

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e Diabetes
Mellitus na USF Santo Antônio, Vitória/ES**

Lilian Bertanda Soares

Pelotas, 2014

Lilian Bertanda Soares

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus na USF Santo Antônio, Vitória/ES

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

Orientadora: Talita Helena Monteiro de Moura

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S676m Soares, Lilian Bertanda

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes mellitus na USF Santo Antônio, Vitória, ES / Lilian Bertanda Soares ; Talita Helena Monteiro de Moura, orientadora. — Pelotas, 2014.

66 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Moura, Talita Helena Monteiro de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Lilian Bertanda Soares

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e Diabetes
Mellitus na USF Santo Antônio, Vitória/ES**

Trabalho de conclusão de curso aprovado em 12 de agosto de 2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Talita Helena Monteiro de Moura

(Orientadora)

Banca Examinadora:

Banca 1: Prof^a Bárbara Heather Lutz

Banca 2: Prof^o Mateus Casanova dos Santos

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais Secundino e Maria Soares, que em tudo têm me apoiado desde o momento que decidi seguir esta carreira profissional tão desgastante e ao mesmo tempo gratificante, que é a Enfermagem, também, aos meus orientadores que colaboraram de forma ímpar para a realização deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de concluir mais uma etapa da minha vida.

À minha orientadora Talita Helena Monteiro de Moura, pelas inúmeras vezes que me direcionou na elaboração deste trabalho.

À minha família (Pai, Mãe, Sérgio, Leila e família) que em tudo me apoiou desde o início e à irmã do coração, Raquel, pela compreensão nos momentos difíceis, apoio e muito incentivo.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.” (Florence Nightingale)

Resumo

SOARES, Lilian Bertanda. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus na USF do Bairro Santo Antônio, Vitória/ES.** 2014. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Especialização em Saúde da Família Modalidade à Distância da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2014.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes *mellitus* são doenças com alta prevalência e que representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas. Entre elas, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira. O presente trabalho apresenta as atividades desenvolvidas no Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, modalidade à distância. A intervenção foi realizada no período de 21 de novembro de 2013 a 13 de Março de 2014, na Unidade de Saúde da Família do Bairro de Santo Antônio do município de Vitória/ES. Após realizada a análise situacional, identificou-se a necessidade de melhorar a atenção prestada aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes mellitus* e dessa forma ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e realizar promoção da saúde. Participaram das atividades 250 usuários hipertensos e 65 diabéticos, sendo que estes valores representam 80,9% dos hipertensos e 95,6% dos diabéticos residentes na área de cobertura da USF. Dentre os usuários que participaram da intervenção, 100% receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo, assim como 100% dos usuários tiveram exames clínicos e complementares em dia de acordo com o Protocolo, e também acesso aos medicamentos prescritos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. A equipe realizou o registro adequado na ficha de acompanhamento e foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram; a planilha de coleta de dados e o diário de campo. O cadastro foi realizado durante as consultas e ações desenvolvidas na USF e na comunidade. Após análise dos resultados identificou-se vários pontos positivos, como a adesão dos usuários ao tratamento e satisfação tanto dos usuários quanto dos participantes da equipe. Mediante a intervenção houve mudanças nas atividades da equipe, que passou a planejar as ações, efetuar os registros das atividades, realizar atividades educativas e preventivas. As ações realizadas durante a intervenção foram organizadas de acordo com os quatro eixos do curso, logo, esta organização facilitou a execução da ação programática de forma integral de forma que as ações foram incorporadas à rotina da equipe e continuou após o término da intervenção.

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

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde da Família, Bairro Santo Antônio - Vitória/ES, 2014.....	42
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde da Família, Bairro Santo Antônio - Vitória/ES, 2014.....	43
Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde da Família, Bairro Santo Antônio - Vitória/ES, 2014.....	44
Figura 4: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde da Família, Bairro Santo Antônio - Vitória/ES, 2014.....	47
Figura 5: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde da Família, Bairro Santo Antônio - Vitória/ES, 2014.....	47

Lista de abreviaturas/ siglas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APPI - Academia Popular da Pessoa Idosa
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CME – Centro Municipal de Especialidades
CRAI- Centro de Referência de Atenção ao Idoso
DST – Doença Sexualmente Transmissíveis
EaD – Educação a Distância
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GAT – Grupo de Apoio ao Tabagista
HIPERDIA– Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa corpórea
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
P.A. – Pressão Arterial
RN – Rio Grande do Norte
SOE - Serviços de Orientação ao Exercício
SUS – Sistema Único da Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPeI - Universidade Federal de Pelotas
UNASUS - Universidade Aberta do SUS
USF – Unidade Saúde da Família

Sumário

Apresentação

1	Análise Situacional	111
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 16/09/ 2013	111
1.2	Relatório da Análise Situacional em 02/10/ 2013	12
1.3	Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	177
2	Análise Estratégica – Projeto de intervenção	19
2.1	Justificativa	199
2.2	Objetivos e metas	20
2.2.1	Objetivo Geral	20
2.2.2	Objetivos específicos	200
2.2.3	Metas	21
2.3	Metodologia	23
2.3.1	Detalhamento das ações	233
2.3.2	Indicadores	277
2.3.3	Logística	322
2.3.4	Cronograma	355
3	Relatório da Intervenção	36
3.1	Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades	366
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades	388
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	399
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	40
4	Avaliação da Intervenção	42
4.1	Resultados	42
4.2	Discussão	48
4.3	Relatório da Intervenção para os Gestores	53
4.4	Relatório da Intervenção para Comunidade	566
5	Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem	58
	Bibliografia	60
	Anexos	
	Anexo A - Planilha de coleta de dados	
	Anexo B - Documento do Comitê de Ética	
	Anexo C - Ficha de Hiperdia da Rede Bem Estar	
	Anexo D - Fluxograma de atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes da equipe 04/ USF Santo Antônio	

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). O trabalho foi realizado por meio de uma intervenção na Unidade de Saúde da Família do Bairro de Santo Antônio, Vitória - ES cujo objetivo foi melhorar a atenção prestada aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes mellitus* levando a ampliação da cobertura do Programa Hiperdia, melhorar a qualidade do atendimento realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e realização de promoção da saúde.

O volume está constituído por cinco unidades independentes entre si, mas interligadas. A primeira é a análise situacional, desenvolvida na unidade I do curso em que foi realizado o diagnóstico da Unidade de Saúde da Família. A segunda é a análise estratégica, na qual foi construído o projeto de intervenção mediante a necessidade identificada na análise situacional. A terceira apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os resultados obtidos ao longo das 16 semanas. A quarta apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. A última parte do volume contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2013 e finalizou no mês de agosto 2014, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado. Após realizada a intervenção ficou evidenciado que uma forma organizada de trabalho implica em números de qualidade, como adesão do usuário ao tratamento, quantificação e melhoria das ações, credibilidade junto à equipe e à comunidade e satisfação dos integrantes em realizar a mudança.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde em que atuo comporta cinco equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF. Possui uma estrutura física antiga com mais de 40 anos de construção. Foi construída para funcionar como Unidade de Saúde supervisionada pelo Estado, então, é uma USF que não atende os padrões recomendados para a estrutura da UBS. Têm dois pavimentos, com escada e sem rampas, logo não oferta acessibilidade aos cadeirantes e deficientes. O número de salas para atendimento é deficitário porque não comporta todos os profissionais. O auditório, sala de reuniões, sanitários e outros ambientes, também apresentam irregularidades. Existe a necessidade de realizar a troca dos equipamentos como armários e mesas.

Os Recursos Humanos que a USF dispõe são necessários para atender as exigências da população compreende 01 coordenador, 06 enfermeiros da ESF e 01 enfermeiro sanitário, 03 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem, 05 médicos atendendo ESF, 01 médico clínico geral, 01 pediatra, 01 farmacêutico e 02 auxiliares de farmácia, 02 dentistas e 03 auxiliares de saúde bucal e 01 técnico de saúde bucal, 02 assistente social, 01 psicólogo, 01 fonoaudiólogo, 01 professor de educação física e 23 agentes comunitários de saúde. A Unidade é coordenada por um enfermeiro.

O processo de trabalho é baseado em ações de atendimento individual, em sua maioria, e por isso é falho em diversos aspectos relacionados à prestação da assistência e promoção da saúde. Percebo que ainda não foram implantados efetivamente alguns programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde, por exemplo, nós enfermeiros ainda não prestamos toda assistência dentro do atendimento, fazemos parte do trabalho, como no Hiperdia, mas, ainda não foram formados grupos de hipertensos e diabéticos, por isso é necessária a realização de mudanças, como a implantação de grupos para potencializar as ações e atividades voltadas aos usuários com hipertensão e diabetes. Estamos tentando implantar tais

programas na íntegra, estudando hipóteses e buscando adquirir conhecimentos, para organizar, por exemplo, o Grupo de Apoio ao Tabagista (GAT).

A relação com a comunidade é realizada com auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS), que possibilitam uma comunicação bem estreita, um bom relacionamento, um elo que aperfeiçoamos em cada visita domiciliar, por meio do atendimento na UBS e resolução das necessidades apresentadas pelos usuários que pertencem ao nosso território.

Estamos nos empenhando para ofertar ao nosso usuário uma assistência de enfermagem integral, procurando, através dessa especialização, melhorar a qualidade dos serviços, atuar de forma equânime e ofertar os serviços de saúde que supram as necessidades da população sob a responsabilidade da unidade de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Vitória situado no Estado do Espírito Santo possui uma população de 348.265 habitantes segundo dados disponibilizados pela Prefeitura com a divisão do município em oito regiões para centralizar as ações de saúde. Dentro das regiões foram divididas as unidades de saúde, cada uma responsável por uma área de abrangência mapeada através dos bairros com os demais serviços de apoio (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2013).

O Município conta hoje, nas 08 Regiões instituídas, com 29 Unidades Básicas de Saúde, possui 01 Casa de Acolhida Transitória, 01 Central de Ambulâncias, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, 01 Centro de Atenção psicossocial Infantil - CAPSi, 01 Centro de Controle de Zoonoses - CCZ, 02 Centros de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS-AD E 01 CAPSi - AD, 01 Centro de Referência de Atenção ao Idoso - CRAI, 01 Centro de Referência DST/AIDS, 01 Centro Municipal de Especialidades - CME, 01 Escola Técnica e de Formação do Profissional da Saúde, 01 Farmácia popular, 01 Laboratório Central Municipal, 02 Pronto Atendimento 24 horas, 01 Residência

Terapêutica, 16 Serviços de Orientação ao Exercício - SOE, 01 Vigilância Sanitária, 03 academias populares e 20 Academias Populares da pessoa Idosa - APPI.

