

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 José Alexandre Záchia, Passo Fundo/RS**

Dorellys Reyes Pérez

Pelotas, 2015

Dorellys Reyes Pérez

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF José Alexandre Záchia, Passo Fundo/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.

Orientadora: Mônica Vohlbrecht

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P438m Pérez, Dorellys Reyes

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF José Alexandre Záchia, Passo Fundo/RS / Dorellys Reyes Pérez; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a toda minha equipe, e aos meus colegas pelo esforço durante a realização da nossa intervenção.

Agradecimentos

Agradeço aos meus colegas e a minha orientadora Mônica pela dedicação durante todo este tempo de trabalho.

Resumo

PEREZ, Dorellys Reyes. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF José Alexandre Záchia, Passo Fundo/RS**. 2015. 70f. 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 e o Diabetes Mellitus constituem uma das principais causas da morbimortalidade da população mundial, não sendo diferente no Brasil, sendo a Atenção Primária em Saúde tem como responsabilidade promover, prevenir e acompanhar as pessoas de forma a diminuir as morbidades, por isso é tão importante ações voltadas à população.

Realizou-se uma intervenção onde a ação programática foi hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, por serem duas doenças muito frequentes nas comunidades. Destaca-se que inicialmente a cobertura da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na unidade era baixa 67% para hipertensos, pois dos 1.418 eram acompanhados 957 e para diabéticos a cobertura era de 31%, já que dos 405 estimados apenas 126 eram acompanhados. O objetivo desse trabalho foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da Estratégia de Saúde da Família José Alexandre Záchia, Passo Fundo/RS, no período de 12 semanas. Participaram da nossa intervenção usuários com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações que foram realizadas segundo planejado, de acordo com os eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público. Os dados foram registrados na ficha-espelho e na planilha de coleta de dados digital disponibilizada pelo curso, por isso, acompanhamos os resultados nos gráficos. Destaca-se que a ação programática era deficitária na unidade, dessa forma optou-se por iniciar o cadastramento do zero na unidade, assim os dados apresentados anteriormente não refletem mais a realidade da ação programática. Outro ponto que deve ser levado em consideração é que a ação inicialmente foi prevista para ser desenvolvida pelas duas equipes da unidade, mas por motivos de baixa adesão, optou-se por realizar a intervenção com apenas os usuários de uma das equipes da unidade, assim o levantamento nos proporcionou o número de 212 usuários hipertensos e 78 usuários diabéticos como público alvo das ações previstas. A nossa intervenção serviu para alcançar os objetivos propostos garantindo que a população alvo da área de abrangência, 158 usuários hipertensos (74,5%) e 58 usuários diabéticos (74,4%), recebesse uma atenção adequada e mantivesse um controle específico. Destaca-se também que todos os indicadores de qualidade propostos foram atingidos em 100% ao término da intervenção e poucos não foram em todos os meses da intervenção, o que denota quão grande foram os ganhos obtidos durante essas 12 semanas. Considero este tipo de trabalho muito efetivo para utilizar em outros grupos específicos da comunidade, que também precisam de muita atenção, já que através dele conseguimos envolver a equipe e toda comunidade, incluindo o Conselho de Saúde do bairro, que ajudou na propaganda e nas atividades realizadas durante a intervenção.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção a pessoas com hipertensão na Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS	49
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção a pessoas com diabetes na Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS	49
Figura 3	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.	50
Figura 4	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.	50
Figura 5	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.	51
Figura 6	Foto: Fotografia de realização de hemoglicoteste em usuário do programa. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Citopatológico de colo do útero
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino À Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 13/08/2014	9
1.2 Relatório da Análise Situacional em 04/12/2014.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia.....	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística.....	35
2.3.4 Cronograma	38
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados	48
4.2 Discussão.....	56
5 Relatório da intervenção para gestores	58
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	65
Referências	67
Anexos	68

Apresentação

A intervenção foi realizada com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na unidade de ESF José Alexandre Záchia, localizada em Passo Fundo/RS. O volume está constituído por:

- Análise Situacional: apresenta o relatório de análise situacional da ESF José Alexandre Záchia.

- Análise Estratégica: apresenta o projeto de intervenção; justificativa, objetivos, metodologia, detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma.

- Relatório da Intervenção: descreve as ações previstas que foram realizadas, as ações previstas que não foram realizadas, a coleta dos dados, a sistematização da ação programática e a viabilidade de incorporação das ações à rotina da unidade.

- Avaliação da intervenção: descreve os resultados e a discussão.

- Relatório da intervenção para gestores: apresenta aos gestores como foi desenvolvida a intervenção.

- Relatório da intervenção para comunidade: apresenta a comunidade como foi desenvolvida a intervenção.

- Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem: a reflexão pessoal da especializada sobre o processo de aprendizagem durante o curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 13/08/2014

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual eu, Dorellys Reyes Pérez, estou prestando serviço situa-se no município de Passo Fundo, estado do Rio Grande do Sul. Esta unidade localiza-se na periferia da cidade no bairro do Záchia, a mesma conta com dezesseis salas, uma recepção e uma sala de espera. Conta também com duas equipes de saúde completas, dessa forma dispõe de duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, dois dentistas, quatro agentes de saúde, duas digitadoras, assim como os residentes de medicina e enfermagem que visitam nossa unidade todos os dias, já que também se recebem programas veiculados a universidade, estes alunos participam do trabalho da equipe sendo orientados pelos próprios profissionais.

A população conta com serviço de agendamento de consultas na rede básica, agendamento de exames, agendamento de veículos e também conta com as visitas domiciliares pré-agendadas pelos agentes comunitários de saúde. Além do atendimento médico também conta com o serviço de vigilância sanitária e epidemiológica, com uma sala de vacinas, o serviço de enfermagem e a farmácia com dispensação de medicamentos para os usuários, uma sala de esterilização e um ambulatório. Ainda é ofertada a população as ações curativas e educativas, sendo realizado um trabalho de prevenção nas escolas do bairro para manter uma saúde bucal adequada.

O trabalho começa às 08 horas da manhã até 12 horas e volta a prestar o serviço a partir das 13 horas até às 17 horas. Também podemos dizer que contamos com o apoio dos hospitais da cidade para os usuários que precisam de um

atendimento, mas complexo. Assim como contamos com o apoio dos setores da comunidade para saber as principais preocupações dos usuários.

Sou a médica da equipe número 1 que conta com uma enfermeira, duas agentes de saúde, duas técnicas de enfermagem, um dentista e uma digitadora, todos nós trabalhamos em equipe para que sejam cumpridos os objetivos desta unidade. Além disso, temos a vantagem de contar com a coleta de amostra para exames todas as terças e as quintas-feiras de manhã, aqui mesmo na unidade.

Nosso público é uma população pobre e conta com poucos recursos. São de uma zona distante do centro da cidade, onde se predomina as doenças crônicas como, por exemplo: hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica por causa do elevado índice de tabagistas. Também se observa um alto índice de gestantes adolescentes.

Em dois meses e meio de trabalho nesta unidade, foi possível perceber vários fatores que devem ser adequados para melhorar a qualidade da saúde prestada. A demanda de atendimento clínico é alta, mas sempre ficamos com tempo para fazer o trabalho preventivo, o qual considero ser mais importante.

É importante destacar que minha unidade conta com um sistema computadorizado bem avançado, o qual passou por mudanças para melhorar o trabalho de toda a equipe, incluindo os agentes de saúde, o que garante e facilita o acesso e informação sobre os usuários cadastrados nesta unidade.

Acredito que esta estratégia de unidades básicas de saúde é uma boa opção, sobretudo para aquelas pessoas que moram afastadas dos hospitais e que não tem muitos recursos tanto financeiros, como psicológicos para ir à busca de melhor qualidade de vida e saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 04/12/2014

No município de Passo Fundo, RS o Sistema de Saúde conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com Equipes de Saúde da Família e 15 UBSs tradicionais, 03 hospitais, 01 pronto clínica e 01 Instituto de Ortopedia e Traumatologia, para uma população de 200.000 habitantes, mas não contamos com disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), mas sim com atenção especializada e de serviço hospitalar onde são recebidos os usuários encaminhados das UBSs.

Além disso, contamos também com a disponibilidade de exames complementares que podem ser feitos em algumas unidades que têm locais adaptados para esta atividade ou nos hospitais do município. A unidade de saúde José Alexandre Záchia está localizada numa zona urbana da periferia da cidade, dispõe de completo vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e existe vínculo com as instituições de ensino, já que na unidade recebe os estudantes de medicina e enfermagem.

A ESF José Alexandre Záchia conta com duas equipes (equipe I e equipe II), sendo uma delas composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas agentes de saúde, uma digitadora e uma auxiliar de limpeza, mas no momento não existe dentista, a unidade encontra-se a espera de um. O horário de trabalho começa às 8 horas até 12 horas com uma hora de almoço, logo se reinicia a partir das 13:00 horas da tarde até as 17:00 horas para um total de 32 horas de trabalho e 8 horas para a realização da especialização.

A unidade de ESF foi construída para ser uma unidade de saúde que tivesse todas as condições estruturais que favorecem o bom desenvolvimento do trabalho, conta com todas as salas necessárias para as duas equipes, tem uma recepção, uma farmácia, uma sala de observação, uma sala de espera, duas salas de reuniões, uma sala de aula, duas salas de esterilização, dois banheiros para o pessoal da unidade, um banheiro para os usuários, dois consultórios odontológicos, dois consultórios médicos, cozinha, sala de almoxarifado, sala de vacinação, duas salas de curativos, mas não contamos com uma sala de coleta de exames laboratoriais, só se usa um local adaptado para esta função, a mesma foi feita para que tivessem acesso para todos os usuários, até aqueles com alguma deficiência, ou seja, sem barreiras arquitetônicas.

O trabalho nesta unidade de Passo Fundo é bom e cumpre com os objetivos pelos quais foi desenvolvida, são realizadas atividades de grupo para a população de risco, tais como: gestantes, idosos, tabagistas, usuários com doenças crônicas, adolescentes, além de atividade de promoção da saúde bucal, estilos de vida saudáveis e outras. Realiza-se pesquisa ativa de todos estes grupos de riscos, assim como recebem atendimento em consulta a domicílio se for necessário. Não são realizadas pequenas cirurgias, já que o município conta com as salas de emergência nos hospitais.

Na área adstrita existe uma população de 6.341 habitantes, a qual é atendida por duas equipes de saúde, nota-se que a falta de dentista tem dificultado o trabalho, visto que uma pessoa realiza o trabalho das duas equipes, mas toda a população não deixa de ser atendida por esta causa.

