

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão
Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Cambara, Boa Vista, RR**

Luis Rafael Carreño Salazar

Pelotas, 2015

Luis Rafael Carreño Salazar

**Qualificação do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão
Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Cambara, Boa Vista, RR**

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

Orientador (a): Rosângela de Leon Veleza de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S159q Salazar, Luis Rafael Carreño

Qualificação do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Cambara, Boa Vista, RR / Luis Rafael Carreño Salazar; Rosangela De Leon Veleda De Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Rosangela De Leon Veleda De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Agradecimentos

À Deus por guiar meu caminho.

À minha família por ser a força que conduz minha vida.

À minha supervisora Rosângela, por me orientar na realização do projeto.

À minha equipe de trabalho da Unidade Básica de Cambara, pelo apoio do dia a dia.

Resumo

SALAZAR CARRENO, LUIS RAFAEL. **Qualificação do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Cambara, Boa Vista, RR.** 2015 83f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Saúde da Família). Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelota, Pelota 2015.

A hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, representando o principal fator de risco para doenças decorrentes como doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, reduzindo a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos. O projeto de intervenção realizado na USF Cambara na cidade de Boa Vista/RR, no período de abril 2015 a julho 2015 com duração de 12 semanas. O objetivo geral da intervenção foi ampliar a cobertura e qualificar a atenção das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Para o desenvolvimento do projeto foram realizadas ações dentro dos quatros eixos propostos: monitoramento e avaliação, gestão e organização, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para organizar a informação e sistematizar o processo do trabalho foram utilizados como instrumentos a ficha espelho, livro de registro de usuários com hipertensão e diabetes e planilha de coleta de dado. A equipe utilizou os protocolos do Ministério da Saúde e embasou as ações por meio dos cadernos de atenção básica número 36 e 37, 2013. Com a intervenção foi possível cadastrar 346 usuários hipertensos e 162 usuários diabéticos, alcançando uma cobertura de 46,1% usuários hipertensos e 75,3% usuários diabéticos. Além disso, todos os usuários receberam exame clínico apropriado, busca ativa aos faltosos, estratificação de risco e orientações de promoção à saúde sobre alimentação saudável, pratica regular de atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal. Como dificuldades podemos elencar a realização dos exames complementares onde somente cerca da metade dos usuários tiveram acesso a esses e exames e avaliação da necessidade de atendimento odontológico onde aproximadamente 15% dos usuários foram avaliados. Mesmo diante de algumas deficiências conseguimos melhorar a qualidade de nosso serviço, oferecendo um atendimento mais qualificado, melhorando o sistema de registro, aumentando adesão dos usuários a nosso programa e restabelecendo o vinculo com a comunidade. Além disso, as atividades desempenhadas durante o período da intervenção foram inseridas na rotina do nosso serviço e almejamos que em um curto período de tempo, todos os usuários da área de abrangência sejam cadastrados e atendidos pela equipe de saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Fachada UBS Cambara.	12
Figura 2	Fotografia: Consultório médico UBS Cambara.	13
Figura 3	Fotografia: Farmácia UBS Cambara.	13
Figura 4	Fotografia: Palestra realizada para usuários aguardando o atendimento.	50
Figura 5	Fotografia: Reunião grupo de usuários hipertensos e diabéticos na UBS Cambara.	51
Figura 6	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos da ESF Cambara, Boa Vista, RR.	55
Figura 7	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários diabético da ESF Cambara, Boa Vista, RR.	56
Figura 8	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da ESF Cambara, Boa Vista, RR.	57
Figura 9	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da ESF Cambara, Boa Vista, RR.	58
Figura 10	Gráfico: Evolução mensal do indicador de usuários hipertensos com avaliação da necessidade odontológica da ESF Cambara, Boa Vista, RR.	59
Figura 11	Gráfico: Evolução mensal do indicador de usuários diabéticos com avaliação da necessidade odontológica da ESF Cambara, Boa Vista, RR.	60
Figura 12	Fotografia: Busca ativa de usuária	61
Figura 13	Fotografia: Visita domiciliar de usuária	61
Figura 14	Fotografia: Usuária diabética vacinada durante a campanha de vacinação.	61
Figura 15	Fotografia: Encontro com a liderança escola de Canaã.	62
Figura 16	Fotografia: Atividade coletiva com grupo de usuários.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário da Saúde.
CAP -	Caderno Ação Programática.
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial.
CEO -	Centro Especialidade Odontológica.
CNES -	Cadastramento Nacional de Estabelecimento de Saúde.
DM -	Diabetes Mellitus.
ESB -	Estratégia Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia Saúde da Família.
FUNASA -	Fundação Nacional de Saúde.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HC -	Hospital da Criança.
HGR -	Hospital Geral de Roraima.
HMI -	Hospital Materno Infantil.
MS -	Ministério de Saúde.
NASF -	Núcleo de Apoio Saúde da Família.
PA -	Pressão Arterial
PMMB -	Programa Mais Médicos para o Brasil.
PNAN -	Política Nacional e Alimentação e Nutrição
TDF -	Tratamento Fora do Domicílio.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas.
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.
USF -	Unidade de Saúde da Família.
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica.
SUS -	Sistema Único de Saúde.