A unidade que trabalho comporta a ESF com 05 equipes atuantes em uma área delimitada que abrange três bairros, denominada de USF Santo Antônio. Está situada em área urbana e possui todas as atividades financiadas pelo SUS e de responsabilidade da administração Municipal, apesar de ter sido construída pelo Estado e abrigar ainda alguns funcionários com vínculo estadual, para desempenho das atividades. Somos uma equipe de 01 coordenador, 06 enfermeiros da ESF e 01 enfermeiro sanitaria, 03 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem, 05 médicos atendendo ESF, 01 médico clínico geral, 01 pediatria, 01 farmacêutico e 02 auxiliares de farmácia, 02 dentistas e 03 auxiliares de saúde bucal e 01 técnico de saúde bucal, 02 assistente social, 01 psicólogo, 01 fonoaudiólogo, 01 professor de educação física e 23 agente comunitário de saúde.

A unidade foi construída aproximadamente há 40 anos pelo Estado. Por ser uma construção antiga, apresenta falhas quanto aos protocolos existentes relacionados à estrutura com a finalidade definida de uma Unidade de Saúde. É composta por dois pavimentos e não possui acesso com rampas ao segundo pavimento, as salas apresentam um tamanho reduzido, assim como os corredores e as salas improvisadas nos espaços livres.

A equipe em que atuo é composta por 01 enfermeiro, 01 médico, 04 ACS, 01 técnico de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem e tem assessoria dos demais profissionais atuantes na USF, como assistente social, dentista, dentre outros, que desenvolvem as ações no Bairro Bela Vista, local carente socioeconomicamente, com inúmeros riscos relacionados ao tráfico, ao abandono de crianças. É uma região dependente de cuidados gerais em saúde.

As melhorias que podem ser feitas em relação às falhas apresentadas consistem na organização dos processos de adesão da comunidade aos programas existentes, uma maior divulgação dos mesmos, desenvolvimento de ações relacionadas a real necessidade dos usuários, como rodas de conversas sobre transmissão de doenças infecciosas, higiene adequada, dentre outras. As mudanças necessárias envolvem a responsabilidade da gestão, por exemplo, estão relacionadas à estrutura da USF. Por enquanto, o que pode ser solicitado à gestão é a adequação do mobiliário e materiais para realizar as atividades.

As ações de enfermagem necessitam ser moldadas e melhoradas para atender as reais necessidades dos usuários da área, considerando os princípios do SUS; Universalidade e Equidade e observando os riscos sociais apresentados, como o forte controle do tráfico e abuso sexual entre menores, além das questões de higiene, tanto coletiva quanto a pessoal que se apresenta em qualidade deficitária.

A equipe em que atuo desenvolve suas atividades de acordo com os requisitos propostos pela legislação do Ministério da Saúde (MS) para uma equipe de ESF, atende os usuários cadastrados pelos ACS dentro de uma micro-área de trabalho e revisada periodicamente. Considera-se a adscrição da população da área, a equipe realiza orientação quanto aos serviços de saúde disponíveis, visita domiciliar e acompanhamento das famílias, integração da comunidade e equipes de saúde e atividades de cunho educativo.

A USF de Santo Antônio atende uma população adscrita de aproximadamente 14.825 pessoas, 4.558 famílias e dentre este grupo a equipe em que atuo se responsabiliza por 2.183 pessoas e 653 famílias. Observando a localização da área e após conhecer as dificuldades tanto de acesso quanto de segurança obtêm-se as peculiaridades e as barreiras no desenvolvimento das ações, como dificuldade de adesão aos programas existentes de Hiperdia, puericultura e até Pré-natal. A falta de organização das equipes traz como consequência à diminuição da qualidade da assistência, eficiência e agilidade das ações desenvolvidas, e também, demora na marcação de consulta, realização de exames e encaminhamentos para especialidades.

O acolhimento na USF é realizado primeiramente por um ACS de uma das equipes e encaminhado para a recepção, onde se encontram além das duas recepcionistas, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem, após a triagem os usuários são encaminhados para o atendimento médico, de enfermagem ou apenas direcionados para o setor de interesse. Os demais profissionais também acolhem os usuários, quando possível ou de acordo com a necessidade dos mesmos, tentando diminuir o tempo de resolução dos problemas apresentados pelos usuários, porém, a alta demanda interfere no atendimento e conseqüentemente na resolução dos problemas apresentados pela população que nos procura.

Em relação à Saúde da Criança, desde o pré-natal é realizado junto à mãe educação em saúde visando à realização de puericultura, tanto pelo enfermeiro

quanto pelo médico da família. Ao nascer é realizada uma visita domiciliar para a primeira avaliação, faz-se o exame físico, orientações gerais como amamentação, higiene, imunização e exames específicos, além das orientações que são ofertadas à puérpera.

Realizam-se na USF atividades de puericultura com o médico e o enfermeiro da área e conta-se com o auxílio de uma pediatra extra, atendendo as demandas existentes, com atendimento todos os dias da semana. É ofertada também aos usuários a avaliação de enfermagem, teste do pezinho e imunização, que tem funcionado de forma satisfatória, além da avaliação e tratamento odontológico. Constam nos registros disponibilizados no sistema da UBS 40 crianças menores de 01 ano cadastradas.

Sobre a atenção dispensada às gestantes, sabe-se que todas elas ao se cadastrarem no SISPRENATAL da USF são encaminhadas para atendimento com assistente social, ginecologistas e enfermeiros, que recomendam e acompanham ações como vacinação, testes rápidos e oferecem orientações específicas. As gestantes com risco são referenciadas para acompanhamento na especialidade.

O ACS é responsável por trazer as gestantes, explicar os fluxos, agendamento das consultas posteriores e avaliação das necessidades reais apresentadas pela mesma, embora já tenham com a próxima consulta agendada e orientações sobre a necessidade de continuarem o Pré-Natal, que é realizado tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico da família.

A qualidade da assistência prestada às gestantes na USF está dentro do padrão esperado, o que ainda falta é organizar os registros e trazer as gestantes da área de cobertura para a USF, principalmente no 1º trimestre, o que poderia ser feito com intensificação das atividades de Planejamento Familiar, um dos pontos necessários para desenvolvimento dentro da área. Encontram-se cadastradas na equipe 13 gestantes.

Ainda no que diz respeito à saúde da mulher, temos um grande quantitativo de mulheres que nos procuram para realização da prevenção do câncer de colo de útero - Citopatológico, mas, apenas a enfermeira da área pode fazer a coleta devido acordo pessoal com o médico da família que não coleta o exame, sendo encaminhadas para ginecologista as alterações encontradas. Foi necessário, organizar uma escala de atendimento em horário especial noturno para resolver as

dificuldades das mulheres que trabalham no período diurno, neste sentido, cumprimos as metas necessárias de atendimentos.

Todo registro dos procedimentos é feito em prontuário informatizado do usuário, e em um livro em que se registra o nome da usuária e a data em que fez o exame, apenas para checar o resultado e se apresentou alguma alteração. As usuárias com alteração são contactadas pela assistência social e passam por avaliação médica ou de enfermagem, faz-se com auxílio do ACS um controle mais eficaz das datas ou de mulheres em atraso ou até mesmo busca ativa. No momento da coleta do Preventivo é preenchida uma folha –SISCOLO- e esta é encaminhada para a Secretaria Municipal que arquiva e gera dados no sistema.

Como atividade de promoção à saúde para esta ação programática seria necessário aumentar a divulgação das ações realizadas na USF sobre o Câncer de mama como palestras e ações na comunidade, além das que já são realizadas. Precisa também, melhorar a forma de registros, que deveria ser mais abrangente, melhorar a orientação e divulgação dos serviços disponibilizados sobre Controle do Câncer de Colo de útero e Mama, que em parte já fazemos, como campanhas para realização do exame.

Analisando os programas de Hipertensão e Diabetes há 309 hipertensos e 68 diabéticos cadastrados na USF. São realizadas buscas ativa pelo ACS, situação que nos permite conhecer a realidade e identificar os possíveis hipertensos e diabéticos, e também realizar ações para melhoria das necessidades dos usuários. Os usuários cadastrados na USF passam por avaliação de enfermagem e clínica, são alocados nos grupos do Hiperdia e tem rotina de consulta trimestral ou semestral.

Existe a necessidade de criar na USF grupos com os usuários do Hiperdia, para intensificar as ações de educação em saúde, como também, atendimentos especializados, compartilhamento de experiências, dentre outros. O incentivo da participação dos usuários nesses grupos tem sido objetivo da equipe, assim como a realização de ações que promovam a corresponsabilização desses usuários. Também há necessidade de realizar registros mais fidedignos e eficientes na USF de todas as atividades. Sendo este um dos objetivos a ser concretizado com a realização da intervenção.

Quanto ao idoso, a USF possui o cadastro de 167 idosos, são realizados atendimentos na USF e em domicílio, de acordo com as necessidades apresentadas

como os acamados, os demais idosos são acompanhados por clínicos e referenciados para especialidade se existir uma necessidade. Ao idoso que nos procura são apresentadas todas as facilidades na marcação de consultas, orientação e realização de procedimentos, atendendo ao pressuposto existente no Manual do Idoso, existe na USF, também, Cadernetas de Saúde do Idoso que são distribuídas aos mesmos no ato do atendimento, assim como todos aqueles pertencentes ao Grupo Hiperdia, que significam a maioria. Como necessidade, podemos citar o conhecimento de nossos idosos e mantê-los cadastrados na USF, em acompanhamento e após isso, aplicar os programas de atendimento ao idoso, mais ênfase na distribuição e preenchimento da Caderneta do Idoso.

Através da realização de estudos aprofundados nesse período sobre Unidades de Saúde foi possível enxergar as necessidades e falhas que estamos apresentando como equipe promotora de saúde na comunidade. Nosso recurso maior está na vontade de aplicar as mudanças apresentadas pela equipe e contamos com uma estrutura bem montada que facilita a implantação de algumas.

Após a realização da análise situacional observa-se a necessidade de mudanças, como a formação de grupos de convivência para o Hiperdia, desenvolvimento de ações coletivas de puericultura, registros na ficha espelho das ações desenvolvidas, dentre outros.

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

A análise do primeiro texto escrito no início do curso e o segundo texto escrito após a análise situacional permitiu perceber que por meio da Análise Situacional foi possível conhecer a Unidade de Saúde da família em que atuo de forma clara e detalhar tanto os pontos positivos quanto aqueles que apresentam falhas.

É possível identificar em ambos que as condições estruturais estão deficitárias, sendo que no primeiro texto existe apenas o que é percebido por qualquer profissional ou usuário que entra na Unidade de saúde, sendo que no segundo texto houve um estudo direcionado com pontos que foram observados minuciosamente, que também levou a reforçar a impressão das deficiências apresentadas.

Percebe-se também que através na análise situacional é possível identificar aspectos organizacionais, demonstrados no segundo texto, como a falta de planejamento nas ações do Hiperdia e registros adequados para todas as ações realizadas na USF.

Conhecendo melhor a USF, sabe-se que necessitaria de uma equipe maior para contemplar todos os usuários adscritos no território e que são atendidos pelas 5 equipes atuantes, principalmente no que tange a odontologia, que não consegue atender de forma eficiente toda a população que solicita.