Todos os usuários que chegam à unidade são atendidos pelas auxiliares administrativas, que orientam sobre qual vai ser o próximo passo e, é assim para todos incluindo os casos de demanda espontânea, neste processo participa toda a equipe de saúde, se for necessário, segundo a demanda do usuário. Na unidade não tem excesso de demanda espontânea justifica-se porque na unidade trabalha-se com duas equipes.

No serviço as ações que são realizadas para saúde das crianças são: puericultura, atenção à saúde bucal, vacinação e atendimentos dos problemas agudos. Temos na área um total de 59 crianças menores de um ano demonstrando 78% da cobertura, segundo dados do caderno de ações programáticas (CAP) atendidas pelas duas equipes. Em um primeiro momento os profissionais não contavam com um registro específico para as crianças nem se fazia monitoramento das ações, mas como estratégia já temos um registro de todas as crianças que mantêm um seguimento na unidade para, assim, ter um melhor controle de quantos são atendidos e com que frequência vão a consulta.

Ainda temos dificuldades para conseguir que as mães levem seus filhos a consulta para uma avaliação da saúde bucal, só 27 crianças têm avaliação pelo profissional de odontologia, mas fazemos as atividades de orientações a todas as mães, esta ação é realizada na unidade sobre temas como: aleitamento materno, saúde bucal, doenças mais frequentes durante este período, a importância das vacinas entre outros temas que podem ajudar a criar consciência do quanto é importante para este grupo especial. Também durante as consultas de puericultura vários destes temas são abordados para aquelas mães que por um motivo ou outro não conseguem participar das atividades, principalmente, porque ainda temos pendente criar o grupo de menores de um ano para conseguir melhorar a consciência sobre todos estes temas.

Quanto ao pré-natal, nesta unidade os profissionais de saúde fazem o seguimento de acordo com o protocolo, mas não contavam com registro específico das gestantes, nem faziam monitoramento das ações, mas já temos um registro não

oficial, onde são anotadas todas as informações necessárias e todos os dados de importância para manter um ótimo seguimento.

Todas as semanas são realizadas atividades no grupo de gestantes onde são discutidos temas como os fatores de riscos que mais afetam a este grupo especial, também todas são orientadas sobre estilos de vida saudáveis durante a gestação. Na unidade não se conta com obstetra para a avaliação das gestantes, se for necessário elas têm que procurar em outros centros de referência, mas temos boa comunicação e as usuárias recebem o atendimento necessário.

Temos problemas para conseguir que as usuárias assistam às consultas de avaliação da saúde bucal, além das atividades realizadas no centro de promoção. Neste momento recebem atendimento 34 gestantes, atendimento que é realizado pelas duas equipes de saúde representando um percentual estimado de 36% da população da área de abrangência, segundo o CAP. Também foram atendidas na unidade nos últimos 12 meses 67 mulheres na consulta de puerpério atingindo 88%, segundo o caderno de ações programáticas, muito importante para melhorar o controle da natalidade.

O programa de prevenção do câncer de colo de útero está bem organizado, sendo avaliadas 866 (100%) mulheres compreendidas nessa faixa etária e 753 (87%) com exame citopatológico em dia, os profissionais seguem o protocolo de atendimento e contam com um registro específico onde são registradas todas as mulheres em seguimento e todas as candidatas para próximos exames preventivos. Neste programa as usuárias são bastante disciplinadas e cumprem com as orientações oferecidas pelo profissional, também são realizadas atividades de promoção de saúde para este grupo de risco, mas ainda temos dificuldades com algumas que não comparecem as consultas programadas por causa do trabalho, na maioria das vezes.

É importante destacar que a equipe tomou como estratégia garantir o atendimento dessas mulheres segundo as necessidades que elas apresentam para alcançar o objetivo que é ter a totalidade das mulheres deste grupo com o exame citopatológico em dia. Também realizamos atividades em função de ampliar os conhecimentos das mulheres sobre o que é câncer de colo de útero e de como preveni-lo, assim como, da importância desse exame.

Igualmente acontece com a prevenção do câncer de mama, sendo avaliadas também 231 (100%), sendo que com mamografia em dia temos 201 (87%) usuárias,

mas neste programa, na unidade, não se conta com registro específico das usuárias, entretanto seguimos o protocolo para todas as mulheres que estão neste grupo especial. Dessa forma elas recebem as orientações e os exames necessários para detecção desta doença, também temos no município dificuldade com a resolutividade das mamografias, não por falta do recurso, mas sim porque demora muito para as mulheres terem os resultados dos exames, às vezes, esta é a causa do mau acompanhamento deste grupo de risco, já que muitas trabalham e outras ficam desanimadas, mas temos trabalhado muito, incrementando as atividades de grupo na unidade para conseguir arrecadar todas aquelas que não continuaram o seguimento, por meio das visitas domiciliares convidando-as para consulta.

Ainda podemos destacar a atenção prestada aos usuários com doenças crônicas como a Hipertensão e Diabetes Mellitus, estes indivíduos são uns dos grupos que mais visitam a unidade, existe registro dos usuários e também se segue um protocolo para o atendimento dos mesmos, também existe o programa HIPERDIA para o cadastro dos hipertensos que permite maior controle dos casos.

Para esta ação programática são atendidos na unidade 957 usuários com hipertensão, sendo 67% do estimado. Conta-se com atividades grupais para este público, nas quais se oferecem orientações de como levar estilos de vida saudável, sobre a prática de exercícios físicos e a sua importância para o controle do peso corporal e o estresse. Além disso, ainda temos casos que não assistem as consultas programadas, mas todos são orientados nas consultas, além de receberem seus medicamentos e realizar os exames necessários mantendo um seguimento adequado.

Também temos grupo de tabagista para todos os usuários com HAS e DM que têm o hábito de fumar que é realizado todas as semanas, sendo que também recebem tratamento para controle do mesmo. Igualmente para o seguimento dos usuários com diabetes mellitus é realizada toda a orientação necessária, assim como todos aqueles usuários insulino dependentes têm acesso ao glicômetro para a medição dos níveis de glicemia. Na unidade atende-se 126 usuários com esta doença atingindo 31% de cobertura, segundo o CAP.

Os usuários têm acesso a todas as consultas especializadas, mas se queixam da demora em conseguir marcar a consulta, apesar de sempre procurarmos oferecer todos os recursos e as orientações para eles e, assim evitar encaminhamentos que desanimem ao usuário.

Quanto à atenção à saúde do idoso, na unidade contamos com um grupo de 351 idosos (41%), os quais participam das atividades que são oferecidas, mas não contamos com um registro específico para seu cadastro. Adverte-se que do total de usuários registrados, todos participam no grupo realizado para oferecer orientações. Ressalva-se que todos os profissionais seguem o protocolo de atendimento para os idosos, assim como há a participação de toda a equipe de saúde para garantir um bom seguimento, temos dificuldades com a participação dos idosos nas atividades de grupo, mas estamos trabalhando para conseguir uma maior assistência, alguns deles recebem atenção especial, já que não conseguem ir à unidade por deficiência físico-motora e são visitados nas suas casas com uma frequência periódica.

Quanto à saúde bucal temos muitas dificuldades para o seguimento, principalmente porque minha equipe não tem dentista neste momento, são atendidos os usuários, mas não com a frequência estabelecida, mas nem por isso todos os usuários, sobretudo aqueles dos grupos especiais, deixam de receber as orientações precisas, do quanto é importante manter uma saúde bucal ótima, tanto nas consultas de seguimento, como nos grupos e atividades realizadas na unidade. É importante destacar que também insistimos aos usuários para que assistam as consultas programadas, dessa forma se tem certeza que as estatísticas vão aumentar logo que se tenha um dentista na equipe, que assuma o atendimento dos nossos usuários.

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

Fazendo uma comparação com o texto inicial feito na semana de ambientação consegue-se ter uma visão mais ampla da situação da minha população da área da abrangência, como por exemplo: o total da população, o número de usuários que pertencem a cada grupo tratado neste relatório, saber com quais recursos se conta a unidade e os serviços que oferece para o atendimento dos usuários. Além de que todos os membros da equipe participam na elaboração de planos úteis, para melhorar o trabalho com os usuários, no princípio percebe-se que foi valorizado o que estava funcionando, mas agora se pode dizer que se dá mais valor a como está sendo desenvolvido o trabalho e o que se pode fazer para melhorá-lo.

Por meio deste relatório, percebem-se os conhecimentos sobre a população e sobre o trabalho que deve ser feito para garantir um bom atendimento e conseguir resultados satisfatórios, também para melhorar as dificuldades encontradas no caminho, com a participação de toda equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. Em combinação com o diabetes representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. O Diabetes Mellitus, também muito comum, é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, sendo estas duas doenças mais frequentes entre pessoas idosas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). A ação programática do projeto de intervenção será voltada aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes, tema importante em qualquer um dos contextos da atenção primária à saúde, porque são duas doenças muito frequentes nas comunidades. Além disso, é importante manter um controle de todas as pessoas diagnosticadas com essas doenças.

A ESF José Alexandre Záchia conta com duas equipes (equipe I e equipe II), sendo uma delas composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas agentes de saúde, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de limpeza, mas no momento não existe dentista, a unidade encontra-se a espera de um. O horário de trabalho começa às 8 horas até 12 horas com uma hora de almoço, logo se reinicia a partir das 13:00 horas da tarde até as 17:00 horas, sendo que a médica realiza um total de 32 horas de trabalho e 8 horas para a realização da especialização. A unidade de ESF foi construída para ser uma unidade de saúde que tem todas as condições estruturais que favorecem o bom desenvolvimento do trabalho, conta com todas as salas necessárias para as duas equipes, tem uma recepção, uma farmácia, uma sala de observação, uma sala de espera, duas salas de reuniões, uma sala de aula, duas salas de esterilização, dois banheiros para o pessoal da unidade, um banheiro para os usuários, dois consultórios odontológicos, dois consultórios médicos, cozinha, sala de almoxarifado, sala de vacinação, duas salas de curativos, mas não contamos com uma sala de coleta de exames

laboratoriais, só se usa um local adaptado para esta função, a mesma foi feita para que tivessem acesso todos os usuários, até aqueles com alguma deficiência, ou seja, sem barreiras arquitetônicas.