Sumário

Apresentação	8
Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências	78
Anexos 80	

Apresentação

Este trabalho descreve a realização de uma intervenção que teve como objetivo qualificar a atenção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/diabetes mellitus, na ESF Cambara, localizada na cidade de Boa Vista, estado Roraima. Esta intervenção foi realizada pela equipe 4.2, integrada pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem e três ACS. Cabe destacar que inicialmente o projeto estava planejado com uma duração de 16 semanas, mas por determinação do curso foi reduzido para 12 semanas.

O volume está organizado em sete capítulos, que correspondem às quatro unidades propostas no curso de Especialização em Saúde da Família. No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, que aborda a situação de saúde no município e aspectos da unidade, tais como estrutura física, recursos humanos, materiais e insumos e programas desenvolvidos.

O segundo capítulo, trata-se da Análise Estratégica, que envolve os objetivos do trabalho, as metas, os indicadores, as ações propostas, a logística e o cronograma.

O terceiro capítulo refere-se ao Relatório da Intervenção, que aborda as ações previstas e desenvolvidas durante este período, bem como aquelas que não foram desenvolvidas; também a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção à rotina do serviço.

O quarto capítulo, trata-se da Avaliação da Intervenção, relata os resultados da intervenção e a discussão. Seguido pelo capítulo 5, que traz o relatório da intervenção para os gestores e pelo capítulo 6, que aborda o relatório da intervenção para a comunidade. Finalizando o volume, foi realizada uma reflexão crítica baseada na experiência de aprendizagem pessoal, após de realizada a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade onde eu trabalho é a unidade de Cambara que forma parte da macroárea 3.0 do município de Boa Vista estado Roraima, esta divida em duas áreas cambara e Canaã, eu sou o médico da área de Canaã.

O Posto de saúde da família de Cambara é uma unidade básica de saúde tradicional, que conta com o programa do ministério ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA, a unidade é uma casa que foi adapta para funcionar como um posto de saúde, atualmente o projeto de construção da unidade ainda não foi iniciado.

A unidade esta conformada por duas equipes. Equipe 4.1 integrado por um medico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e cinco agente comunitário de saúde que constituem a equipe da área de cambara, a equipe 4.2 esta conformado por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e cinco agente comunitário de saúde que constituem a equipe da área de Canaã, atualmente a equipe esta incompleta faltando dois agente de saúde.

Enquanto a estrutura física possui dois consultórios médicos e um consultório de enfermagem divide entre as enfermeiras das duas equipes, uma farmácia, sala de direção, recepção, dois banheiros, cozinha, depósito, uma área externa(varanda) para os usuários aguardarem o atendimento, um espaço no corredor onde localiza-

se a triagem. A unidade não conta com sala de vacina, sala de nebulização, sala de curativo nem equipe de saúde bucal.