Portanto, comparando o relatório de análise situacional com o texto realizado na Semana de Ambientação percebe-se que as melhorias que precisam ser implantadas são bem maiores e estão relacionadas ao funcionamento da USF do que com a estrutura física, sabendo-se que as mudanças na estrutura são mais difíceis de serem realizadas.

As falhas estão claras, e o que precisamos nos dedicar mais em relação à assistência, para aumentar a qualidade e eficiência da mesma para com a comunidade.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial e o *Diabetes mellitus* são doenças com alta prevalência e representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas. Entre elas, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira (SECRETARIA DE SAÚDE, 2006).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por grande taxa de morbimortalidade na maioria dos países, sendo que a doença arterial coronária e o acidente vascular encefálico correspondem a 80% dos óbitos, tornando necessária adoção de medidas preventivas primárias e secundárias efetivas (SIMÃO, 2002).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é o fator de risco mais importante para as doenças cardiovasculares, que possui ainda como fatores de risco, a idade, o sexo, o tabagismo, as dislipidemias, o *Diabetes mellitus*, o sedentarismo, a obesidade mórbida e a história familiar prematura. A hipertensão arterial é causadora de 80% das mortes por acidente vascular encefálico, 40% dos óbitos por doença coronariana e por si só, é responsável por cerca de 5% dos óbitos (SIMÃO, 2002).

O número de usuários hipertensos e diabéticos atendidos pela equipe em que atuo totaliza 309 hipertensos e 68 diabéticos, sendo estes valores condizentes com os relatórios enviados a Secretaria Municipal de Saúde. Embora seja uma quantidade relativamente alta em comparação ao total de usuários que a equipe atende, alguns detalhamentos e registro das ações ainda se encontram falhos, o que leva a necessidade de investir na proposta de intervenção e buscar melhorar a qualidade das ações desenvolvidas.

A USF de Santo Antônio, comporta a ESF com 05 equipes atuantes em uma área delimitada que abrange 3 bairros, é situada em área urbana e possui todas as atividades financiadas pelo SUS e de responsabilidade da administração Municipal, apesar de ter sido construída pelo Estado e abrigar ainda alguns funcionários com vínculo no Estado para desempenho das atividades. Somos uma equipe constituída

de 01 coordenador, 06 enfermeiros da ESF e 01 enfermeiro sanitарista, 03 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem, 05 médicos atendendo ESF, 01 médico clínico geral, 01 pediatria, 01 farmacêutico e 02 auxiliares de farmácia, 02 dentistas e 03 auxiliares de saúde bucal e 01 técnico de saúde bucal, 02 assistente social, 01 psicólogo, 01 fonoaudiólogo, 01 professor de educação física e 23 agente comunitário de saúde.

A equipe em que atuo é composta por 01 enfermeiro, 01 médico, 04 ACS, 01 técnico de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem e tem assessoria dos demais profissionais atuantes na USF, como assistente social, dentista, dentre outros. Embora a equipe da USF apresente bom empenho em desenvolver as ações preconizadas pelo MS relacionadas aos usuários diabéticos e hipertensos, ainda enfrenta algumas limitações relacionadas à dificuldade de estabelecer o vínculo com a comunidade para desconstruir algumas práticas que não promovem saúde e incentivar a busca do tratamento.

A aplicação da intervenção no atendimento aos usuários que contemplam tais patologias crônicas se torna necessária para aumentar a qualidade das ações ofertadas à população, além de melhorar a adesão do usuário ao programa e constituir uma promoção à saúde efetiva.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes mellitus*.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;

2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Realizar promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

3.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

3.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

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

- 3.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- 3.5 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 3.6 Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

- 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para Doença Cardiovascular.

- 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na USF na unidade de saúde;

Metas relativas ao objetivo 6: Promoção da Saúde.

- 6.1 Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos;
- 6.2 Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos;
- 6.3 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
- 6.4 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
- 6.5 Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos;
- 6.6 Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos;

6.7 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

6.8 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de Saúde da Família do Bairro Santo Antônio do município de Vitória/ES. Participarão da intervenção os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados da área da equipe 05 da Unidade de Saúde da Família. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36–Diabetes mellitus e no Caderno de Atenção Básica nº 37–Hipertensão (BRASIL, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas mediante a intervenção. O cadastro dos usuários portadores de hipertensão e diabetes na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta na Unidade de Saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações:

As ações a serem desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Espera-se envolver todas as ações relevantes para ação programática escolhida e contemplar todas as metas e indicadores propostos pelo curso.

Monitoramento e Avaliação

A enfermeira da equipe, o médico, os técnicos de enfermagem e os ACS realizarão o cadastro de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos através do

preenchimento da ficha de Hiperdia disponibilizada na Rede Bem Estar quando o usuário estiver na Unidade de Saúde sendo atendido no grupo de Hiperdia ou para atendimento individualizado, de modo que serão avaliados os dados necessários, como as medidas antropométricas, glicose, pressão arterial e outros. Os mesmos funcionários que realizarem os procedimentos realizarão os registros das ações no prontuário individual informatizado, o que facilita a entrada de dados, a avaliação e a análise, sendo que caberá aos ACS a busca desses usuários na comunidade.

Será realizada pelos técnicos de enfermagem uma rotina e avaliação do estado funcional dos equipamentos utilizados durante a intervenção na Unidade de Saúde e nas palestras e ações na Unidade de Saúde, como os esfigmomanômetros, glicosímetros, balanças, fitas métricas, dentre outros. A equipe composta por técnicos e auxiliares de enfermagem será orientada pela enfermeira da equipe, sobre as mudanças relacionadas ao Hiperdia, sobre os registros das ações a serem realizados no prontuário a cada vinda do usuário à USF e a disponibilidade de acesso aos prontuários.

A enfermeira e o médico organizarão um fluxograma baseado nos Manuais disponibilizados pelo MS dos exames necessários ao usuário do Hiperdia, visando aplicá-lo em cada consulta clínica, no processo de avaliação, registro das ações e no acompanhamento da periodicidade das consultas de enfermagem.

Será realizado pela enfermeira um levantamento com a farmácia das principais medicações em falta e a quantidade necessária para suprir a demanda e repassar para a informação à secretaria de saúde, a meta é garantir ao usuário 100% das medicações prescritas presentes na Farmácia da USF ou da Farmácia Popular.

O médico aplicará um Fluxograma de Atendimento ao usuário com Diabetes e Hipertensão em suas consultas visando à quantificação do risco cardiovascular, pretendendo realizar estratificação do risco cardiovascular de 100% dos usuários do Hiperdia.

Será encaminhado pela enfermeira e/ou pelo médico para consulta odontológica na USF 100% dos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes cadastrados no Grupo de Hiperdia e 100% dos mesmos receberão orientações de avaliação nutricional sobre alimentação saudável e prática de atividade física, focalizada em ações e consultas individuais, assim como orientações sobre os riscos que o tabagismo pode causar.

Organização e Gestão do Serviço

Neste eixo, o enfermeiro, médico, os técnicos de enfermagem e os ACS realizarão o cadastro específico na USF para hipertensos e diabéticos, por meio da Rede Bem Estar com o preenchimento da ficha de Hiperdia disponível na primeira vez que o usuário comparecer na USF para participar das ações planejadas, grupo de Hiperdia ou atendimento individualizado.

Será criado pela enfermeira e pelo médico, baseado nos Manuais disponíveis no MS, um protocolo dos exames de rotina necessários para avaliação do usuário hipertenso e diabético que será emitido durante consultas médicas ou de enfermagem. O fluxograma de atendimento deste usuário na USF e o registro das ações serão avaliados no prontuário do usuário por meio dos dados gerados.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem deverão melhorar os registros no prontuário do usuário, como a inserção de Peso, Altura, IMC, P.A. e Glicemia Capilar sempre que o mesmo comparecer na USF para avaliação e acompanhamento.

A enfermeira irá pactuar com a equipe de saúde bucal da USF, odontólogos, auxiliares e técnicos de higiene bucal, o encaminhamento dos usuários para avaliação e acompanhamento da saúde bucal. Também será reforçado o encaminhamento para avaliação nutricional, realização de palestras informativas e de incentivo à realização de atividade física e sobre tabagismo, etilismo, dentre outros, enfocando os riscos e as consequências para o usuário pelo médico e enfermeiro da equipe.

Engajamento Público

Serão realizadas pela enfermeira com auxílio da assistente social, psicóloga, médico, ACS e os técnicos de enfermagem ações de educação em saúde sobre várias temáticas; Hipertensão, Diabetes, como também será dialogado sobre os direitos dos usuários, o funcionamento do programa, as medicações disponibilizadas, as formas de integração ao programa e a corresponsabilização do usuário, nos espaços disponíveis, como as igrejas, o centro de convivência e a

quadra de esportes, envolvendo os líderes comunitários e religiosos na divulgação, assim como o serviço de assistência social.

As palestras e ações desenvolvidas para os usuários também serão para informá-los sobre a necessidade e o direito de manter o cadastro atualizado na USF, enfatizando os benefícios para os mesmos.

A enfermeira e o médico irão organizar as ações de educação em saúde, visando dialogar com os usuários sobre a necessidade e a importância da realização do mapeamento na qualidade de vida dos mesmos, assim como, informando-os sobre os serviços existentes e disponibilizados pela rede enfatizando os benefícios que tais práticas desenvolvem com relação ao controle do Diabetes e Hipertensão.

As ações desenvolvidas na comunidade e na USF de caráter educativo contarão com a participação da equipe em sua totalidade, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médico, psicólogo, fonoaudiólogo, dentre outros.

Qualificação da Prática Clínica

A equipe de técnicos e auxiliares será treinada pela enfermeira da equipe internamente na USF sobre aferição de P.A., Glicemia, medidas antropométricas, registros nos prontuários e outros se necessário, tendo como base os Manuais disponíveis pelo MS.

Será aplicado pela equipe, médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, um Fluxograma de Atendimento ao usuário com Diabetes e Hipertensão para melhorar a eficiência do atendimento e buscar a satisfação tanto do usuário quanto da equipe e discutiremos com a equipe o Protocolo estabelecido na USF e ofertaremos treinamento interno se necessário.

A enfermeira discutirá com o médico a aplicação do Fluxograma de Atendimento ao usuário com Diabetes e Hipertensão visando à quantificação do risco cardiovascular e a solicitação de exames complementares.

Por fim, a enfermeira irá capacitar a equipe técnica da USF e os ACS para que possam dialogar com os usuários sobre as orientações necessárias durante o acolhimento na USF, nas visitas domiciliares, nas ações desenvolvidas pela equipe, como o Grupo de Hiperdia, GAT, palestras e as formas de acesso dos usuários aos atendimentos.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores que serão utilizados para a avaliação e o monitoramento das metas estão descritos a seguir.

Meta 01: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* da unidade de saúde.