Na área adstrita existe uma população de 6.341 habitantes, a qual é atendida por duas equipes de saúde, nota-se que a falta de dentista tem dificultado o trabalho, visto que uma pessoa realiza o trabalho das duas equipes, mas toda a população não deixa de ser atendida por esta causa. A estimativa do caderno de ações programáticas é de 1.418 pessoas com hipertensão e 405 pessoas com diabetes, residentes na área de abrangência. Mas, são acompanhados na unidade de ESF 957 (67%) usuários com hipertensão e 126 (31%) usuários com diabetes, todos são atendidos em consultas médicas e recebem também os medicamentos pela farmácia da unidade, assim como, tem acesso a todas as atividades de grupo que são feitas. Mas, apresentamos dificuldades, como a pouca adesão às consultas programadas, geralmente, é porque alguns deles trabalham.

Todavia, nota-se a importância da intervenção, pois temos conseguido atingir apenas 67% das pessoas com hipertensão da área e 31% das pessoas com diabetes. Com o objetivo de conseguir que todos os usuários da área de abrangência tenham a atenção, segundo o estabelecido, assim como garantia da participação da maioria nos grupos da unidade. E, se for preciso, criar outros que deem maior atenção a estes usuários, esperamos com a intervenção conseguir todos os objetivos propostos para um melhor controle e prevenção das complicações destas doenças.

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 da ESF José Alexander Záchia, Passo Fundo/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 80% de pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 50% de pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes .

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% de pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% de pessoas com diabetes.

Meta 2.3. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com diabetes 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% das pessoas hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% das com pessoas hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes 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% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

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

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 16 semanas (04 meses) na área da equipe da ESF José Alexander Záchia, Passo Fundo/RS. Participarão da intervenção todos os 1.418 hipertensos e 405 diabéticos da área. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos usuários na planilha de coleta de dados (Anexo B) será feito no momento da consulta, a qual servirá para realizar o monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo C).

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Dessa forma, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção, contemplando todas as metas e indicadores propostos para a atenção à saúde do usuário com doença crônica (HAS e DM).

Eixo de monitoramento e avaliação

Será realizado o monitoramento e avaliação do número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa por meio da verificação diária de todos os casos pelas agentes comunitárias de saúde (ACSs), isso ocorrerá através de visitas domiciliares e através do livro de registro de visitas domiciliares. A partir desses dados será preenchida uma ficha específica de cada usuário do

programa pela técnica de enfermagem e ACS da equipe, após quinzenalmente será avaliado pela equipe nas reuniões.

Será realizado o monitoramento da realização de exame clínico dos usuários através da revisão dos prontuários clínicos preenchidos pelo médico, técnicas de enfermagem e enfermeira da unidade, semanalmente e supervisionado pela enfermeira. Além disso, será realizado o monitoramento do número dos usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada através da revisão dos prontuários clínicos preenchidos pelo médico da unidade, supervisionado pela enfermeira, com uma frequência semanal.

É importante destacar que a unidade conta com farmácia, o que facilita o monitoramento, verificando se as pessoas com hipertensão e/ou diabetes têm acesso aos medicamentos necessários para controle das doenças, com supervisão ao menos duas vezes por mês da farmacêutica para ver o registro dos usuários que estão sendo beneficiados.

Todos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes atendidos em consulta, seja no consultório ou na casa serão monitorados quanto a realização do exame da cavidade bucal, garantindo uma visão de quantos necessitam de atendimento, sendo que este será priorizado, através do estabelecimento de 03 consultas semanais pelo dentista da unidade. Ainda será controlado por meio dos prontuários o número das consultas programadas aos usuários por ano, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS). Em caso de falta de consultas, os ACSs irão comunicar o usuário e realizar o novo agendamento da consulta.

Serão revisados todos os registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, verificando sua qualidade, isso será feito semanalmente, sob supervisão da enfermeira ou do médico. Ainda, por meio dos prontuários será verificado se durante a consulta foi realizada estratificação de risco desses usuários, verificando quantos faltam, após será entregue uma listagem dos que não tem esse instrumento de avaliação e será chamado para a consulta, para sua realização.

Outro ponto importante que deverá ser verificado é que todos usuários com hipertensão e/ou diabetes sejam orientados durante as palestras oferecidas na unidade sobre uma alimentação saudável, isto será supervisionado pela enfermeira, médico ou outro profissional de saúde. Por estes mesmos profissionais serão monitorados os registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes verificando se

todos foram orientados durante as palestras oferecidas na unidade sobre atividade física regular.

Ainda, através da ficha que será utilizada será realizado o monitoramento da orientação de todos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que receberão orientações sobre os riscos do tabagismo, oferecidas pela equipe de saúde durante as visitas domiciliares, consultas e nas atividades do grupo HIPERDIA, semanalmente, sendo supervisionado pela enfermeira. Assim como para as ações de orientação sobre a importância de manter uma boa higiene bucal.

Eixo de organização e gestão do serviço

Para garantir a organização e gestão do serviço depois de feito o cadastro dos usuários, se passará essa informação para a enfermeira e a médica da unidade, que registrarão no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) da unidade. Preenchendo assim a planilha de coleta de dados. Outro ponto que será garantido é o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Em reunião de equipe se definirá o que cada membro da equipe vai fazer no exame físico dos usuários e demais funções durante a intervenção. Ainda será aproveitado este momento para organizar por dia e horário todas as capacitações de acordo com os protocolos que vão ser necessários durante a realização do projeto. Deixando a disposição versão atualizada do protocolo, impressa, na unidade de saúde.

Para garantir que os exames sejam realizados, segundo o preconizado, será acordado com a secretaria de saúde a realização de exames mensais para aos usuários. Além disso, será pactuada com a própria equipe da unidade a organização de um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na unidade. Com ajuda do prontuário clínico poderemos verificar quais são os medicamentos mais usados pelos nossos usuários e em parceria com a farmácia pedir esses que são mais frequentemente usados, prevendo o tratamento adequado para cada usuário.

Com relação à ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes será organizado uma agenda de saúde para a realização do atendimento dos usuários provenientes da

avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Essa avaliação será realizada através de atividades com a comunidade, fora do horário de trabalho, onde se incluirá o exame físico da boca para os que não puderem ser avaliados em consulta.

Será organizado um sistema de visitas domiciliares para buscar os faltosos, sendo que através do monitoramento a equipe saberá o número de usuários que não assistiram as consultas programadas. Após será passada a listagem aos ACSs que farão visitas para conseguir atingir o mais rápido possível todos os usuários do HIPERDIA.

Outro fator importante que está previsto é a organização de uma agenda para acolher aos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares. Sempre será garantido um lugar para todos aqueles usuários provenientes da busca ativa. Para gestão das informações será utilizado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que deverá ser mantido atualizado, sempre que a equipe atenda ao usuário.

Ainda será implantada a ficha de acompanhamento, na qual todos os envolvidos nos atendimentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes deverão preencher em cada atendimento. Na reunião de equipe, será elencado um responsável para supervisionar o registro diário das informações.

Será estabelecido que todos os registros que estiverem com 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, serão marcados com fita adesiva verde, para que assim a equipe consiga visualizar de forma imediata a situação de risco e realizar os encaminhamentos cabíveis a todos os usuários necessitados.

O atendimento será priorizado aos usuários do programa e que apresentarem problemas agudos, desse modo se manterá a unidade sempre aberta durante o horário de trabalho. Para que isso aconteça adequadamente, a enfermeira e as técnicas de enfermagem farão uma triagem, passando de imediato as pessoas que tem necessidade de atendimento.

Serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física e desestímulo ao uso de tabaco. Através de grupos na unidade, nos quais os usuários receberão orientação sobre como cuidar da alimentação, segundo a

doença que apresentam. Para essas atividades será estabelecido um cronograma, no qual se verificará semanalmente quem será o responsável pela atividade e qual tema será abordado.

Para que todas as ações aconteçam de forma adequada será realizada uma reunião com o gestor e demais instituições próximas da unidade, para garantir parcerias envolvendo educadores físicos nesta atividade, a qual será organizada pela enfermeira da unidade. Nesse mesmo momento, será solicitada a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" ao gestor municipal.

Eixo de engajamento público

Enquanto as agentes fazem o levantamento dos usuários para o programa irão informar a comunidade sobre a sua existência. Além disso, ficarão responsáveis por convidar a comunidade a participar das atividades semanais na unidade de ESF. Além disso, na unidade de saúde, será colocado no mural um informativo, para que fique visível a todos, as datas e horários das atividades.

Através da criação de grupos, também através das visitas domiciliares e das consultas será disponibilizada toda a informação aos usuários sobre os fatores de risco que podem desencadear doenças como Hipertensão e Diabetes, assim como os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, além da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente para os que já são portadores dessas doenças. Para que isso aconteça, teremos o apoio de toda a equipe, visto que em cada contato com o usuário serão abordadas essas informações.

Igualmente, serão orientados os usuários com HAS/DM e a comunidade em geral quando a necessidade de realização e da periodicidade de execução dos exames complementares. Ainda serão orientados sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Por meio de palestras e atividades de grupo toda a comunidade ou a grande parte dela será informada porque é importante assistir às consultas programadas pela equipe de saúde. Ainda serão fixados cartazes nos comércios do bairro para orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Durante as atividades de grupos de educação em saúde e para a comunidade se permitirá que os usuários expressem suas opiniões sobre estratégias de como resolver problemas como, por exemplo, a questão dos usuários faltosos às consultas. Esclarecendo também aos portadores de hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Além disso, será informado aos usuários com HAS/DM e a comunidade sobre seus direitos de ter acesso a toda a documentação de seus registros e a segunda via. Nota-se que a equipe se responsabilizará de que todos os usuários, durante as consultas tenham conhecimento sobre seu estado de saúde e dos riscos a que estão expostos, explicando em cada atendimento porque é importante o seguimento e cumprir com as orientações fornecidas pelo profissional de saúde.

Ainda será esclarecido aos usuários com HAS/DM, a comunidade e seus familiares quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis e como podem começar seu controle. Durante as visitas domiciliares organizadas pela equipe será oferecida informação aos usuários com HAS/DM e seus familiares sobre alimentação saudável para os indivíduos cadastrados no programa. Além de se falar sobre a importância da prática de atividade física regular e, também através das atividades realizadas na unidade, com a participação dos usuários e da comunidade, se explicará os benefícios da prática de atividade física regular.

Durante as visitas domiciliares, as consultas de atendimento e nas atividades de grupo, os usuários receberão a informação da existência de um tratamento para iniciar o abandono do tabagismo, assim como se explicará a importância da higiene bucal e os riscos que os usuários são expostos.

Eixo de qualificação da prática clínica

Para que todas as ações sejam executadas da forma mais completa possível é importante que toda a equipe de saúde seja capacitada para o preenchimento dos registros e de como as informações serão recolhidas. Para isso, será realizada na unidade, uma capacitação com todos os profissionais de saúde.