A gente trabalha com mapa de atendimento, meu mapa de atendimento esta organizado da seguinte maneira segunda-feira turno de manhã atendimento geral, turno da tarde livre para o cumprimento das 4 horas da especialização, terça-feira turno da manhã consulta pré-natal, turno da tarde atendimento geral, quarta-feira turno da manhã visita domiciliar, turno da tarde atendimento geral, quinta-feira turno da manhã HIPERDIA, turno da tarde livre para o cumprimento das 4 horas de especialização, sexta-feira turno da manhã atendimento geral, turno da tarde dividido para atendimento pré-natal e HIPERDIA, nesse turno cada 15 dias a gente faz reunião da equipe, onde se discute as problemática da população assistida e busca de estratégia para atender essa problemática.

A secretaria municipal de saúde de boa vista cada mês faz capacitação em certo tópico médicos para atualizações e melhoramento na aérea de trabalho do Profissional.

A farmácia da unidade conta com medicamentos suficientes para garantir o cumprimento do tratamento de todos os usuários. Uma vez por semana as enfermeiras realizam o exame de preventivo e teste rápido de HIV, SIFILIS E HEPATITE.

No acolhimento o usuário tem acesso na recepção ao cronograma de atendimento do médico, o usuário e acolhido por todos os servidores, orientado e atendido de acordo a suas necessidades, em relação a demanda os usuários da unidade conseguem facilmente vagas para consultas médicas e de enfermagem e acesso aos serviços que são disponibilizados pela unidade, sendo priorizados os casos mais urgentes.

O registro de cada usuário é feito em os prontuários, os quais são arquivados de acordo ao número que tem cada família e agente de saúde que acompanha essa família, o usuário pode tem acesso a seu prontuário no momento que deseje.

A comunidade recebe atendimento de boa qualidade a pesar da falta de uma boa estrutura física, os usuários recebem acompanhamento pelo agente de saúde, medico e enfermeira, na unidade também se atende usuário fora de área.

Os servidores trabalham de acordos com os protocolos do ministério de saúde, a equipe faz ações coletivas através de palestras feitas pela equipe para orientar a comunidade.

Apesar das muitas limitantes em quanto à estrutura física, a comunidade esta aderida ao trabalho da unidade, a população é bem atendida e o serviço que recebem compensam as maiorias das necessidades. Os servidores que trabalham na unidades são muito amigos, como se fosse uma família amiga com um mesmo proposito, resolver as problemática de nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Estado de Roraima situa-se no extremo norte do Brasil, sendo cobertos 60% pela floresta amazônica. Faz fronteira com a Venezuela ao norte e noroeste, Guiana ao leste, Pará ao sudoeste e Amazonas ao sul e oeste. Tornou-se estado em 1988. É caracterizado como o Estado Brasileiro com o menor número de municípios, possuindo apenas 15, assim como é Estado menos populoso. Segundo o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, a sua população estimada é de 936 mil habitantes, distribuídos pelos 15 municípios. A sua capital é Boa Vista, que segundo o mesmo órgão possui atualmente 234 mil habitantes. Em relação à economia suas atividades econômicas predominantes são a agricultura, pecuária e extrativismo (mineral e vegetal).

No município de Boa vista, a rede de saúde é composta basicamente por instituições públicas de saúde, sendo 16 Unidades Básicas de Saúde e 16 Unidades de Saúde da Família. Essas unidades possuem 55 equipes, que estão divididas em 06 macroáreas cada, cobrindo 310 microáreas. Apenas 22 unidades contam com equipe de saúde bucal, limitando o acesso da população a esses serviços. Como rede de apoio aos serviços, o município conta com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), totalizando seis equipes, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), o centro de especialidades médicas e uma policlínica. Como referência de média e alta complexidade, o município possui cinco unidades hospitalares: o Hospital Geral de Roraima, o Hospital da criança Santo Antônio, o Hospital materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré, o Hospital do Rim de Roraima e o Hospital da Mulher, sendo o Hospital Geral de Roraima (HGR) a

unidade hospitalar de referência do estado, responsável pelo atendimento dos usuários referenciados dos 15 municípios.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o HGR possui atendimentos para as seguintes especialidades: cirurgia Buco-Maxilo-Facial; Cirurgia Geral; Gastroenterologia; Nefrologia; Urologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Traumatologia; Otorrinolaringologia; e Plástica Torácica. A equipe encaminha os usuários para as especialidades, dependendo da necessidade. Quando esgotados todos os meios de tratamento disponíveis no município, os usuários e acompanhantes são encaminhados para atendimento Fora do Domicilio (TFD), instituído pela portaria nº 55 da secretaria da assistência a saúde. Os exames complementares são realizados em vários postos de saúde e o município possui convênio com laboratórios particulares. Por fim, como dito anteriormente, Roraima possui a maior reserva indígena do Brasil, a qual é atendida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde – DSEIS, que ofertam ações de atenção primária e ações de urgência e emergência de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Assim, o cuidado a essa população se dá através do atendimento nas próprias comunidades (aldeias).