Indicador1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 02: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Meta 03: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador3: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Meta 04: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador4: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Meta 05: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador5: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 06: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador6: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 07: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador7: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 08: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador8: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 09:Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular

Denominador: Número de hipertensos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 19:Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 21:Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 22:Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador21: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão e Diabetes na USF de Santo Antônio utilizaremos o Caderno de Atenção Básica nº36 e nº37, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, 2013. Manteremos o Protocolo existente da Secretaria Municipal de Saúde para cadastro do usuário no grupo de Hiperdia e manteremos as rotinas de consulta e a forma de entrada do usuário no Programa, mas, iremos buscar melhorar nossas ações educativas na comunidade por meio das parcerias com a assistência social e os líderes comunitários.

Para realização das ações educativas, a equipe utilizará os folderes disponíveis na USF sobre alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo, hábitos de vida saudáveis, as patologias abordadas, dentre outros, assim como exposição

de banners e demonstração dos materiais do tabagismo, como a boneca Altina, que demonstra os malefícios do cigarro.

A fim de melhorar os registros existentes será realizado um levantamento nos arquivos da USF para identificar o quantitativo dos usuários cadastrados no Programa Hiperdia e será feita a busca ativa dos usuários visando maior controle das consultas, exames e atividades desenvolvidas, para tanto será necessário implantar uma ficha espelho para ser preenchida no Sistema, sendo portanto, utilizado os computadores da USF e os recursos humanos.

Os registros ainda continuam sendo feitos em prontuário individual e agrupados por família, tem acesso a estes prontuários todos os profissionais com acesso à rede de informatizada, ou seja, médicos, enfermeiros, assistente social, odontólogos, psicólogo, fonoaudiólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentre outros que compõe o quadro de profissionais de saúde da USF. Para aperfeiçoar o trabalho, objetivamos utilizar o preenchimento da ficha do Hiperdia presente na Rede Bem Estar. (Anexo C)

Deverá ser criado um fluxograma de atendimento do usuário diabético em conformidade com o Protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde a fim de informar às ações que devem ser realizadas nas consultas médicas e de enfermagem, como exames de rotina ou especiais, além dos registros necessários.

Os técnicos de enfermagem também necessitarão de treinamento para realização de procedimentos específicos de maneira correta, como verificação de P.A. e Glicemia e registros, além do manuseio dos prontuários. Os ACS também passarão por treinamento específico para melhorar o atendimento e as informações prestadas ao usuário portador de Diabetes e Hipertensão.

Utilizaremos para as ações de avaliação do usuário os seguintes equipamentos: esfigmomanômetros, estetoscópios, glicosímetros, fita métrica, balança, computadores, equipamentos para avaliação dos pés dos usuários com diabetes, como dopler e o monofilamento.

Serão realizadas na comunidade, nos locais cedidos por ela, como as igrejas, quadra de esportes e centro de convivência, palestras educativas de promoção à saúde explicando os sinais e sintomas das patologias em questão, as formas de acolhimento ofertado e a necessidade de adesão do usuário ao tratamento, com os processos realizados, como exames de rotina, as medicações fornecidas e os

grupos criados para interação destes usuários, sendo utilizados os materiais para ações educativas.

A equipe de saúde bucal estará agindo em conformidade com o Protocolo adotado reservando atendimento para os usuários cadastrados no Programa após avaliação da necessidade realizada pela enfermeira após consulta de enfermagem ou pelo médico após o atendimento.

As especialidades, exames de alto custo ou procedimentos específicos serão encaminhados para Central Municipal, dando ao usuário a oportunidade de retorno à USF assim que possível, sendo utilizado para agendamento o SISREG, que coordena todos os agendamentos tanto a nível municipal como estadual.

Serão avaliados mensalmente, através da análise dos relatórios gerados pela alimentação de dados na ficha do Hiperdia no Sistema da Rede Bem Estar, pela enfermeira e apoiado pelos ACS, os usuários com consultas em dia e os faltosos, sendo reforçada a cada ação desenvolvida na USF a necessidade de adesão do usuário ao tratamento.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

A intervenção foi realizada com a população sob a responsabilidade da Equipe 04 da Unidade de Saúde do Bairro Santo Antônio, Vitória/ES. Nesta equipe atuo como enfermeira. Estão cadastrados na equipe 309 hipertensos e 68 diabéticos. Durante a intervenção realizada no período de 21 de novembro de 2013 a 13 de Março de 2014 foram acompanhados 250 hipertensos e 65 diabéticos, os demais usuários com hipertensão e diabetes ainda não são acompanhados de forma periódica, mas, a equipe continua realizando as ações para trazê-los para o acompanhamento sistematizado na USF.

Previamente foram realizadas reuniões com a equipe com a participação do diretor da USF, os profissionais que ofertam suporte, como o psicólogo, a fonoaudióloga, odontóloga, o sanitarista e os demais técnicos e auxiliares de enfermagem. A reunião teve o intuito de dialogar sobre a intervenção, a proposta de mudanças, os objetivos, as metas e o papel de cada profissional no desenvolvimento das ações. Da mesma maneira, realizamos um encontro com a liderança comunitária para dialogar sobre as ações previstas para a intervenção, os objetivos e promover uma parceria para divulgação e adesão ao Programa Hiperdia.

Durante os quatro meses da intervenção vivenciamos alguns momentos bons, observamos o reconhecimento de alguns usuários e profissionais. Mas, também enfrentamos algumas situações difíceis, tais como, estimular a mudança de alguns conceitos tradicionais e o processo de trabalho de alguns técnicos antigos na equipe. Havíamos pactuado a realização de novas tarefas no que diz respeito ao programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, nesse sentido, propomos mudanças na rotina da equipe, tendo em vista que algumas atividades antes eram parcialmente realizadas.

Outra dificuldade enfrentada na realização das ações previstas foi a saída do médico da equipe durante a intervenção, isso fragilizou o planejamento, pois, algumas ações previstas no projeto eram específicas deste profissional, como solicitação e avaliação de exames complementares, consultas e prescrições.

Pôde-se observar a resistência da equipe no início da intervenção, principalmente por parte das pessoas que já trabalhavam há muito tempo e se habituaram ao processo. A população também apresentou resistência, pois, no início não comparecia às atividades, por falta de conhecimento das mudanças ou até mesmo pela rotina já adotada na USF durante muito tempo.

Desenvolvemos dentro do previsto as ações descritas no cronograma, tais como, organização de um Protocolo de Atendimento do Usuário, um Fluxograma para o atendimento (Anexo D), capacitação da equipe, levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos, organização dos prontuários, cadastramento dos usuários no Hiperdia, levantamento na farmácia das principais medicações e disponibilização das mesmas, contato e solicitação de apoio com os setores de assistência social e os líderes comunitários, realização de palestras educativas e a formação de grupos de Hiperdia.

Em quase todas as semanas realizei visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos restritos ao lar, sendo este critério prioridade nas minhas visitas. Dentre as visitas destaco à que realizei a um casal de idosos analfabetos, ambos hipertensos e com dificuldades de entendimento sobre a doença e como controlar. Os dois não compareciam à consulta há algum tempo e não estavam usando os medicamentos. Após avaliar os dois, encaminhei ao médico que identificou a necessidade da medicação. Assim continuei acompanhando-os, orientei o uso dos medicamentos por meio dos símbolos nas cartelas, (o sol indicando os medicamentos que deveriam ser ingeridos pela manhã, a lua indicando antes de dormir à noite e um alimento para representar a ingestão depois do almoço). Entrei em contato telefônico com a filha e expliquei a necessidade de acompanhamento dos pais. Envolvi no atendimento o setor de assistência social que encaminhou a idosa para o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso – CRAI, que possui atendimento especializado ao idoso, com profissionais capacitados como fisioterapeuta, médicos, terapeuta ocupacional, dentre outros.

Outra visita marcante foi a uma usuária hipertensa, diabética, com cirrose hepática e na fila para transplante de fígado. Esta necessitava de glicosímetro para acompanhar o tratamento com insulina, proposto pela médica gastroenterologista. O acompanhamento necessitou da avaliação da equipe, laudo médico e encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde para solicitar o aparelho.

Ainda fazendo o resgate das visitas registradas nos diários de campo, destaco uma idosa que fazia uso inadequado do medicamento, pois, pegava parte das medicações na farmácia da Unidade de saúde e comprava novamente todas as medicações na farmácia do bairro. Ela fazia os pedidos pelo telefone e acumulava as medicações, tomava umas em excesso e esquecia-se de outras. Conversei com o filho e a nora desta senhora sobre a importância do apoio da família no controle da hipertensão.

Mediante a intervenção também foram realizadas atividades na comunidade, e entre elas se destaca a panfletagem no “Dia D da Dengue”, em que os ACS aproveitaram o carro de som fornecido pela Secretaria de Saúde, o movimento com diversos usuários e as lideranças comunitárias e também divulgaram as ações do Programa de Hipertensão e Diabetes.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Quanto às ações previstas e não desenvolvidas, não foi possível criar um fluxo de atendimento odontológico para os usuários com hipertensão e diabetes, porque a agenda dos dois odontólogos da unidade atende as cinco equipes com vagas para as gestantes, demandas imediatas, crianças e escolas da área, dessa forma, a disponibilidade de vagas são menores do que a procura. Logo, não foi possível obter atendimento exclusivo ou prioritário para os demais grupos de usuários. Assim como todos os demais usuários da USF, os hipertensos e diabéticos agendam sua consulta para odontologia na recepção, de acordo com a agenda e a data/horário livre e por iniciativa própria, geralmente agenda para odontologia é aberta uma vez ao mês.

Dialogamos com a equipe sobre a limitação do atendimento odontológico e, sobre isso tramita junto ao coordenador da Unidade de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde um projeto para mudar a sala de odontologia e instalar mais uma ou duas cadeiras, o que aumentaria a capacidade do atendimento. O pedido para esta obra já foi feito à Secretaria de saúde pelo coordenador da Unidade.

Na Unidade de Saúde há um sistema informatizado com todos os dados do usuário, trata-se da Rede Bem Estar. Neste sistema foi criado um cadastro

específico para o Hiperdia, cujos dados são preenchidos numa ficha padrão para os serviços do município (Anexo C). Nesta ficha são preenchidos os dados de cada usuário e alimentados automaticamente todas as vezes que comparece às consultas. Envolvem dados da avaliação do estado físico, sinais vitais, medicações em uso e condições de risco e proporciona no final do cadastro uma avaliação do risco de cada usuário. As informações presentes nesta ficha foram utilizadas para o preenchimento da Planilha de coleta de Dados. Por seguir este fluxo não utilizamos a Ficha Espelho recomendada pelo curso, mas reconhecemos que podemos informatizá-la posteriormente.

Como estamos iniciando o Programa de Hiperdia, não foi utilizado o histórico de atendimento dos usuários. Todos os usuários cadastrados no Grupo foram considerados como primeira consulta e faltosos aqueles que por relatos de familiares ou o próprio usuário, abandonaram o tratamento ou que não consultavam há muito tempo e estavam sem medicação, portanto não foi necessário realizar busca ativa, tendo em vista que os ACS já tinham trazido os usuários. A exceção foram os usuários que necessitaram retorno nesse período por algum motivo e não retornaram na data agendada, estes receberam busca ativa e estão na planilha.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto ao preenchimento da planilha de coleta de dados, ao final da intervenção identificamos o registro de um número maior de usuários com diabetes do que os cadastrados na Unidade de Saúde, isso se explica pelo fato de todos os dados que alimentaram a planilha serem retirados da Rede Bem Estar, usando a ficha de produção da equipe e separando os atendimentos pelo CID– Código Internacional das Doenças – relacionados à Hipertensão e ao Diabetes.