Serão realizadas aulas orientadas sobre quais são os dados e quais são as informações que devem ser levadas em conta para o cadastro e os objetivos para

atingir 80% das pessoas com hipertensão cadastrados e 50% das pessoas com diabetes. Fará parte da capacitação da equipe da unidade de saúde a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso correto do esfigmomanômetro, do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

A equipe receberá aulas com os elementos necessários para realizar um bom exame clínico, sendo que esta atividade vai ser na unidade de saúde sob supervisão da enfermeira. Igualmente, a equipe será capacitada para saber quais exames laboratoriais são indicados, segundo o protocolo adotado na unidade de saúde.

Outro tema que fará parte da capacitação são as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, dessa forma cada profissional de saúde saberá informar sobre isso. Além disso, com a ajuda da dentista a equipe passará por capacitação para a correta avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Através dessas aulas informaremos aos ACSs quantas consultas anuais terão os portadores de hipertensão e diabetes para que estes possam passar a informação adequada aos usuários. Ainda haverá um dia para discussão do preenchimento de todos os registros que vão ser utilizados durante a intervenção e para o seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes, assim como capacitar todos os profissionais que tem contato direto com o atendimento clínico do usuário sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Todos os profissionais receberão aulas sobre os aspectos mais importantes para realizar a estratificação de risco segundo o escore de lesões em órgãos alvo e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, para que assim possam explicar para os usuários e a comunidade durante as visitas domiciliares e atendimentos.

Também será abordado durante a capacitação às práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e seus benefícios, além do tema das metodologias de educação em saúde, como também atualização do tratamento de tabagistas e orientações sobre higiene bucal. Estas ações serão realizadas na unidade e supervisionadas pela enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão 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 à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número das pessoas com hipertensão 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 pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% das pessoas com diabetes 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 à pessoa com diabetes 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 pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% de pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% de pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% de pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% de pessoas com hipertensão.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão 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% de pessoas com diabetes.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% de pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde faltosas às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% de pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% de pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% de pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% de pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% de pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% de pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde utilizaremos os prontuários clínicos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A ficha usada na unidade não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal nem sobre exames clínicos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira irão utilizar uma ficha complementar, a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de Especialização à Distância da Universidade Federal de Pelotas (ANEXO C).

Estimamos alcançar com a intervenção todos os usuários com hipertensão e diabetes, os quais necessitarão do preenchimento das fichas-espelho que serão anexadas ao prontuário do usuário. Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A profissional localizará e, realizará o primeiro monitoramento anexado uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais pendentes, mediante os atendimentos clínicos.

Para realizar o monitoramento das ações serão necessárias aproximadamente 1.823 fichas-espelho e 1.823 cartões de vacinação, 01 livro de registro para hipertensão, 01 livro para diabetes, 01 livro de registro odontológico, 01 livro de registro das visitas domiciliares e 1.823 fichas do SIAB. Esse material será solicitado e providenciado pela secretaria de saúde em reunião que será realizada com o gestor pela médica da ESF, na primeira semana de intervenção.

O preenchimento dos prontuários e fichas de atendimento será realizado por todos os profissionais que tiverem contato com os usuários da ação programática (Enfermeira, Dentista, Médico, Técnicos, recepcionista e outros). A ficha do SIAB será preenchida pelo ACS e revisada pela Enfermeira. Os livros de registros e os cartões de vacinação serão preenchidos pela Técnica de Enfermagem. O andamento das atividades será discutido semanalmente na reunião da equipe.

Dessa forma, será necessário capacitar a equipe de saúde para que a partir da detecção de novo usuário com hipertensão e/ou diabetes todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A enfermeira será informada do usuário que foi recentemente diagnosticado e fará o cadastramento. A equipe de saúde deverá

estar capacitada para realizar o acolhimento adequado que será diário. A capacitação ocorrerá na primeira semana da intervenção e ao longo das reuniões de equipe tendo como responsável a médica.

O uso dos medicamentos, realização de exames e o acompanhamento serão revisados durante os acolhimentos e atendimentos clínicos. Os esfigmomanômetros da unidade deverão ser calibrados pelo INMETRO, semestralmente, para garantir um bom acompanhamento clínico.

Para garantir 100% dos registros do programa será necessário 01 livro de registros de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, o controle dos atendimentos clínicos dos que estão fora da periodicidade programada pelos Protocolos, os controles dos exames clínicos dos usuários diabéticos e hipertensos serão verificados através dele. O preenchimento será feito pelo ACS e revisado pela Enfermeira. Será solicitado na reunião com o gestor, pela médica, na primeira semana de intervenção. Assim como a solicitação do material adequado para aferir a pressão arterial e realização do hemoglicoteste.

Para garantir o atendimento odontológico será preciso 01 livro de registros de todos os usuários, 01 livro de registro de consultas odontológicas, os quais serão revisados pela odontóloga. Serão garantidos todos os instrumentos para as atividades fora da unidade de avaliação da saúde bucal, esta ação ficará sobre responsabilidade do dentista que providenciará junto a gestão escovas de dente, creme dental e fio dental, assim como material informativo sobre as principais doenças de ordem bucal para todos os 1.418 com hipertensão e 405 diabetes.

Para garantir que toda comunidade conheça a existência do programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes faremos grupos com a médica e a enfermeira mensalmente. Além disso, será confeccionado um banner com informações sobre HAS e DM na unidade de ESF na primeira semana, para isto precisaremos de cartolina e canetas. Será feita uma reunião, na qual a médica convidará as lideranças comunitárias para ajudá-la na identificação do local e como serão realizadas estas reuniões mensais.

Para realizar a capacitação dos ACSs para o cadastramento dos usuários de toda a área de abrangência serão planejadas aulas pela enfermeira da unidade e dadas pela mesma na unidade de saúde, em horário da tarde em duas horas. Para realizar esta ação será feita uma aula de uma hora no horário da tarde com toda a equipe de saúde para esclarecer dúvidas com relação aos procedimentos, esta

atividade será oferecida pela enfermeira ou médico da unidade na sala de reuniões. Para isso será necessário aparelho de multimídia que será fornecido pela secretaria para os dias que ocorrerão estas atividades.

Para garantir o cumprimento da periodicidade das consultas previstas precisamos do protocolo. Ainda nesse sentido, mas pensando na capacitação da equipe de saúde, sobre o correto preenchimento dos registros, quais devem ser preenchidos, quais itens e com que frequência será necessária. Além do multimídia, todos os modelos dos registros para serem preenchidos, canetas e pranchetas que serão fornecidas também pela secretaria. Para viabilizar as aulas serão utilizados temas pesquisados na internet em sites recomendados pelo Ministério da Saúde, artigos acadêmicos voltados para o Sistema Único de Saúde e a bibliografia presente na unidade.

Para realizar as ações de promoção de saúde voltadas a alimentação saudável, será necessária a participação de uma nutricionista. Será solicitada, por meio de um memorando enviado ao gestor, a enfermeira da unidade ficará responsável por essa solicitação. Para realizar a ação voltada à prática de atividade física, será necessária a participação de educadores físicos, será solicitado igualmente como para a nutricionista.

Todas as atividades serão feitas com ajuda de toda a equipe de saúde e com recursos que serão fornecidos pelo gestor de saúde do município, também serão utilizados outros tipos de materiais como: 100 lápis, 100 canetas, 05 computadores, 02 cadernos de anotações, 20 pacotes de folhas brancas, tudo isto será providenciado pela secretaria de saúde, assim como, o próprio recurso humano da unidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Quando começamos o nosso projeto de intervenção, sempre se pensou que iria dar certo, já que todos na unidade ficaram muito empolgados com a ideia de desenvolver essa atividade, na qual a participação de todos era fundamental, incluindo a comunidade. Tudo ocorreu conforme planejado, explicando que nosso projeto seria por um período de 16 semanas com ajuda de todos, mas devido ao período de férias foi necessário reduzir esse tempo, então a intervenção foi realizada no período de 12 semanas, por orientação do curso de especialização tendo em vista o cronograma da turma 8 da especialização.

Também foi necessário trabalhar com menos usuários dos que tínhamos previsto porque no primeiro momento se estava trabalhando com a estimativa de usuários das duas equipes (1.418 pessoas com hipertensão e 405 pessoas com diabetes), mas por orientação da orientadora e da chefia do grupo, tendo em vista uma preocupação da equipe de trabalho e, também por não contar com a colaboração do médico da outra equipe, por ter outras atividades, tive que fazer apenas com os dados da minha equipe. Sendo assim o levantamento obtido por meio da busca em prontuários clínicos e informação estatística na Secretaria de Saúde do município dos usuários realizado nos indicava um número de 212 pessoas com hipertensão e 78 pessoas com diabetes, sendo tudo informado, optou-se por realizar uma reunião para organizar todas as ações planejadas e designar quem seria responsável por cada uma delas, na reunião feita na nossa sala de reuniões da unidade em uma segunda-feira de tarde com uma duração de uma hora.

Aproveitando-se esse momento também se fez uma solicitação de todo o material necessário na intervenção que seria utilizado durante este tempo, tudo combinado com a gestora da secretaria de saúde, a qual deu resposta positiva ao

solicitado, que seria: material de papelaria, esfigmomanômetro, glicômetro, fitas para hemoglicoteste (HGT) e outros materiais, como material estéril para realização de algum procedimento que fosse necessário.

Como sempre nossa unidade abre suas portas as 8:00 horas da manhã para fechá-las as 17:00 horas com uma hora de intervalo para almoço. Nesse período realizamos atividades de acolhimento a todos os usuários da comunidade que procuram a unidade. Foi realizado o monitoramento e avaliação dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados pelo programa correspondentes a nossa área de abrangência, tarefa desenvolvida pelas nossas agentes comunitárias de saúde por meio das visitas domiciliares realizadas todos os dias de segunda a sexta-feira, elas também preencheram as fichas específicas de cada usuário, em conjunto com nossas técnicas de enfermagem, atividade que foi supervisionada pela enfermeira da unidade, sendo cadastrados até o momento 158 usuários com hipertensão, 74,5% dos usuários que se pensou cadastrar, devido a necessidade de reduzir o tempo da nossa intervenção e 58 (74,4%) com diabetes, todos recebendo atenção médica segundo o preconizado pelo ministério de saúde. Alguns deles (15 com hipertensão e 03 com diabetes) tiveram que ser buscados (100%) por faltar à consulta programada, mas sendo em menor proporção.