Figura 1. Fachada USF Cambara.

A unidade que atuo denomina-se Unidade de Saúde da Família (USF) Cambara. É uma unidade Urbana, localizada na macroárea 3.0, composta por duas equipes, as quais possuem em seu quadro um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe no

momento, esta apenas com quatro ACS, o que prejudica a garantia da oferta de cuidado a população. No momento a unidade possui vínculo com instituições de ensino das esferas Federal, Estadual, Municipal e com a rede particular. Caracteriza-se como centro de formação para profissionais da área de saúde que almejam atuar na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No que tange a estrutura física, a unidade é uma casa adaptada para o serviço. Possui dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem que é dividido pelos dois enfermeiros das equipes, farmácia, recepção, dois banheiros, sendo um para os usuários, e outro banheiro para os servidores, cozinha, depósito, uma área externa (varanda) onde os usuários aguardam o atendimento.



Figura 2. Consultório Médico da USF Cambara.



Figura 3. Farmácia UBS Cambara.

A triagem dos usuários é realizada no corredor que dá acesso aos consultórios. Todas as salas são climatizadas e amplas. A estrutura física da unidade prejudica o desenvolvimento de atividades essenciais ao programa, como as ações de promoção de saúde e de educação continuada da equipe, bem como a oferta de alguns serviços, considerando que o posto não possui sala de reunião, sala de curativo, nebulização e vacina. A equipe conversou com a gestão sobre essa situação, alertando a necessidade de disponibilizar esses serviços na unidade, de modo a garantir o acesso da comunidade. No entanto a gestão informou que, no futuro, almeja construir uma unidade que seja capaz de contemplar a necessidade do serviço e que esta seria planejada de acordo com o previsto no manual de barreira arquitetônicas.

A maior parte dos profissionais são engajados e possuem compromisso com a comunidade, algumas atribuições não podem ser realizadas por falta de estrutura física da unidade, como, por exemplo, curativos, vacinação, nebulização. Não contamos com a adesão da população aos grupos e atividades de promoção de saúde desenvolvidas pela equipe, levando à dificuldade de um bom funcionamento da unidade, considerando que muitas vezes o enfoque da atuação é restrito a assistência e não a promoção e prevenção. Os profissionais da unidade cumprem suas obrigações, realizando as atribuições, conforme definido pela portaria nº 2488/11. O médico realiza atendimento clínico geral, visitas domiciliares, participa das atividades coletivas como palestras, capacitações e reuniões de equipe. A enfermeira importante integrante da equipe realiza o teste rápido, preventivo, consultas de pré-natal e puericultura, além de participar de palestras e capacitações e de organizar a reunião de equipe. O farmacêutico além de organizar os insumos e medicamentos, orienta os usuários quanto à utilização dos medicamentos. A recepção é responsável por acolher e direcionar os usuários para os devidos atendimentos.

A minha equipe é responsável por atender a comunidade do Canaã. O total de pessoas cadastrada nesta comunidade é de 4219, distribuídas da seguinte maneira: 58 crianças menores de 1 ano, 248 crianças entre 1 e 4 anos, (135 do sexo masculino e 113 do sexo feminino), 1508 homens, 1690 mulheres, 325 adolescentes (157 do sexo masculino e 168 do sexo feminino), e 166 idosos. A comunidade tem duas áreas descobertas onde não se tem informação das faixas etárias, atualmente essas áreas descobertas contém aproximadamente 388 pessoas, de acordo á informação obtida com os ACS. Segundo, a portaria nº 2488/11, o tamanho da equipe é insuficiente para dá conta da comunidade, considerando que cada equipe deve ser responsável por no máximo 3500 pessoas e que hoje não possuímos ACS para todas as microáreas, deixando áreas sem acompanhamento. A equipe não possui uma estratégia para monitorar a população da área descoberta. Esses usuários possuem acesso à unidade, sendo acompanhados através de consultas médicas previamente agendadas. Quando necessitam de acompanhamento domiciliar, o familiar se dirige até a unidade para solicitar a visita. A secretaria de saúde tem conhecimento dessa área descoberta, mas não disponibiliza o ACS que necessitamos. Assim, a equipe não cobre adequadamente a sua área de atuação, já que não a conhece em sua totalidade, não sendo monitoradas adequadamente