Tendo em vista a falta de profissionais médicos nas outras equipes, e por realizar atendimento imediato de todos os usuários da unidade, independente da equipe, incluímos na planilha, durante a intervenção, alguns usuários que não são do nosso território. Para corrigir, foi necessário avaliar novamente a ficha de produção, pois, para o cálculo adequado dos indicadores retiramos da planilha os usuários que não faziam parte da área de adscrição da equipe.

As dificuldades no preenchimento da planilha surgiram na coleta de dados, que dependeu da análise criteriosa de prontuários e do cadastro dos usuários no sistema da Rede Bem Estar adotado na Unidade de Saúde, principalmente no que se refere às consultas com odontólogo, devido à falta de fluxo com prioridade e registro específico no Sistema para tal especialidade.

A planilha contribuiu para melhorar a assistência, pois mostrou nos gráficos a evolução das ações realizadas, de certa forma quantificando e apresentando a eficiência das mesmas. Pode-se observar também, os pontos que mais necessitam de empenho, como a necessidade de mais dentistas na Unidade ou a viabilidade do acesso equânime dos usuários ao atendimento odontológico.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Após a realização da intervenção ficou evidenciado como uma forma organizada de trabalho implica em números de atendimento com qualidade, adesão dos usuários ao tratamento, quantificação e melhoria das ações, credibilidade junto à equipe e à comunidade e satisfação dos integrantes em realizar a mudança.

O atendimento a o usuário com Hipertensão e Diabetes, foi reorganizado de forma que na agenda do médico e do enfermeiro da equipe foi estabelecido um dia para o Grupo e atendimentos individuais, ofertando a realização de palestras em grupo, atividades realizadas na comunidade para esclarecimento de dúvidas, pesquisa de novos casos, orientação e atendimento dos usuários com dificuldade de comparecer à Unidade, atendimento individualizado para casos específicos e controle das ações, realizando monitoramento da rede Bem Estar dos usuários atendidos.

Baseado nos fatores positivos, como: as melhorias reconhecidas pelos profissionais e pelos usuários, adesão ao tratamento, assistência de enfermagem qualificada, dentre outros, a equipe está motivada a continuar as ações, mesmo após o término do período da intervenção.

Continuamos realizando as atividades do Grupo de Hiperdia, sendo estas incorporadas à rotina de ações desenvolvidas pela equipe, principalmente devido os bons resultados apresentados e pela forma prática e simples de avaliar as ações, a

facilidade de analisar os pontos que precisamos melhorar, como, realização da busca ativa, maior número de vagas, dentre outros, a maior satisfação dos usuários, que possuem informações concretas e eficazes e maior organização da Unidade durante o atendimento ao usuário desde o acolhimento até suprir as necessidades apresentadas.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes mellitus sob a responsabilidade da Equipe 04 da Unidade de Saúde do Bairro Santo Antônio em Vitória/ES. O público alvo constituiu-se dos 250 hipertensos e 65 diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

O primeiro objetivo específico era ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos para tanto, foi estimada a meta de cadastrar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, da área de abrangência, no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus da Unidade de Saúde.

O território de abrangência na Unidade de Saúde tem 309 hipertensos e 68 diabéticos diagnosticados. Durante a intervenção foram acompanhados 250 hipertensos (80,9%) e 65 diabéticos (95,6%). Podemos observar a progressão da cobertura durante os quatro meses de intervenção nas figuras 1 e 2.

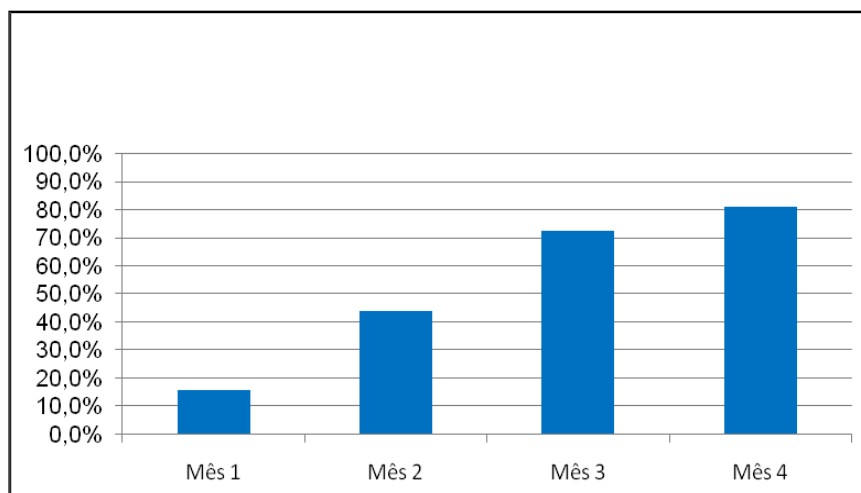


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde da Família. Vitória/ES, 2014.

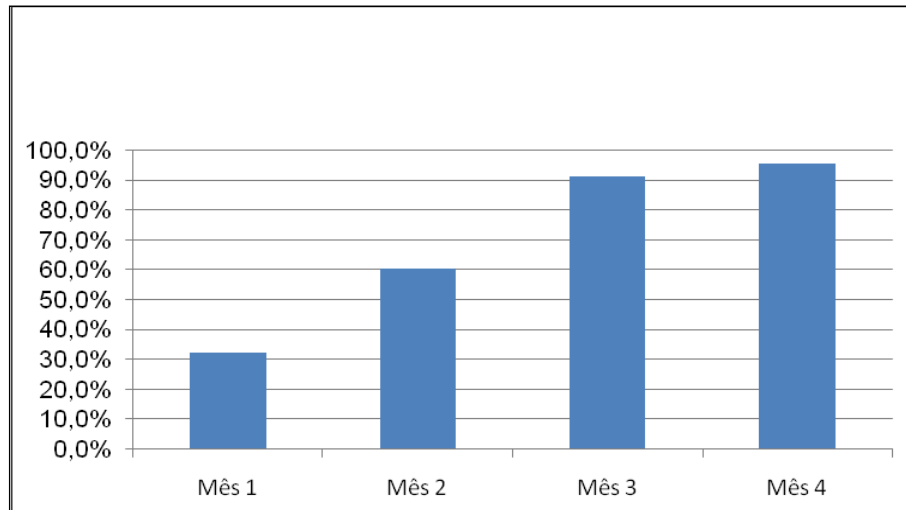


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde da Família. Vitória/ES, 2014.

A realização de palestras na USF e o trabalho de divulgação das ACS contribuíram para aumentar o número de cadastrados e obtermos melhoria na meta proposta. Os grupos com usuários hipertensos e diabéticos são realizados semanalmente na Unidade de Saúde com a participação de toda a equipe. São realizadas ações de educação em saúde, medidas antropométricas, consultas individuais para atendimento das necessidades específicas. As orientações em sala de espera também contribuíram para divulgação da intervenção, adesão dos usuários e satisfação dos mesmos em participar.

Entretanto, não atingimos a cobertura total da área nos quatro meses de intervenção, pois, algumas situações interferiram na realização das ações, por exemplo, o período em que ficamos sem o profissional médico na equipe e as datas comemorativas do final do ano.

Os usuários ainda não cadastrados continuam sendo orientados pelas ACS e demais serviços disponíveis, como as lideranças comunitárias e setor de assistência social para realizarem adesão ao programa e melhorarem as condições de saúde.

Procuramos através dos dados colhidos na planilha da intervenção quantificar a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas e que foi realizada busca ativa, a fim de melhorar a adesão dos usuários ao programa. Para tanto, estimamos a meta de realizar a busca ativa com o ACS de 100% dos usuários

hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na USF conforme periodicidade recomendada pelo MS.

Dentre os 250 usuários hipertensos e 65 diabéticos que participaram da intervenção, 4 hipertensos faltaram a consulta, destes, a equipe realizou apenas uma busca ativa (25%). Quanto aos usuários diabéticos, 2 faltaram à consulta e não foi realizada busca ativa (0%). (Figura 3)

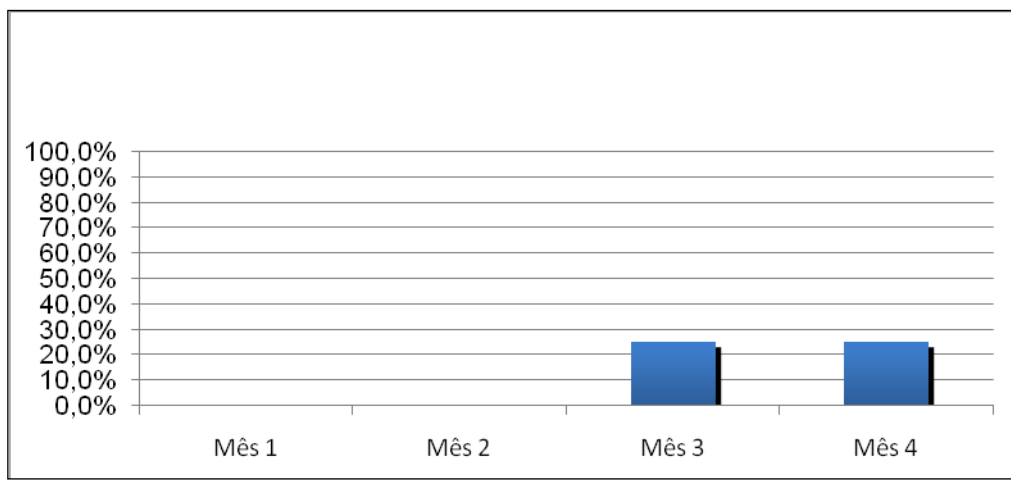


Figura3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde da Família. Vitória/ES, 2014.

Por estarmos iniciando a implantação do grupo com usuários hipertensos e diabéticos na Unidade, e começando a preencher os cadastros na Rede Bem Estar, não foi utilizado o histórico de atendimento dos usuários. Consideramos o momento de cadastro no grupo de Hiperdia, a primeira consulta o momento do cadastro na Rede Bem Estar, independente do meio em que os trouxeram à Unidade, que poderiam ser as orientações do ACS, panfletagem, informativos na comunidade ou mesmo através dos próprios usuários.

A pequena proporção de busca ativa se deve ao fato de que alguns usuários foram considerados faltosos porque declararam abandono de tratamento no momento do cadastro no Programa Hiperdia e por já estarem na USF reiniciando o tratamento não foi necessário realizar busca ativa. A exceção foi o usuário que necessitava retornar nesse período para ajuste da dose da medicação e para avaliação da efetividade do tratamento proposto, mas não havia retornado na data agendada, por isso, recebeu busca ativa representando apenas 25%.