Foi realizado exame clínico em todos os usuários atendidos em consultas e nas visitas domiciliares, o mais completo possível, levando em conta cada usuário em particular, incluindo a indicação de exames laboratoriais correspondentes aos usuários com estas doenças crônicas, sendo que esse propósito tem participação das agentes de saúde, enfermeira, técnicas de enfermagem e a médica, neste caso eu. Todos estes dados foram colocados nos prontuários clínicos e supervisionados pela enfermeira da unidade, com uma frequência semanal e discutido nas reuniões da equipe, realizadas na unidade.

Também por meio da revisão dos prontuários clínicos se verificou o exame da cavidade bucal de 100% dos usuários com o posterior agendamento da consulta com dentista, os quais receberam orientação sobre a importância de manter uma saúde bucal ótima para manter controladas suas respectivas doenças. Além disso, também receberam orientação de que foram garantidas três consultas por semana pelo nosso dentista, ficou previsto reavaliar todos esses usuários nas próximas consultas.

Foi realizada a estratificação de risco a 100% dos usuários atendidos e colocado nos prontuários clínicos, de grande importância para o seguimento de cada um deles. Como já sabemos a minha unidade tem farmácia, muito importante para os nossos usuários, já que facilita o acesso de todos eles aos medicamentos para controle de suas doenças, pela revisão que foi feita pela enfermeira e pela médica da unidade até agora todos os usuários atendidos recebem medicamentos fornecidos pela farmácia da unidade, incluindo também as fitas para aqueles insulínodépendentes, por isso não é necessário a supervisão duas vezes por mês da farmacêutica, já que essa informação foi garantida pela enfermeira para economizar tempo, só uma vez por mês, no horário da tarde que a farmácia fica mais calma, sendo realizada em três oportunidades.

Temos que dizer que não faltou a supervisão bem detalhada de todos os registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para melhorar o controle da nossa intervenção, sendo semanalmente por nossa enfermeira ou por mim (médica). Também no preenchimento das fichas de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos ficou registrado tudo sobre as orientações oferecidas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde, sobre a importância de uma alimentação saudável, atividade física regular, risco do tabagismo e sobre manter uma boa higiene bucal, orientações oferecidas durante as consultas, visitas domiciliares e palestras, foram feitas duas atividades de grupo com participação de toda equipe de saúde e da comunidade, incluindo os nossos usuários participantes do projeto. Desta forma ficaram registrados todos os usuários cadastrados (100%), nestes três meses cada um deles com fichas de acompanhamento que foram arquivadas na unidade.

Foram realizadas três atividades de grupo, que incluía a participação de todos, tanto o pessoal de saúde, como a comunidade, tratando temas de importância do grupo em estudo, assim como, para suas famílias. Discutimos sobre a importância de um tratamento regular e das melhores opções de tratamento, fatores de risco, estilos de vida saudável, também sobre o tratamento para aqueles que são tabagistas, já que na nossa farmácia encontra-se este medicamento. Estas três atividades foram realizadas no horário das 14:00 horas na sexta-feira, com prévio aviso a toda a população e prévia informação ao nosso gestor.

Com relação ao cadastro dos usuários e obtenção dos dados foram preenchidos os registros do programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes

(HIPERDIA) em 100%, também essa informação serviu para preencher a planilha de coleta de dados, que é o documento que recolhe a informação para logo ser enviada para o curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família. Garantiu-se todo o material necessário para medir pressão arterial e glicemia (esfigmomanômetro, balanças, fitas métricas, fitas para HGT, glicômetro e outros), tudo previamente coordenado com a secretaria de saúde, que garantiu todo o material que faltava ou arrumou o que tinha solução, assim como, se imprimiu o protocolo atualizado, tudo supervisionado pela enfermeira da unidade. Todas estas questões eram discutidas na reunião da equipe, realizada no horário da tarde, com uma duração de uma hora, na sala de reuniões, presidida pela enfermeira da unidade.

Foi criado um registro com os medicamentos mais usados pelos usuários com ajuda da farmacêutica, para garantir um melhor trabalho nosso e levar em conta quais medicamentos eram mais usados por nossos usuários, supervisionados uma vez por mês, foi combinado em conjunto com o dentista da unidade para que se agendassem consultas para aqueles usuários que precisassem de atendimento, três vezes por semana, no horário da tarde. Também foi marcada a busca ativa dos faltosos a consulta por meio de visitas domiciliares que são feitas todos os dias por qualquer membro da equipe, totalizando 15 usuários faltosos as consultas, os quais foram agendados para novas consultas com prévio consentimento deles.

A equipe está feliz por conseguir reagendar e garantir o cumprimento do nosso objetivo, em um primeiro momento esta atividade era feita pelas nossas agentes comunitárias, mas depois do dia 23/06/15 a unidade ficou só com uma agente de saúde por problemas de contrato com a prefeitura e se reorganizou as visitas para serem feitas por todos e resolver aquela dificuldade que apareceu, até agora está dando certo, sendo anotados todos os usuários numa agenda criada só para isso e assim ter controle do número de buscas ativas feitas por mês. Outra mudança na nossa unidade é o prontuário eletrônico, o e-SUS, o que vai facilitar a chegada da informação da produção da ESF ao Ministério de Saúde.

Durante a intervenção, as informações do SIAB foram atualizadas sempre que terminavam de ser atendidos os usuários, ou seja, todos os dias, sob a supervisão da enfermeira da unidade. Temos problemas com internet na unidade, mas se informou na secretaria de saúde e estão trabalhando para solucionar o problema. Todos os computadores foram trocados por funcionários da prefeitura enviados para isso.

É importante destacar que sempre que algum profissional atendeu um usuário, preencheu a ficha de acompanhamento, ação supervisionada pela enfermeira e pela médica. Aproveitou-se também para discutir nas reuniões da equipe, dando-se prioridade aqueles usuários com atraso nas consultas, com exames complementares sem realizar, sem avaliação de comprometimento de órgãos alvos, sem realização de estratificação de risco, para isto se combinou marcar todos os usuários com uma fita verde, coisa que deu certo! Porque desse jeito ninguém se esqueceu de tomar uma conduta com esses usuários o mais rápido possível.

Todos os usuários incluídos no grupo com problemas agudos foram atendidos com prioridade na unidade ainda antes de começar a nossa intervenção, sendo avaliados e se fosse necessário e possível realizava-se encaminhamento, mas destaca-se que desde o começo do projeto ninguém foi encaminhado por apresentar um quadro clínico grave. Foram feitas atividades de grupo para incentivar ao usuário a ter estilos de vida saudáveis. Na comunidade tem uma academia e durante as consultas, visitas domiciliares e mesmo nessa atividade os usuários hipertensos e diabéticos são convidados a assistir e praticar atividade física regular, explicando sua importância.

Nossa farmácia conta com a bupropiona indicada a todos aqueles usuários com vontade de deixar de fumar, nem todos ficam contentes, mas alguns deles já começaram o tratamento. Também contamos com consulta de nutrição, sendo agendada consulta para todos aqueles que estejam obesos ou tenham um sistema de alimentação questionável, estas consultas são terça e quarta-feira de tarde na mesma unidade, a nutricionista ficou de acordo conosco de participar ativamente nesse projeto e eu feliz de poder contar com todos. Infelizmente não temos instituições que fiquem perto da unidade com que a gente possa contar para fazer parceria, mas igualmente sempre são brindadas todas as orientações necessárias, tentamos fazer contato com aquela academia que falei antes, mas nada ficou claro, portanto só falta insistir nos nossos usuários para que pratiquem exercício físico.

Foi acordado que durante todas as consultas, visitas domiciliares e encontros de grupo ou atividades feitas na comunidade os usuários fossem orientados sobre tudo o que pode afetar ou agravar sua doença, os fatores de risco mais frequentes que poderiam desencadear estas doenças, a importância de manter um seguimento regular segundo orientações médicas e a periodicidade das consultas,

informando também que têm acesso aos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA e as diferentes alternativas de tratamento. Foram colocados cartazes sobre saúde bucal, alimentos saudáveis e a importância de erradicar o cigarro e da prática de atividade física regular, sobretudo nesses usuários portadores de hipertensão e diabetes, sendo 100% deles orientados em todos esses temas.

Todos os usuários e também grande parte da comunidade durante atividade de grupo ficou sabendo das alternativas que a equipe de saúde acordou para todos aqueles usuários faltosos as consultas e como recuperar elas, também foram informados da atualização de seus documentos e das segundas vias destes, importantes para o cadastro no sistema de todos eles. Foram informados também sobre a existência de um tratamento para abandono do tabagismo e que eles podem adquirir o medicamento na mesma unidade, tanto é assim que já alguns deles estão em tratamento.

Para que todas estas atividades fossem feitas da forma mais correta possível, todos os profissionais da equipe foram capacitados na primeira semana e no transcurso da prática diária, porque a cada dia se aprende um pouco mais, sobre como fazer o cadastro com as informações corretas para atingir 80% dos usuários com hipertensão e 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência, que neste caso só foi 74,5% e 74,4%, respectivamente. Foram lembradas as técnicas corretas de medir a pressão arterial e hemoglicoteste, também como atingir um bom exame clínico e quais exames laboratoriais devem ter feitos segundo o preconizado pelo protocolo adotado na unidade, estas aulas foram de curta duração, porque só tivemos que fazer ênfase no preenchimento dos registros porque o resto era só lembrar.

Aproveitou-se a reunião da equipe para começar com algumas orientações e mais dois momentos de discussão com mais de uma hora de duração no horário da tarde. O nosso dentista numa dessas ocasiões explicou o necessário para avaliar e decidir quando um usuário precisa de atendimento odontológico, também se capacitou sobre a frequência das consultas agendadas anualmente. Foram capacitados também para orientar a população durante as visitas domiciliares e as consultas médicas sobre as práticas saudáveis de alimentação, prática de atividades físicas regulares e seus benefícios, assim como o tratamento para usuários tabagistas informando que na unidade contamos com o medicamento necessário

para eles serem tratados e que seriam feitas atividades de grupo durante o transcurso da intervenção com a participação de toda a equipe de saúde e da comunidade, sempre com prévio aviso de todo o pessoal, todas estas atividades foram supervisionadas pela nossa enfermeira, contando com apoio de todos.