pelos ACS. Além disso, a equipe não consegue realizar atividade coletiva em espaços públicos, já que a localização da unidade é distante da comunidade do Canaã, estando os espaços sociais mais próximos localizado no Bairro Cambara.

No que se refere à demanda espontânea, os usuários da unidade conseguem facilmente vagas para consultas médicas e de enfermagem, acessando com facilidade os serviços disponibilizados pela unidade. No entanto, cabe destacar, quando necessário, que priorizamos os casos mais urgentes. O usuário tem acesso na recepção ao cronograma de atendimento, ao cronograma de visitas domiciliares do médico e da enfermagem, assim como informações sobre referências das especialidades, serviços ofertados pela rede e locais para realização de exames.

Na unidade de Cambara realizamos atenção a Saúde da Criança, a consulta de puericultura é realizada uma vez por semana pela enfermeira da equipe na faixa etária de zero até cinco anos de idade. O médico realiza atendimento de criança a livre demanda de todos os grupos etários nos cinco dias da semana tanto de manhã como a tarde, a unidade também oferta atendimento para as crianças fora de área. Analisando o Caderno de Ações Programáticas (CAP) nossa área de cobertura tem 58 crianças menores de 12 meses, equivalendo a 88% da estimativa. A equipe reconhece que nem todas as crianças são acompanhadas na unidade, já que muitas mães não frequentam a puericultura. O marcador de qualidade define que a primeira consulta de puericultura deve ser realizada até os sete dias após do nascimento, no entanto nossa cobertura corresponde a apenas 69%.

O programa prevê que seja realizado o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na consulta, a promoção do aleitamento materno exclusivo, o acompanhamento do calendário vacinal, a prevenção de anemia implementando sulfato ferroso profilático desde os seis meses até 24 meses e ações de prevenção a acidentes e violência. Quando iniciamos o trabalho na unidade, não possuímos registros adequados, assim para preencher os dados do caderno de ações programáticas, utilizamos como fonte os prontuários médicos. As ações desenvolvidas pela equipe, atualmente, se limitam a realização das medidas antropométricas para monitorar desenvolvimento e crescimento, a suplementação de vitamina A e de sulfato ferroso profilático, orientações nutricionais e o acompanhamento das condições de saúde para o recebimento do benefício Bolsa Família, Programa do governo Federal. O técnico de enfermagem é o responsável pelo cadastramento das crianças no programa e aferimento dos dados

antropométrico, já o envio dos cadastros para a secretaria municipal de saúde é realizado pela diretora. As ações não são estruturadas de forma programática, não existe a adoção de um Protocolo ou Manual Técnico para o planejamento e seguimento das ações, o atendimento é realizado a partir da livre demanda, não há registro do atendimento em formulários específicos de acompanhamento, não utilizamos cartão espelho, a consulta são apenas registradas nos prontuários clínicos. O acompanhamento das ações ocorria, a partir da análise mensal da produção pela enfermeira, médico e pelos ACS.

Durante a reunião da equipe os dados eram apresentados e a mesma discutia estratégias pontuais para aumentar a adesão da comunidade ao programa. Podemos observar após os instrumentos ofertados pela UFPEL que a Atenção à saúde da criança ofertada por nossa unidade é precária. Foram identificados alguns pontos críticos, como ausência de uma sala específica com jogos para a espera da criança, ausência da sala de vacina, ausência de continuidade no acompanhamento, crescimento e desenvolvimento da criança. Como estratégia para adesão da comunidade ao serviço de puericultura, as ACS, no momento da visita domiciliar tentar sensibilizar as mães sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança. O médico e a enfermeira aproveitavam quando estas vinham a consulta para explicar o programa e seus benefícios para o desenvolvimento da criança. As ações educativas de promoção e prevenção acontecem por meio de palestras organizadas pela equipe.