Foi avaliada a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico e exames complementares em dia de acordo com o Protocolo de atendimento dos participantes do Hiperdia baseado no Caderno de Atenção Básica nº36 e nº37, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, 2013. A meta era realizar exame clínico em dia, em 100% dos hipertensos e diabéticos e garantir a 100% destes usuários a realização de exames complementares em dia. Esta meta visou melhorar a qualidade do atendimento realizado na unidade de saúde.

Dentre os usuários que participaram da intervenção, 100% realizaram exame clínico em dia e/ou tiveram seus exames complementares realizados na rede pública de saúde, de acordo com a necessidade apresentada.

Essa proporção cumpre a meta proposta, e se deve ao fato de aplicarmos o fluxograma de atendimento nas consultas em que prevê a prescrição e realização dos exames.

Mediante a intervenção também procuramos garantir que todos os hipertensos e diabéticos, de acordo com a necessidade, recebessem prescrições de medicamentos presentes na lista do Hiperdia ou da farmácia, nesse sentido, alcançamos a proporção 100%, sendo que, todos os usuários com diagnóstico de Hipertensão foram avaliados pelo médico da família e mesmo com as alterações no estilo de vida, necessitaram usar medicamentos.

Os usuários hipertensos e diabéticos (100%) acompanhados na USF recebem receituários de uso contínuo com as medicações disponibilizadas na farmácia da Unidade de Saúde, isso porque existe uma REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e dentro do Protocolo de Atendimento do Usuário com hipertensão e diabetes é preconizado o uso da mesma para elaborar a prescrição. A existência e utilização da REMUME facilitam o cumprimento da meta estabelecida.

A intervenção também quantificou a proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento com o objetivo de melhorar o registro das informações. Traçamos como meta manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e manter atualizada a ficha espelho de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e em tratamento na USF.

Assim como referido anteriormente, 100% dos usuários possuem registro adequado na ficha de acompanhamento. A Rede Informatizada que existe na Unidade de Saúde com prontuários eletrônicos e abas de registros específicos para diversas áreas dentre elas, o cadastro do Hiperdia, tem contribuído com este acompanhamento.

Sabendo da praticidade do uso das informações registradas no prontuário eletrônico e as informações retidas na aba Hiperdia, no próprio sistema, no cadastro do usuário, não utilizamos na USF a Ficha Espelho, dessa forma, não cumprimos a meta estabelecida.

Com o objetivo de mapearmos os usuários hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular realizamos a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, dessa forma alcançamos a meta estimada (100%).

Vale ressaltar a importância da utilização da Rede Bem Estar neste acompanhamento, pois, ao preencher a ficha do Hiperdia no sistema da Rede Bem Estar automaticamente gera um resultado para risco cardiovascular.

Algumas metas foram pactuadas para alcançar o objetivo de Promoção da saúde. Por exemplo, foi estimado garantir a avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Entretanto, dos 250 hipertensos cadastrados apenas 52 (20,8%) realizaram avaliação odontológica, e dos 65 diabéticos, apenas 15 (23,1%) realizaram esta avaliação. (Figuras 4 e 5)

Infelizmente não foi possível realizar um fluxograma para atendimento prioritário dos usuários do Hiperdia, de forma que foram atendidos quando procuraram a Unidade de Saúde por demanda espontânea para agendarem atendimento. O baixo percentual de usuários com avaliação odontológica se deve a grande demanda que a unidade possui e a pequena capacidade de atendimento da mesma, sabendo que existe duas equipes de saúde bucal para atender 5 equipes de Saúde da Família.

Os números representados no gráfico abaixo representam os usuários que por iniciativa própria agendaram suas consultas de odontologia na recepção da Unidade enquanto estávamos realizando a intervenção sendo, portanto, um pequeno percentual da população, tendo em vista que em todas as consultas os usuários são

orientados sobre a importância de realizar tratamento odontológico e os fluxos para agendamento na USF é ofertado.

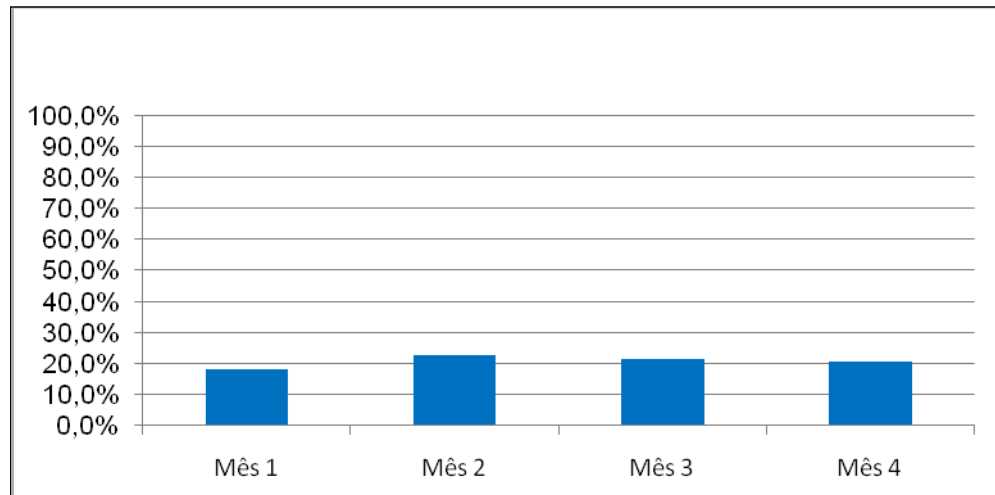


Figura4: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde da Família. Vitória/ES, 2014.

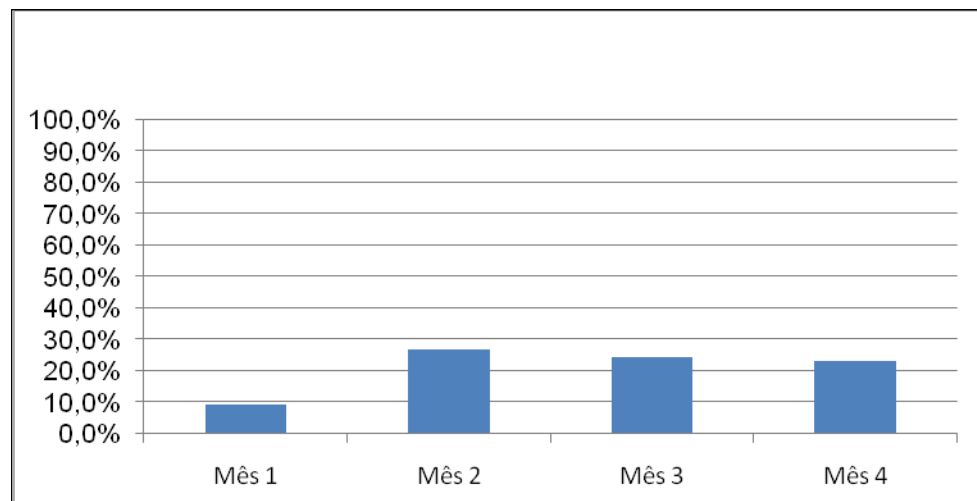


Figura5: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. Vitória/ES, 2014.

Outras metas pactuadas para atingir o objetivo de promoção da saúde foram; garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo, a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. De acordo com os dados colhidos, 100% dos usuários atendidos receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo.

O cumprimento desta meta se deve ao fato de termos colocado no Protocolo de atendimento do usuário que foi realizado no início da intervenção na Unidade de Saúde para atendimentos dos usuários da área de abrangência da equipe, o fornecimento de tais orientações, além disso, faz parte da ficha do Hiperdia, da Rede Bem Estar, preenchida no cadastro do usuário. Ressalta-se também, a colaboração da equipe no sentido de cumprir esta recomendação. Portanto, em cada atendimento estas orientações foram dialogadas com cada usuário.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade de saúde proporcionou a melhoria nas ações desenvolvidas pela equipe na atenção ao usuário diagnosticado com hipertensão e diabetes. Pois, ampliou a cobertura do programa, melhorou a adesão ao tratamento, a qualidade do atendimento realizado e o registro das informações. Proporcionou a criação dos grupos semanais com usuários hipertensos e diabéticos, o mapeamento dos usuários com risco para doença cardiovascular e fortaleceu algumas ações de promoção à saúde.

A análise das ações realizadas tornou possível enxergar os aspectos em que a equipe precisa investir tais como na realização de busca ativa, reorganizar o fluxo de atendimento odontológico ao usuário cadastrado no Hiperdia, continuar realizando o registro correto nos prontuários e o cadastramento no Hiperdia por meio do sistema informatizado da Secretaria de Saúde, denominado Rede Bem Estar e também, continuar cumprindo as ações através do Protocolo e do fluxograma construído.

Através da intervenção foi possível trabalhar com a equipe em sua totalidade, que envolve os auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médico, equipe de saúde bucal, que mesmo na impossibilidade de realização do fluxo de atendimento prioritário para os usuários do Hiperdia se posicionou aberta para discussão do tema, técnicos de enfermagem, e também com o diretor da unidade de saúde, fazendo-os entender a importância das ações preventivas relacionadas às patologias destacadas e realizar uma atualização de conhecimentos, mudança de conceitos, revisão da prática de alguns procedimentos

simples, que são importantes na realização dos atendimentos, como aferição dos sinais vitais, medidas antropométricas para todos os usuários que comparecerem para avaliação e registro correto no prontuário.

Com os atendimentos realizados no Hiperdia e a conscientização do usuário sobre a importância da corresponsabilização no tratamento, foi possível diminuir a demanda imediata na Unidade porque os usuários que são acompanhados no grupo não comparecem pedindo atendimento apenas para troca de receituário, como acontecia rotineiramente antes da Intervenção.

Ao chegar à unidade de saúde o usuário procura a recepção que confere o agendamento da consulta de enfermagem e/ou médica ou a participação desse usuário em grupo, após colocar na agenda de um dos profissionais o encaminha para a sala de preparo, nesta sala o técnico ou o auxiliar de enfermagem afere sinais vitais, medidas antropométricas, glicemia capilar, registra no sistema e o encaminha para o atendimento agendado, tanto em grupo quanto em atendimento individualizado, o profissional registra a ação, as orientações e a conduta no prontuário eletrônico e automaticamente os dados migram para a ficha do Hiperdia também instalada no sistema na ficha do usuário em questão.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 36 deve ser realizada uma consulta de rastreamento com a população alvo, que possui indícios de Diabetes, a fim de conhecer a história pregressa da pessoa, realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC, identificar os fatores de risco para DM, avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e conseqüentemente na decisão terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2013).

A Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (2011) realizou um Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes nele consta que é responsabilidade da equipe de técnicos de enfermagem verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e glicemia em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde, orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, relacionadas a alimentação e a prática de atividade física rotineira, orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de riscos cardiovasculares, em especial aqueles ligados à hipertensão e diabetes, registrar anotações em ficha

clínica e acolher o usuário diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

Na USF em que foi realizada a intervenção é possível identificar o papel de cada profissional mediante as ações, desde o agente comunitário de saúde que realiza a busca do usuário, visitas domiciliares, para verificação da situação de saúde, entrega de panfletos, orienta sobre os serviços disponibilizados na unidade de saúde, agenda atendimentos e forma o elo usuário/unidade de saúde até o profissional que dar continuidade ao atendimento na unidade, seguindo o fluxo preconizado na USF.