Foi muito importante ter conseguido alcançar as nossas metas com qualidade, pelo menos até onde conseguimos chegar, dando nosso agradecimento a todos aqueles que ajudaram para que esta atividade fosse possível a todos os usuários envolvidos na ação programática.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante o desenvolvimento da nossa intervenção a equipe passou por problemas, já que o número de agentes comunitárias de saúde foi reduzido ficando apenas uma. Tudo isto atrapalhou o desenvolvimento de algumas ações como: o cadastramento dos usuários participantes do nosso projeto, a busca ativa dos faltosos a consulta; também tivemos mudanças na equipe já que alguns foram substituídos por outros, tivemos que capacitar o pessoal novo que consentiu em participar de nossa atividade, mas tudo isso não impediu que fosse concluída nossa intervenção, conseguindo alcançar as metas propostas durante o tempo previsto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades durante a coleta de dados da intervenção, tudo ocorreu conforme planejado. Mas, é importante ressaltar que os resultados obtidos não foram os previstos, já que foi planejada para acontecer durante 16 semanas e foram só 12 semanas por decisão da universidade, mas mesmo assim nesse tempo conseguimos os nossos objetivos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção continua na rotina da unidade, destacamos o atendimento dos usuários com o nosso dentista, segundo foi planejado durante a intervenção, já que deu certo esse nosso plano, assim como, o plano de busca ativa para usuários

faltosos a consulta e as atividades de grupo com participação da comunidade, pelo menos uma vez a cada dois meses para não sobrecarregar o trabalho da unidade e da equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada durante 12 semanas dos meses de maio, junho e julho. Foi realizado o monitoramento e avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos que foram levantados pelo programa correspondentes a nossa área de abrangência, tarefa desenvolvida pelas nossas agentes comunitárias de saúde por meio das visitas domiciliares realizadas todos os dias de segunda a sexta-feira. As agentes também preencheram fichas específicas de cada usuário, em conjunto com as técnicas de enfermagem, atividade que foi supervisionada pela enfermeira da unidade, sendo cadastrados até o momento 158 usuários com hipertensão, 74,5% dos usuários que se estimou cadastrar e 58 (74,4%) com diabetes, em 12 semanas de trabalho.

É muito importante destacar nesse momento que os dados apresentados no relatório de intervenção sobre a cobertura que se tinha unidade não fazem parte de nossa realidade na atenção prestada a esses usuários, pois com a proposta da intervenção a ideia era iniciar o programa de atenção aos usuários hipertensão e diabetes do zero, já que a atenção era deficitária se levássemos em consideração os parâmetros do Ministério da Saúde. Outro ponto fundamental de considerar é que foi necessário trabalhar com menos usuários do que tínhamos previsto porque no primeiro momento se estava trabalhando com os usuários das duas equipes (1.418 com hipertensão e 405 com diabetes), mas por orientação da orientadora e da chefia do grupo, considerando as preocupações da equipe e também por não contar com a colaboração do médico da outra equipe, por ter outras atividades, tive que fazer a intervenção com os usuários apenas da minha equipe (212 com hipertensão e 78

com diabetes). A seguir apresentam-se os resultados de acordo com os objetivos e metas:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês foram cadastrados 51 (24,1%) usuários com hipertensão e 19 (24,4%) usuários com diabetes já no segundo mês chegaram-se a 50% (106) das pessoas com hipertensão e 48,7% (38) com diabetes. Todos receberam atenção médica segundo o preconizado pelo ministério de saúde. Foram cadastrados 158 (74,5%) usuários com hipertensão e 58 (74,4%) com diabetes, em 12 semanas de trabalho como mostra a figura a seguir.

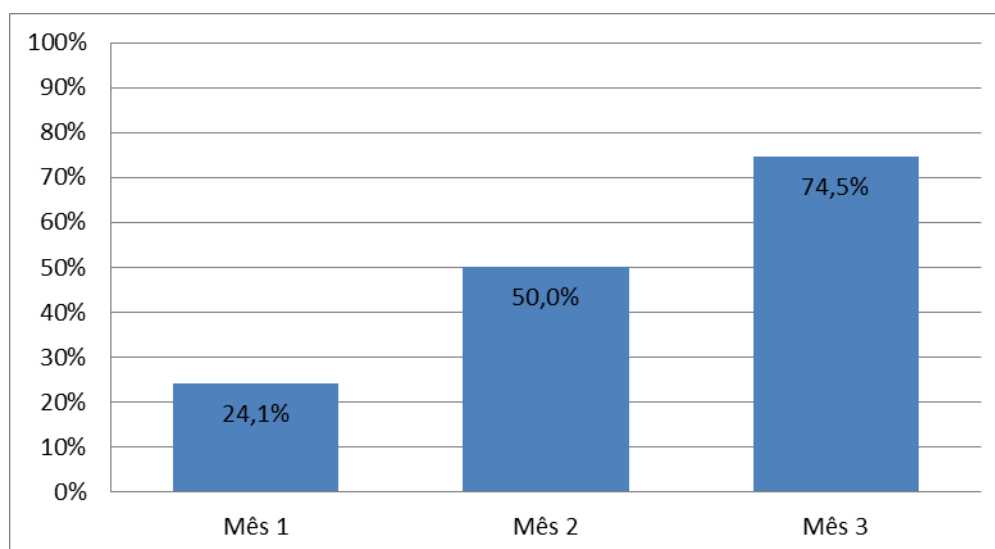


Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.

Para atingir a nossa meta foi necessário ajuda de toda nossa equipe, que sempre concordou em participar de nosso projeto, o que facilitou todo esse trabalho, mas tivemos dificuldades para cumprir com o que foi planejado, já que por

orientações do curso o tempo da intervenção foi reduzido para 12 semanas, mas isto não impediu fazer o trabalho previsto, conseguindo chegar até 158 usuários (74,5%).

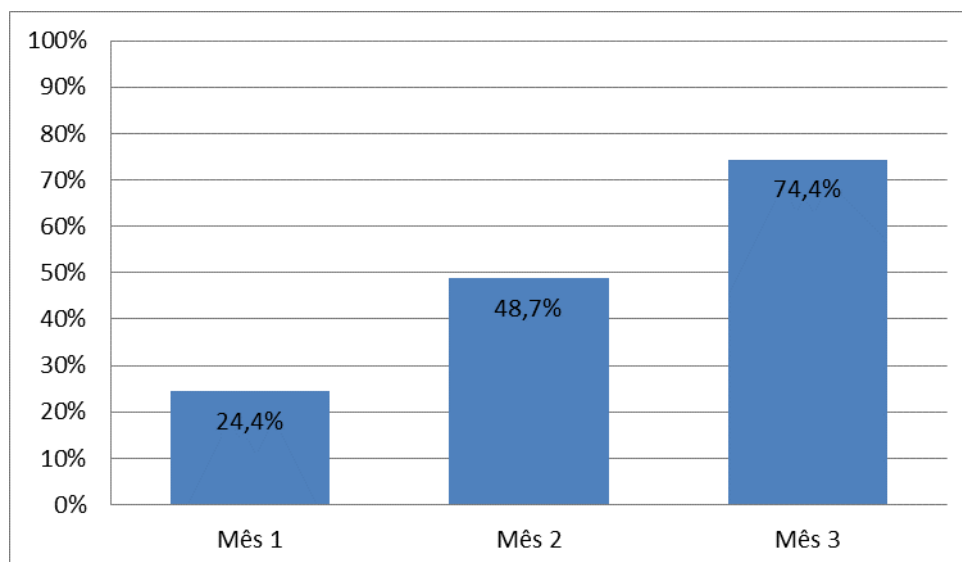


Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.

Para esse indicador aconteceu da mesma forma como expliquei anteriormente foi graças à colaboração da equipe toda que conseguimos trabalhar e atingir esta meta.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com diabetes 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% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Foi realizado exame clínico a todos os usuários atendidos 158 usuários com hipertensão e 58 com diabetes (100%) em consultas e nas visitas domiciliares, 51 com hipertensão e 19 com diabetes no mês 1, 106 com hipertensão e 38 diabetes no mês 2 e 158 com hipertensão e 58 com diabetes no mês 3, o mais completo possível, levando em conta cada usuário em particular, incluindo a indicação de exames laboratoriais correspondentes aos usuários com estas doenças crônicas, sendo que esse propósito tem participação das agentes de saúde, enfermeira, técnicas de enfermagem e a médica. Todos estes dados foram colocados nos prontuários clínicos e supervisionados pela enfermeira da unidade, com uma frequência semanal e discutido nas reuniões da equipe, realizadas na unidade.

Como a minha unidade tem farmácia, muito importante para os nossos usuários, já que facilita o acesso de todos aos medicamentos para controle de suas doenças, pela revisão que foi feita pela enfermeira e pela médica da unidade até agora todos os usuários atendidos receberam prescrição da farmácia popular/HIPERDIA, 51 com hipertensão e 19 com diabetes no mês 1, 106 com hipertensão e 38 com diabetes no mês 2 e 158 com hipertensão e 58 com diabetes no mês 3 recebem medicamentos fornecidos pela farmácia da unidade, incluindo também as fitas para os que são insulínos dependentes.

Por meio da revisão dos prontuários clínicos se verificou o exame da cavidade bucal de 100% dos usuários, 51 com hipertensão e 19 com diabetes no mês 1, 106 com hipertensão e 38 com diabetes no mês 2 e 158 com hipertensão e 58 com diabetes no mês 3, com o posterior agendamento da consulta com dentista, os quais receberam orientação sobre a importância de manter uma saúde bucal ótima para manter controladas suas respectivas doenças.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

O total de 15 usuários com hipertensão e 03 com diabetes (100%) receberam busca ativa por faltar à consulta programada, utilizando como ferramenta de trabalho as visitas domiciliares uma vez por semana. Sendo que foram 08 usuários com hipertensão no primeiro mês, 12 no segundo mês e 15 no terceiro mês. Já para os usuários com diabetes foram 03 no primeiro mês, mantendo-se os mesmos 03 ao longo do segundo e terceiro mês de intervenção. Destaca-se que como a planilha é cumulativa, então os mesmos 03 usuários do primeiro mês que mantiveram o indicador em 100% durante os meses da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

O registro da ficha de acompanhamento de um dos usuários hipertensos, no primeiro mês não foi realizado representando 98% mas foi resolvido, segundo foi avançando nossa intervenção. Ao final da intervenção, 100% dos usuários com hipertensão estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento. E durante os três meses da intervenção, todos (100%) os usuários com diabetes estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

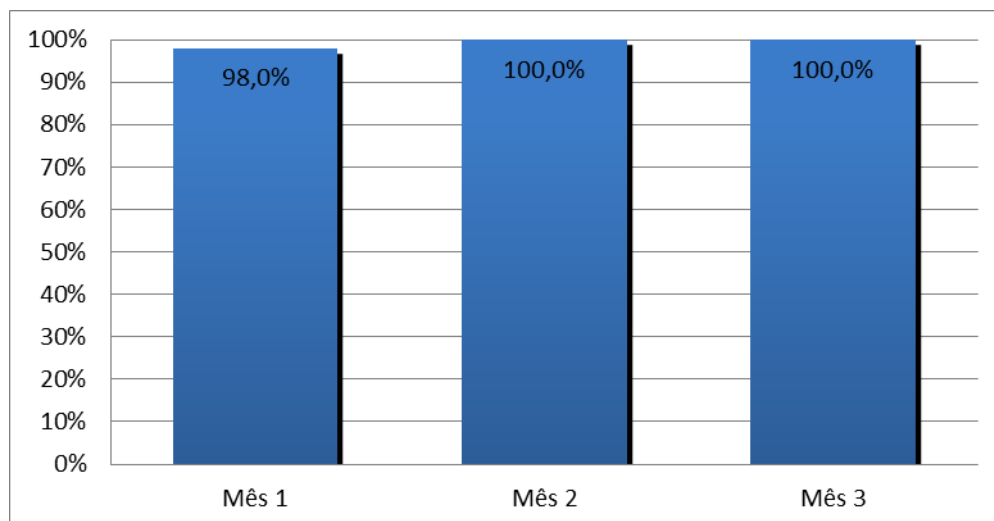


Figura 3: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.

