês foram orientados sobre a importância da realização de atividades físicas, além da importância de alimentação saudável e para isto contamos com a participação da nutricionista que realizou uma avaliação nutricional em cada usuário.

Outra questão importante foram as avaliações e os atendimentos odontológicos, que foram realizados com muita dificuldade, visto que não possuímos o serviço odontológico aqui na unidade e os usuários eram encaminhados para o serviço municipal, porém este tinha pouca disponibilidade de consultas.

Todas as ações desenvolvidas durante o projeto de intervenção foram incorporadas a rotina de serviços da unidade de modo que a equipe continuará trabalhando para concluir as metas propostas. Após o período de intervenção foi observado que a intervenção proporcionou muitos benefícios à comunidade, principalmente na melhoria de qualidade dos atendimentos de nosso serviço que como principal objetivo é que vocês, nossos usuários, sintam-se bem atendidos e oferecer o melhor de nós para garantir uma melhor qualidade de vida a vocês.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização tem sido muito importante, já que representa um guia no conhecimento dos programas e políticas de saúde brasileiras que em particular considero que estão muito bem estruturados com um enfoque verdadeiramente comunitário, social e preventivo.

Por outro lado, ajudou-me em minha prática médica diária com os temas da prática clínica, abordados nas diferentes unidades de estudo que ajudaram a enriquecer meus conhecimentos científicos técnicos e, embora que a medicina seja universal me ajudou na oportunidade de conhecer outros olhares e enfoques sobre temas clínicos que então antes não conhecia.

Em minha experiência particular o trabalho de intervenção foi uma experiência nova e interessante que me presenteou com a oportunidade de trabalhar em conjunto e diante de um mesmo objetivo com a equipe de trabalho da unidade onde eu trabalho neste um pouco mais de um ano e meio desde que cheguei ao Brasil até a data de hoje.

Além disso, me permitiu trabalhar mais perto da comunidade, conhecer suas peculiaridades, cultura, necessidades e foi possível colocar meu pequeno grão de areia na solução dos problemas na comunidade em meu atuar diário como médico da ESF Montanha II em Lajeado, RS.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica N° 37. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica N° 36. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2011**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 29 abr. 2015

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
Pro^a Ana Cláudia Gestal 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