Vale ressaltar que os demais profissionais da unidade de saúde também contribuem, como, a assistente social, odontólogo, farmacêutico, educador físico, psicóloga e outros. Eles interagem e desenvolve seus papéis de diferentes formas, orientando quando necessário, dando suporte quando solicitado, desenvolvendo os programas de atividade física, palestras e eventos na comunidade.

Segundo o Protocolo da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (2011), é função do farmacêutico dispensar a medicação mediante apresentação de receita até o retorno, identificar, solucionar e prevenir problemas relacionados aos medicamentos, orientar o uso correto dos mesmos como, horário de tomada, dosagem e armazenamento, checar insulino terapia adequada e fornecer os insumos necessários para realização do acompanhamento da glicemia orientando os processos.

O Nutricionista deve avaliar o estado nutricional, para determinação do diagnóstico nutricional e das necessidades nutricionais, prescrever e implementar a dietoterapia, determinada pelo cálculo da dieta e conteúdo de macro e micronutrientes, desenvolver o plano de ação nutricional, promover educação nutricional nas atividades em grupo, com conceitos básicos de saúde e alimentação, avaliar a eficiência da intervenção e participar de campanhas de educação em saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Ao educador físico cabe melhorar aptidão física, manutenção da capacidade funcional, promoção de integração social e diminuição da tensão psicológica da pessoa com hipertensão e/ou diabetes, elaborar um programa regular de exercícios físicos, desenvolver sessões de atividade física para usuários diabéticos e/ou hipertensos, em seguimento nas unidades de saúde, participar e contribuir com a

equipe multidisciplinar com conteúdos teóricos e práticos referentes ao seu exercício profissional, participar de grupos educativos em hipertensão e/ou diabetes e participar de campanhas de educação em saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O psicólogo por sua vez, capacitar a equipe multidisciplinar para a escuta e acolhimento adequado dos aspectos emocionais dos usuários diabéticos e/ou hipertensos atendidos na Unidade de Saúde, avaliar os aspectos psicológicos dos usuários recém diagnosticados, dos usuários que apresentam dificuldades para o controle da doença, ou para a adesão ao tratamento e proceder ao encaminhamento adequado e realizar atendimentos em Grupo de Apoio Psicológico ao usuário hipertenso e/ou diabético (SECRETARIA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Com a realização da intervenção foi possível organizar o serviço, cada profissional desenvolve seu papel de forma correta, busca melhorar o atendimento e minimiza os danos provocados pela falta de informação, tanto dentro da unidade quanto nas ações realizadas na comunidade, aumentando a adesão dos usuários às atividades, tornando possível a realização dos grupos de Hiperdia, o treinamento da equipe e a discussão de casos entre a equipe de usuários com as patologias mencionadas e que precisavam de uma atenção maior.

Com o cadastramento dos usuários foi possível viabilizar maiores vagas de atendimento e não concentrar apenas na consulta médica para adquirir o receituário, sendo que este agora é consequência de um atendimento com ampla dimensão, dentre elas a avaliação do risco cardiovascular e a priorização da educação em saúde. Foi possível também, melhorar os registros e organizar os prontuários, que facilita o atendimento dos usuários.

Os princípios operacionais da ESF envolvem a definição territorial e adscrição da clientela, organização do processo de trabalho, manutenção da família como foco da assistência, realização do trabalho em equipe multidisciplinar, existência de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais e as famílias assistidas, caracterização das ações pela integralidade, resolutividade e intersetorialidade e noção da importância do estímulo à participação social (COSTA, 2009).

Os usuários adscritos no território de atuação da equipe contam hoje com uma assistência qualificada e que compreende, na sua maioria, os requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde, como realização de exames, mensuração do

risco cardiovascular, medicações prescritas constantes na farmácia da Unidade de Saúde e na farmácia popular, educação em saúde e outros que buscam melhorar a qualidade de vida e minimizar os danos que os agravos provocam à saúde.

Ressalta-se que com a intervenção foi possível aumentar as vagas para atendimento na unidade devido à organização do fluxo, diminuiu a demora na fila para marcação de consultas, organizou a demanda imediata, melhorou as informações fornecidas pela equipe sobre os agravos à saúde, prevenção e tratamento e aumentou o vínculo com os usuários que já frequentavam o serviço.

Apesar de não conseguirmos intervir em algumas questões, como a criação de um fluxo para atendimento prioritário em odontologia, voltado para os participantes do grupo de Hiperdia, colocamos em pauta de discussão com o diretor da unidade de saúde e a Secretaria as propostas para tornarmos viável a realização das ações, o que beneficiaria não só a equipe que realizou a intervenção, como também, todas as demais equipes que integram a Unidade.

Demorou um período para a equipe conseguir executar na íntegra o fluxo de atendimento aos usuários do Hiperdia. A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos intensificado o treinamento para os técnicos da equipe, assim como para os Agentes Comunitários de Saúde que poderiam ter alcançado mais pessoas e atingirmos a meta de cobertura de atendimento.

Continuaremos desenvolvendo a intervenção com os integrantes da equipe no território de atuação, realizando os cadastros ainda restantes, informando à comunidade sobre as ações desenvolvidas, convidando os usuários para ações na comunidade, intensificando orientações sobre adesão ao tratamento e a importância da corresponsabilização dos mesmos.

Estamos trabalhando para cumprir a meta estabelecida de cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos residentes no território, após esse feito, realizaremos a avaliação periódica dando sequência ao tratamento, com a efetivação dos grupos e atendimentos individualizados quando necessário. Estou realizando um curso ofertado pela Secretaria de Saúde, para aperfeiçoamento das ações aplicadas ao usuário no Hiperdia com intuito de melhorar a prática profissional e possibilitar maior eficiência nas condutas tomadas, tornando-me multiplicadora na equipe do conhecimento adquirido.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde
Sra. Daysi Koehler Behning

A intervenção com foco no usuário portador de hipertensão e diabetes foi realizada com a população sob a responsabilidade da Equipe 04 da Unidade de Saúde do Bairro Santo Antônio, Vitória/ES. No período de 16 semanas, 21 de novembro de 2013 a 13 de Março de 2014 foram acompanhados 250 hipertensos e 65 diabéticos, pois, a equipe esteve por meio de um projeto, buscando melhorar o atendimento para oferecer um conjunto de ações com o objetivo de promover à saúde da população.

As atividades fizeram parte do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL cujo objetivo principal foi melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus.

A elaboração do projeto de intervenção baseou-se na análise situacional efetuada na unidade de saúde, a qual identificou a necessidade de melhorar a ações oferecidas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus.

A intervenção teve como objetivos específicos: ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e realizar promoção da saúde.

Durante os quatro meses, havíamos pactuado a realização de novas tarefas no que diz respeito ao programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, nesse sentido, propomos mudanças na rotina da equipe, a realização eficaz de atividades, como medidas antropométricas e sinais vitais em todos os usuários que comparecem ao grupo, preenchimento do cadastro na Rede Bem Estar, realização de palestras educativas e atendimento individualizado para educação em saúde, dentre outros.

Desenvolvemos dentro do previsto ações para organizar o Protocolo de Atendimento do Usuário, um Fluxograma para o atendimento, capacitação da equipe, levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos, organização dos prontuários, cadastramento dos usuários no Hiperdia, levantamento na farmácia das principais medicações e disponibilização das mesmas, contato e solicitação de apoio com os setores de assistência social e os líderes comunitários, realização de palestras educativas e a formação de grupos para investir nas ações de educação em saúde.

Em quase todas as semanas realizamos visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos restritos ao lar, para avaliação de saúde, orientações específicas ao cuidador e/ou aos familiares.

Foram cadastrados 250 hipertensos (80,9%) e 65 diabéticos (95,6%) da área, sendo possível, devido ao trabalho de divulgação das Agentes de Saúde, a divulgação das ações e as parcerias com a comunidade que proporcionou, dentre outras coisas, os locais para realização das ações na comunidade.

Semanalmente são realizados na unidade de saúde grupos com a participação de toda equipe e a realização de ações como palestras, medidas antropométricas, consultas individuais para atendimento das necessidades específicas e orientações em sala de espera também contribuíram para divulgação da intervenção, adesão dos usuários e satisfação dos mesmos em participar.

Alcançamos a meta de exame clínico em dia, em 100% dos hipertensos e diabéticos proporcionamos a 100% destes usuários a realização de exames complementares em dia, procuramos garantir que todos os hipertensos e diabéticos, de acordo com a necessidade, recebessem prescrições de medicamentos presentes na lista do Hiperdia ou da farmácia, atentamos para que todos os usuários cadastrados no Hiperdia mantivessem registros adequados na ficha de acompanhamento com o objetivo de melhorar o registro das informações, realizamos a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, realizamos orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo em todos os usuários atendidos.

Ainda estamos buscando uma forma de proporcionar um fluxo de atendimento odontológico para os usuários cadastrados no Hiperdia, o que não foi possível

realizar durante a intervenção, sendo necessário para tal feito a implantação de mais uma cadeira para atendimento odontológico, sabendo que a Unidade possui 2 odontólogos que atendem a 5 equipes de Saúde da Família, sendo portando, a demanda maior do que as vagas disponíveis.

A gestão contribuiu para a realização da intervenção por meio do apoio na implantação do Protocolo de Atendimento ao usuário e fluxograma para organização do processo. O Diretor da unidade, além de contribuir nas ações anteriormente citadas, apoiou a execução das outras, como ações de educação em saúde, mudanças de rotina e demonstrou apoio quando necessário.

Para continuar nos ajudando na realização da intervenção, a gestão poderá apoiar o treinamento dos profissionais, emissão de folders e panfletos educativos, fornecimento de mais recursos financeiros para custear os eventos na comunidade, contratação de carro de som para avisar aos usuários e em escala maior. Também pode viabilizar a ampliação da Unidade de Saúde, principalmente, o setor de odontologia.

Após a realização da intervenção ficou evidenciado como uma forma organizada de trabalho implica em números de atendimento com qualidade, adesão dos usuários ao tratamento, quantificação e melhoria das ações, credibilidade junto à equipe e à comunidade e satisfação dos integrantes em realizar a mudança. O acesso aos serviços de saúde foi melhorado e as informações disponibilizadas sobre os agravos à saúde chegaram a mais pessoas e isso devido ao trabalho conjunto da equipe com a comunidade.

Nosso objetivo agora é manter as ações já realizadas e buscar aperfeiçoar cada vez mais para melhor atender aos usuários.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

O atendimento à pessoa com hipertensão e/ou diabetes está sendo modificado na Unidade de Saúde do Bairro Santo Antônio, Vitória/ES. No período de 21 de novembro de 2013 a 13 de Março de 2014 foram acompanhados 250 hipertensos e 65 diabéticos, pois, a equipe esteve por meio de um projeto, buscando melhorar o atendimento para oferecer um conjunto de ações com o objetivo de promover à saúde da população.