Também no preenchimento das fichas de atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes ficou registrado tudo sobre as orientações oferecidas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde sobre a importância de uma alimentação saudável, atividade física regular, risco do tabagismo e sobre manter uma boa higiene bucal, orientações oferecidas durante as consultas, visitas domiciliares e palestras.

Contribuindo para realização dessas ações tivemos duas atividades de grupo com participação de toda equipe de saúde e da comunidade, incluindo os nossos usuários participantes do projeto. Desta forma ficaram registrados todos os usuários cadastrados (100%) nestes três meses, cada um deles com fichas de acompanhamento que foram arquivadas na unidade.

Objetivo 5. Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das com pessoas diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Foi realizada a estratificação de risco dos usuários atendidos e colocado nos prontuários clínicos, faltando no primeiro mês 04 usuários com hipertensão, assim

atingindo 92,2% e 02 usuários com diabetes, atingindo o indicador de 89,5%, já que neste mês tivemos algumas dificuldades com os membros da equipe porque alguns deles foram trocados e foi necessário capacitar os membros novos, mas não impediu continuar e alcançar os nossos objetivos. Ao final da intervenção, todos os usuários com hipertensão e diabetes, estavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

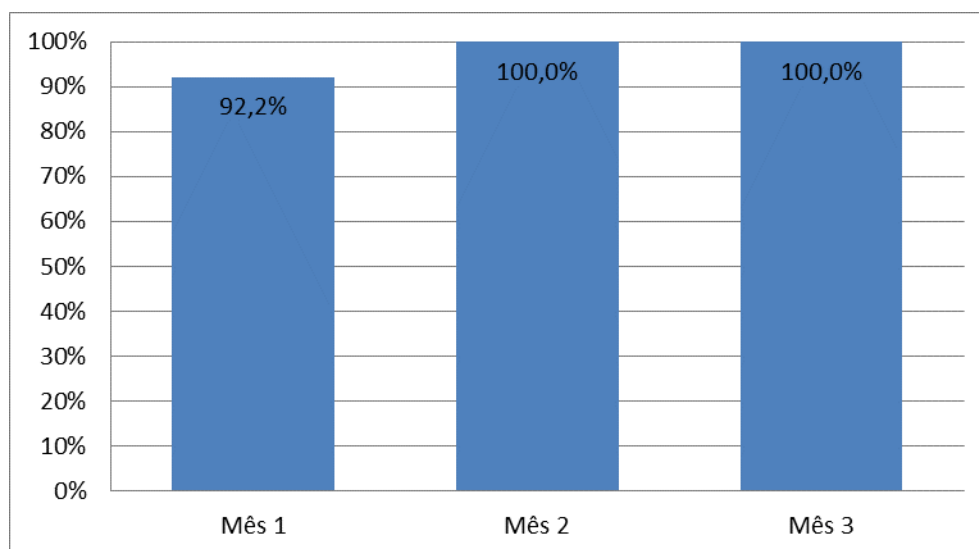


Figura 4: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.

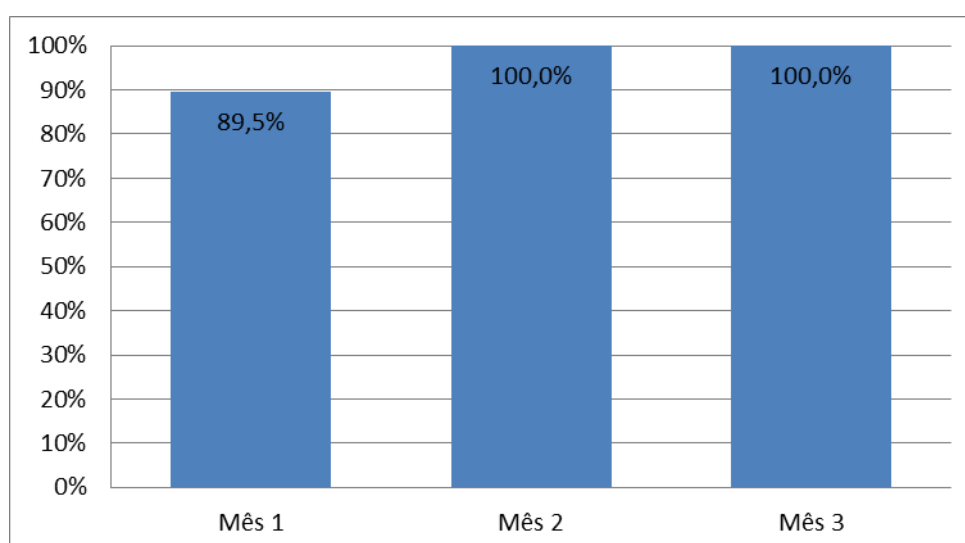


Figura 5: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.



Figura 6: Fotografia de realização de hemoglicoteste em usuário do programa. Unidade de Saúde da Família José Alexandre Záchia. Passo Fundo/RS, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

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

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

Durante todas as consultas, visitas domiciliares e encontros de grupo ou atividades feitas na comunidade os usuários foram orientados sobre tudo o que pode afetar ou agravar sua doença, os fatores de risco mais frequentes que poderiam desencadear estas doenças, a importância de manter um seguimento regular segundo orientações médicas e a periodicidade das consultas, informando também que têm acesso aos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA e as diferentes alternativas de tratamento. Foram colocados cartazes sobre saúde bucal, alimentos saudáveis, a importância de erradicar o cigarro e da prática de atividade física regular, com atenção maior para esses usuários portadores de Hipertensão e Diabetes, sendo 100% deles orientados em todos esses temas.

Com tudo isto se pode dizer que com a nossa intervenção conseguimos alcançar as metas traçadas, apesar de não ter realizado no tempo previsto, mas foram feitas todas as atividades.

4.2 Discussão

Durante as 12 semanas de intervenção, a equipe de saúde realizou uma tarefa de muita importância para a comunidade, para os serviços e também para mim como profissional, já que foi desenvolvido com êxito o nosso projeto de intervenção com um grupo muito especial da nossa população: usuários com hipertensão e/ou diabetes, que geralmente abarca grande parte de idosos.

Tudo isto serviu para obter um domínio maior sobre a quantidade de usuários com esse tipo de doenças, sendo cadastrados até o momento 158 usuários com hipertensão, 74,5% dos usuários que se pensou cadastrar, além desses foram acompanhados 58 (74,4%) com diabetes, apesar de não ter cadastrado todos os usuários, devido a necessidade de reduzir o tempo da nossa intervenção para 12 semanas, já que eram previstas 16 semanas, mas houve o período de minhas férias e a coordenação do curso orientou que se reduzisse o período da intervenção.

Conseguimos trabalhar com mais da metade da população alvo, conseguindo estratificar todos eles, assim como, avaliando a necessidade de atenção odontológica de 100% (158 com hipertensão e 58 diabetes), ainda receberam orientação geral sobre alimentação saudável, sobre os riscos do tabagismo, sobre a importância da prática de atividade física e de manter uma saúde bucal ótima. Além disso, se fez um controle de quantos usuários cadastrados eram beneficiados com os medicamentos fornecidos pela farmácia da unidade, com 100% dos usuários cadastrados incluídos nesse controle, todos estes indicadores avaliados serviram para que a comunidade ficasse com maior conhecimento sobre nosso sistema de trabalho e de como conviver com a doença que eles portam, assim como levar estilos de vida saudáveis.

Tudo isto foi possível por meio das informações oferecidas durante as consultas médicas, visitas domiciliares e nas atividades de grupo realizadas na unidade com a equipe de saúde e a comunidade, ferramenta que vai continuar sendo utilizada na nossa unidade, porque ficou comprovado que deu certo durante nosso projeto e a população ficou feliz.

Outro aspecto que deu certo e melhorou a produção da unidade de saúde foi o sistema de agendamento de consulta para o dentista para todos aqueles hipertensos e diabéticos que precisam desse tipo de atendimento. Outro indicador que foi cumprido com êxito foi a busca ativa dos faltosos a consulta, mas sempre foi feita na nossa unidade a busca ainda antes de começar a nossa intervenção e com certeza vai continuar sendo assim.

Acredita-se que com este nosso trabalho este programa ficou organizado no nosso serviço, isso vai garantir um melhor trabalho da equipe e deixar a nossa comunidade muito mais satisfeita e com certeza eu como profissional, fico feliz por ter participado ativamente nessa melhoria.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado (a) Gestor (a)

Entre os meses de maio e julho do ano de 2015, a equipe da ESF José Alexandre Záchia do município de Passo Fundo/RS teve sua atenção direcionada à melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus. Nas doze semanas de intervenção, houve atendimentos relacionados à atenção ao referido grupo seguindo o protocolo de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013).

O público-alvo foi composto por usuários pertencentes à área de abrangência da unidade de ESF a qual foi baseada em dados alcançados em levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde, já que não há um registro oficial do quantitativo de usuários pertencentes à mesma. Foram estimadas metas e ações alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

No âmbito da intervenção cada profissional, previamente capacitado e consciente de suas responsabilidades, empenhou-se com exatidão no cumprimento das mesmas. A auxiliar administrativa, na recepção, era responsável pelo acolhimento do usuário, pois este primeiro encontro é de vital importância para o atendimento posterior. A equipe de enfermagem foi encarregada da triagem em conjunto com os acadêmicos e corpo docente que atuam na unidade, contribuiu com a realização dos exames, entrega de resultados, divulgação da intervenção na sala de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde e divulgação da importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica

organizou sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pelas agentes comunitárias, enfermeira e médica, recuperando assim todos os atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, momento em que eram planejadas as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos.