Neste projeto, a equipe de saúde da família, realizou atividades educativas, preventivas e atendimentos clínicos. O projeto teve como foco o usuário portador de hipertensão e diabetes e iniciou com a população sob a responsabilidade da Equipe 03. Nesta equipe estão cadastrados 239 hipertensos e 68 diabéticos.

Durante os quatro meses de realização de novas tarefas, propomos mudanças na rotina da equipe, como a realização das medidas de peso e altura, pressão arterial, frequência cardíaca em todos os usuários que comparecem ao grupo, preenchimento do cadastro na Rede Bem Estar, realização de palestras educativas, atendimento individualizado para educação em saúde, dentre outros.

Desenvolvemos dentro do previsto ações como, desenvolvimento de um Protocolo de Atendimento do Usuário, um Fluxograma para o atendimento, capacitação da equipe, levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos, organização dos prontuários, cadastramento dos usuários no Hiperdia, levantamento na farmácia das principais medicações e disponibilização das mesmas, contato e solicitação de apoio com os setores de Assistência Social e os líderes comunitários, realização de palestras educativas e a formação de grupos com os usuários hipertensos e diabéticos.

Em quase todas as semanas realizamos visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos restritos ao lar, para fazer avaliação de saúde e dialogar sobre as orientações específicas com o usuário e familiares.

Foram cadastrados 250 hipertensos (80,9%) e 65 diabéticos (95,6%) da área, graças ao trabalho de divulgação das Agentes de Saúde, e as parcerias com a comunidade que proporcionou, dentre outras coisas, os locais para realização das ações na comunidade. As orientações em sala de espera também contribuíram para

divulgação da intervenção, adesão dos usuários e satisfação dos mesmos em participar.

Semanalmente são realizados na unidade de saúde grupos com a participação de toda equipe com palestras, medidas de peso e altura, consultas individuais para atendimento das necessidades específicas e orientações em sala de espera.

Dentre as ações desenvolvidas, realizamos exame clínico em 100% dos hipertensos e diabéticos, também proporcionamos a 100% destes usuários a realização de exames complementares em dia, procuramos garantir que todos os hipertensos e diabéticos, de acordo com a necessidade, recebessem prescrições de medicamentos presentes na lista do Hiperdia ou da farmácia, atentamos para que todos os usuários cadastrados no Hiperdia mantivessem registro adequado na ficha de acompanhamento, realizamos a classificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, realizamos orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular e conversamos sobre os riscos do uso do cigarro para todos os usuários atendidos.

Ainda estamos buscando uma forma de proporcionar melhorias no atendimento odontológico para os usuários cadastrados no e Hiperdia, o que não foi possível realizar durante a intervenção, sendo um assunto discutido com os gestores e que necessita da ampliação dos nossos serviços.

Após a realização da intervenção a equipe percebeu que a organização do trabalho implica em números de atendimento com qualidade, adesão dos usuários ao tratamento, quantificação e melhoria das ações, credibilidade junto à equipe e à comunidade e satisfação dos integrantes em realizar a mudança. O acesso aos serviços de saúde foi melhorado e as informações disponibilizadas sobre os agravos de saúde chegaram a mais pessoas e isso devido um trabalho conjunto da equipe com a comunidade.

Nosso objetivo agora é manter as ações já realizadas e buscar aperfeiçoar cada vez mais para melhor atender aos usuários. Sabemos que as atividades irão alcançar melhores resultados, pois continuará com a participação da comunidade. A equipe de saúde da família do Bairro Santo Antônio conta com o apoio da comunidade para a continuidade das ações.

5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar a especialização já pairava sobre mim a necessidade de adquirir conhecimentos para melhorar a atuação profissional em relação aos usuários que frequentavam a Unidade de Saúde em que eu atuava, sendo esta, uma Unidade Básica de Saúde. Essa necessidade crescia a partir dos momentos em que o usuário me procurava para atendimento e apareciam dúvidas, quando, em cada levantamento de dados sobre as ações e atividades desenvolvidas os dados eram falhos e/ou os registros eram inadequados e por fim, pela falta de fluxos e organização do processo de trabalho.

Durante o período de intervenção realizei uma mudança de Unidade de Saúde e comecei a atuar em uma Unidade de Saúde da Família, o que aumentou meus atendimentos e tornou-se mais claro a necessidade de realizar mudanças na atuação, adquirindo conhecimentos e organizando o processo de trabalho para atingir as metas propostas pela Secretaria de Saúde e prestar uma assistência à saúde resolutiva e eficaz. Adquirir conhecimento e melhorar a prática profissional foi o objetivo de iniciar a especialização e as expectativas em relação ao curso também giram em torno dos pontos citados.

Com a intervenção foi possível aprofundar meus estudos de forma focada na realidade da Unidade de Saúde, como aspectos estruturais, recursos humanos e materiais disponíveis e os programas existentes assim como, os pontos positivos, as dificuldades e falhas que cada um apresentava durante a análise situacional. Esse conhecimento aprofundado levou-me a escolha do tema da Intervenção: Hipertensão e Diabetes, devido à falta de fluxos, organização deficitária, adesão do usuário prejudicada, registro inadequado das ações realizadas, dificuldades de acessibilidade referente ao usuário na Unidade, evidenciada pela inexistência de grupo de Hipertensão, dentre outros já expostos no decorrer deste trabalho.

Apreendi a organizar o fluxo de atendimento baseado nos Cadernos de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, implantei com a equipe os grupos para o desenvolvimento de ações de educação em saúde na Unidade, e atividades na comunidade, busquei a melhoria do acesso ao agendamento de consultas juntamente com o ACS, registrar corretamente no prontuário do usuário e realizar o

levantamento dos dados para avaliação do processo, sendo esta última parte, de grande importância devido o fato de que os indicadores me mostram em qual ação devo melhorar, o que foi implantado e obteve resultado e quais atividades estão funcionando bem.

A interação com a equipe e com a comunidade foi melhorada, isso porque cada ação foi desenvolvida em conjunto, cada componente teve seu papel definido e os resultados aparecerem, além da satisfação apresentada pela comunidade e pela equipe.

O objetivo agora é continuar realizando um trabalho planejado e organizado, avaliando os resultados obtidos, atuando para que as necessidades da comunidade sejam supridas da melhor forma possível, que seja realizada a educação em saúde com os usuários e que os agravos em saúde estudados sejam controlados para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Bibliografia

BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº36, 2013. 162 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes. *Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro*. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn. Brasília, p. 300 – 304. mar. – Abr. 2009.

MINISTERIO DA SAUDE. Caderno de Atenção Básica nº37, 2013. 130 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

PREFEITURA DE VITÓRIA. *Vitória em dados*. Disponível em: <legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp> Acesso em: 26 ago 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. *Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes*, 2011. 105 p. Disponível em: <<http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/hipertensao/prot-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

SIMÃO, Manuel et al. *Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino destilaria do interior Paulista*. Revista Eletrônica de Enfermagem, vol. 4, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/759/830>>. Acesso em: 28 dez. 2010.

Anexos

Anexo B - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12


Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Anexo C – Ficha de Hiperdia da Rede Bem Estar



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde
FICHA CLÍNICA DE HIPERTENSÃO
 Unidade de Saúde Santo Antônio



INFORMAÇÕES PESSOAIS

Prontuário/AMA: _____ M.A. / F.: 24 / 41 Nº da Ficha: _____
 Nome: _____ Estado Civil / União: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Profissão: _____ Sexo: _____
 Nome da Mãe: _____ Nome do Pai: _____
 Escolaridade: _____ Raça/Cor: 9 - Ignorado
DOCUMENTOS: RG: _____ UF: _____ CPF: _____
Dados do Nascimento: _____ **CNS:** _____
ENDEREÇO: Logradouro: _____
 Complemento: _____ CEP: _____
 Telefone/Celular: _____

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Pressão Arterial Sistólica: 140 Pressão Arterial Diastólica: 100 Cintura(cm): 120 Peso(kg): 106,10
 Altura(cm): 175 Glicemia Capilar(mg/d): 98 Pós prandial
 Já sabia do diagnóstico (Diabetes): Sim Há quanto tempo: > de 10 anos
 Já sabia do diagnóstico (Hipertensão): Sim Há quanto tempo: entre 1 e 5 anos

Fatores de risco e Doenças concomitantes

Fatores de risco e Doenças concomitantes

Antecedentes Familiares - cardiovasculares: Sim
 Diabetes Tipo 1: Sim
 Diabetes Tipo 2: Não
 Tabagismo: Não
 Sedentarismo: Sim Interesse em tratamento? Sim
 Sobrepeso/Obesidade: Sim Interesse em tratamento? Sim
 Hipertensão Arterial: Sim

Infarto Agudo Miocárdio: Não
 Outras coroniopatias: Não
 AVC: Não
 Pé diabético: Não
 Amputação por diabetes: Sim
 Doença Renal: Não
Grau de Risco: Risco muito alto

TRATAMENTO

Não medicamentoso: Não

Medicamentoso:	Tipo	Comprimidos/dia	Tipo	Comprimidos/dia
	Hidroclorotiazida 25mg	Ignorado	Furosemida 40 mg	Ignorado
	Propranolol 40mg	Ignorado	Gliclazida 30mg	Ignorado
	Captopril 25mg	Ignorado	Gliclazida 80mg	Ignorado
	Glibenclâmida 5mg	Ignorado	Glimepirida 2mg	Ignorado
	Metformina 850mg	3	Losartana potássica 50mg	Ignorado
	Amlodipino 10mg	Ignorado	Metildopa 250mg	Ignorado
	Atenolol 50mg	Ignorado	Metoprolol 50mg	Ignorado
	Enalapril 10mg	1	Metformina 500mg	Ignorado
	Espironolactona 25mg	Ignorado	Verapamil 80mg	Ignorado
Insulina NPH (Unidades/dia): 42				
Insulina regular (Unidades/dia):				
Outros medicamentos: Ignorado				

Captopril 25mg	Ignorado	Gliclazida 80mg	Ignorado
Glibenclamida 5mg	Ignorado	Glimepinda 2mg	Ignorado
Metformina 850mg	3	Losartana potássica 50mg	Ignorado
Anlodipino 10mg	Ignorado	Metildopa 250mg	Ignorado
Atenolol 50mg	Ignorado	Metoprolol 50mg	Ignorado
Enalapril 10mg	1	Metformina 500mg	Ignorado
Espironolactona 25mg	Ignorado	Verapamil 80mg	Ignorado
Insulina NPH (Unidades/dia):	42		
Insulina regular (Unidades/dia):			
Outros medicamentos:	Ignorado		

LILIAN BERTANDA SOARES
Enfermeiro da estratégia de saúde da família

Anexo D – Fluxograma de atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes da equipe 04/ USF Santo Antônio