No início da intervenção, estimamos 212 usuários com hipertensão e 78 com diabetes adstritos obtidos por meio da busca em prontuários clínicos e informação estatística na Secretaria de Saúde do município. Não foi possível trabalhar com o total da população, já que na unidade de saúde tivemos influência da redução das agentes comunitárias de saúde em nossa unidade, pois são fundamentais para a realização desta atividade. Pensou-se trabalhar no primeiro momento com 212 usuários com hipertensão com 20 anos ou mais e 78 com diabetes com 20 anos ou mais. Ao final das 12 semanas, o número absoluto de 158 usuários com hipertensão, residentes na área de abrangência e 58 usuários com diabetes procuraram o serviço para o atendimento, de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Para ambos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, conseguindo chegar a 74,5 % de usuários com hipertensão e 74,4 % de usuários com diabetes.

Foi realizada estratificação de riscos dos usuários com hipertensão e diabetes, mas tivemos dificuldades durante o primeiro mês faltando 04 (92,2%) usuários e 02 (89,5%) usuários, respectivamente, sem a estratificação. O mesmo aconteceu com o registro adequado da ficha de acompanhamento de um dos usuários com hipertensão que faltou representando 98% do total atendido nesse mês, dificuldade que foi causada pelas mudanças que tivemos na equipe durante esse período.

Os indicadores de qualidade da intervenção que foram passíveis de análise atingiram 100% quanto à proporção de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, o mesmo que com a proporção de usuários com exames clínicos e exames complementares em dia foi atingida 100%. Em relação à proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com atendimento odontológico foi realizada na unidade alcançando 100% de usuários avaliados.

No período compreendido da intervenção surgiram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas, já que com a chegada do novo pessoal, só tivemos que aprimorar a capacitação de todos eles e dar continuidade ao trabalho em curso.

Seguindo, tem-se a baixa adstrição da população, pois não contamos com todas as agentes comunitários, dificultando o acesso dos usuários às informações, ao agendamento das consultas e a manutenção do vínculo com a unidade, com uma população ativa e participativa, mas isto não impediu de chegar ao final e cumprir com nosso projeto.

Esperamos com um bom trabalho em equipe, manter a intervenção no cotidiano do serviço da ESF José Alexandre Záchia. Houve, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Apesar das limitações impostas que fogem da governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais bem como a ação da equipe são benéficas e complementam as melhorias na atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Ainda devemos destinar um foco maior a essas ações.

Durante o período da realização da intervenção, o apoio do gestor foi fundamental, já que por meio dele a equipe recebeu todo o material necessário para recolher a informação, assim como também ajudou com os cumprimentos das metas, fundamentalmente, para que todos os usuários participantes tivessem realizado os exames complementares em dia, garantindo a assistência do pessoal de laboratório na unidade nas datas marcadas, coisa bem difícil de conseguir hoje. Por isso precisamos ainda mais do apoio da gestão nas atividades realizadas, assim gostaríamos de poder contar com o poio de todos em atividades futuras na unidade.

Atenciosamente, ESF José Alexandre Záchia.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil, cerca de 17 milhões são portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais e esse número é ascendente com aparecimento cada vez mais precoce. Além disso, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ambos concentram altas taxas de mortalidade, sobretudo devido ao diagnóstico tardio.

Entende-se, portanto, que por serem doenças tão comuns e que matam, é importante a implantação de uma estratégia de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2.020. No Brasil são cerca de

seis milhões de portadores hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas nos próximos anos. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

A ESF José Alexandre Záchia conviveu nos últimos meses, de maio a julho, com a atenção destinada à atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. No transcurso de doze semanas, houve um aumento nos atendimentos médicos, na solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular. Do total de usuários como população pertencente à área de cobertura da unidade, após levantamento obtido por meio da busca em prontuários clínicos e informação estatística na Secretaria de Saúde do município chegou-se a conclusão de existirem na área de abrangência 212 com hipertensão e 78 com diabetes com 20 anos ou mais e a este grupo foi oferecido prioridade no agendamento para as consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, os registros e a organização do serviço.

Cada profissional da equipe desenvolveu o seu papel de forma a qualificar o atendimento. Assim, a secretária, na recepção, era responsável pelo acolhimento e marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agendamentos. Quando o usuário chegava à unidade era realizada a triagem pela enfermeira ou pelas técnicas de enfermagem seguidas pela realização de teste de glicose e verificação de sinais vitais, preenchimento parcial da ficha-espelho, verificação e entrega de resultados para posterior avaliação médica, cadastramento e divulgação da intervenção na sala de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde. A médica realizava o exame clínico, a revisão dos resultados e o seguimento da investigação com recomendação do tratamento adequado para cada usuário com hipertensão e/ou com diabetes. Todos os espaços e oportunidades foram aproveitados para divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Ao final das doze semanas no mês 1 realizamos atendimento a 51 (24,1%) usuários, no mês 2 106 (50%) e no mês 3 158 (74,5%) usuários com hipertensão, já no mês 1 19 (24,4%), mês 2 38 (48,7%) e mês 3 58 (74,4%) usuários com diabetes mellitus procuraram pelo atendimento médico na unidade, as quais foram avaliadas integralmente e cadastradas com preenchimento da ficha-espelho. A procura pelo

serviço foi crescendo mês a mês, demonstrando o interesse pelo cuidado à saúde de cada um. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular, pois todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados na ficha-espelho, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse a correta avaliação por meio do exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Nossa Equipe da ESF José Alexandre Záchia alcançou 100% na busca ativa dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus faltosos a consulta, na proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento apresentamos algumas dificuldades com um dos usuários, falha que se deveu por mudanças na equipe de saúde, o qual foi resolvido sem problemas, 100% na proporção de usuários hipertensos e diabéticos com orientações sobre a prática de atividade física regular, 100% na proporção de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre o risco do tabagismo, 100% na proporção de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Apesar das dificuldades encontradas ao longo da intervenção, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Em nenhum momento faltou material para o desenvolvimento das ações previstas para a intervenção. Os temas sobre saúde foram abordados na sala de espera da unidade com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. Tal medida ajudou para que a informação fosse propagada a grande parte da comunidade, sobretudo porque a unidade não possui agentes comunitários de saúde suficientes.

Fica decidido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF José Alexandre Záchia. Houve, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade foram benéficas e complementou o atendimento, garantindo melhorias na atenção a saúde do grupo acompanhado.

Convidamos a toda à comunidade para que continuem confiando no serviço desenvolvido pela unidade e que auxiliem na divulgação do trabalho que vem sendo

realizado para que possamos acompanhar de forma efetiva à todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

Atenciosamente, Equipe de saúde da Unidade José Alexandre Záchia/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar a intervenção para qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na unidade de ESF José Alexandre Záchia, a minha expectativa estava baseada em desejos de mudanças e de aumentar a qualidade da atenção à saúde da população alvo da ação. Além disso, também tinha o desejo de aumentar a minha qualificação profissional e os meus conhecimentos sobre saúde da família na comunidade. Pensamentos sobre como desenvolver atividades que gerassem informações capazes de promover o trabalho em equipe, a prevenção e monitoramento das situações de risco, o planejamento das ações em saúde bem como a avaliação das ações em saúde para a população hipertensa e/ou diabética fazia parte das minhas preocupações.

Afinal, as atividades que envolvem atenção às pessoas hipertensas e/ou diabéticas sempre merecem destaque no âmbito da saúde. São muitos os estudos que demonstram que, apesar de todo o enfoque dado, ainda há uma necessidade crescente em melhorar o trabalho das equipes de saúde para a identificação precoce, o controle e tratamento adequados destas doenças crônicas que são tão frequentes na população.

Ao longo das atividades, as dificuldades impostas sem alcance do poder de resolubilidade do profissional local da unidade, dificultaram o acesso dos usuários a algumas informações, retardaram as respostas à suas queixas quanto à demora de agendamentos relacionados principalmente à avaliação por outras especialidades. Isso, por sua vez promove o retardo do diagnóstico acarretando em algumas complicações e, o que obviamente, pode influenciar no prognóstico de alguns usuários com doenças crônicas.

Por diversas vezes, ao longo dos três meses, acreditei que as mudanças advindas com a intervenção não perpetuariam na rotina da unidade. Contudo, paulatinamente, os profissionais e a população foram se acostumando e se tornando cientes do enfoque dado à atenção adequada às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. E hoje, com muito prazer, posso dizer que as melhorias podem ser verificadas, permanecem e tendem a gerar resultados cada vez mais positivos.

Com o curso, pude enxergar a importância principal da Estratégia em Saúde da Família, a reestruturação da atenção primária centrada na família, cujo enfoque

está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes à saúde. No contexto do SUS, compreende-se a importância epidemiológica nas intervenções para promoção à saúde. Um trabalho estruturado em equipe, que busca humanizar as práticas na atenção primária e satisfazer o usuário por meio do relacionamento estreito entre os profissionais e a comunidade.

No curto período do curso e, mais ainda, no mínimo tempo disponível para realizar as atividades propostas, é notória a mudança da minha percepção quanto à saúde pública. Acredito que as coletas dos dados iniciais, o relato das experiências inicial e final, de modo comparativo, construíram minha nova visão sobre o SUS e sobre as atividades desenvolvidas em uma unidade de saúde. Em suma, significa que, a cada dia, torno-me uma agente capaz de cobrar das autoridades uma política de saúde mais humanizada e adequada, respeitando os limites e o poder de resolubilidade de cada profissional.

Concluo que existe uma longa via a ser percorrida e que a saúde pública deveria dar passos mais largos. Não obstante, está no caminho correto. Há possibilidades para construção de um sistema de saúde em que os trabalhadores e a população sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta da ESF.

Quase esqueci, mas não menos importante, de mencionar que sem ajuda de nossos tutores, a participação nas atividades prevista pelo curso como: casos clínicos, TQC e a interação de todos nos fóruns seria impossível para a realização deste trabalho, de tanta importância para a comunidade e também para mim como profissional, permitindo tratar temas tão frequentes entre as pessoas do mundo atual, sendo uma experiência que vou levar de lembrança da minha estada no Brasil.

Referências

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

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, 2013b. 128 p.

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HiperDia?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1														
2	2														
3	3														
4	4														
5	5														
6	6														
7	7														
8	8														
9	9														
10	10														
11	11														
12	12														
13	13														
14	14														
15	15														
16	16														
17	17														
18	18														
19	19														
20	20														
21	21														
22	22														
23	23														
24	24														
25	25														
26	26														
27	27														
28	28														
29	29														
30	30														

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

FRONTO

18:52 09/01/2015

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 ESF:

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