Na unidade de Cambara trabalhamos com atendimento e acompanhamento de gestantes, o atendimento da equipe ocorre na terça-feira de manhã, sendo realizado pelo médico, e terça- feira de tarde e quarta-feira pela manhã sendo realizada pela enfermeira. A equipe tem atendimento de gestante fora de área. Analisando o CAP nossa área de cobertura corresponde a 74%, estando à equipe no momento responsável pelo acompanhamento de 47 gestantes.

As maiorias dos indicadores de qualidades são alcançados como: consulta no primeiro trimestre, vacinação ao dia, solicitação de exames laboratoriais, suplemento com sulfato ferroso e ácido fólico, e o calendário de consultas subsequentes de acordo com o protocolo. A única ação que não é realizada é a de acompanhamento da saúde bucal, já que não contamos com equipe de saúde bucal, conforme descrito anteriormente. No entanto, destacamos a ausência da sala de vacina debatida anteriormente e do acompanhamento de saúde bucal como pontos negativos, que

necessitam ser revistos. Como estratégia de garantia de acesso a esses serviços, as gestantes são orientadas a buscá-los em outras unidades. A equipe monitora o cartão de vacina de cada gestante em todas as consultas e as gestantes que não estão com o cartão de vacina em dia são convidadas a participar de uma curta palestra que versa sobre as vantagens da vacinação para a mãe e para a criança. A equipe utiliza o protocolo do ministério de pré - natal de baixo risco datado de 2006. A unidade conta com ficha espelho de gestante e cartão para gestante. As consultas são agendadas de acordo ao protocolo ministerial. Tentamos captar as gestantes ainda no primeiro trimestre da gravidez, sendo as mesmas cadastradas na primeira consulta. Cadastramos as gestante no SISPRENATAL e passam a ser acompanhadas através de consultas intercaladas com médico e enfermeira. Os casos identificados pelas ACS durante a visita domiciliar são agendados imediatamente. Os ACS, então, as encaminham para a unidade, de modo que estas iniciem o acompanhamento pré-natal. A única dificuldade encontrada pela equipe se refere à área que esta sem agente comunitário de saúde, pois nesta não conseguimos fazer a captação precoce das gestantes.

Na unidade, as usuárias recebem sulfato ferroso e acido fólico, e realizam os testes rápidos de HIV, SIFILIS e HEPATITE. A unidade não conta com sala de vacinas, mas as gestantes são orientadas a tomar as vacinas em outras unidades. O aleitamento materno é estimulado em cada consulta tanto pelo médico, quanto pela enfermeira. As gestantes participam ativamente das ações de educação coletiva desenvolvidas pela equipe. Elas gostam das palestras e frequentam o grupo de gestante.

Nossa unidade trabalha com à prevenção de câncer de colo uterino por meio da realização do exame de Papanicolau. Este exame é realizado na unidade pela enfermeira uma vez por semana em turno específico. No caso das mulheres que não podem comparecer na unidade nesse turno, são agendadas conforme disponibilidade. As ações de prevenção e cuidado estão orientadas para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. A equipe também atende a mulheres de fora de área. Analisando o CAP a nossa área deve cobrir 901 mulheres com idade entre 25 e 64 anos. No entanto, apenas 560 mulheres são acompanhadas pela unidade de acordo com a informação dos ACS e só 100 mulheres realizam o exame de Papanicolau, representando apenas 11% de cobertura. Utilizamos o protocolo do Ministério de Saúde (MS) para prevenção de câncer de colo uterino. A equipe

orienta as mulheres da área sobre a importância de realizar o preventivo, explicando que sua realização periódica permite o diagnóstico precoce, minimizando os casos de mortalidade por câncer do colo do útero. Depois de realizado o procedimento, a informação é registrada no prontuário da usuária. A equipe entra em contato com a mesma para entregar o resultado, assim como as orienta sobre retorno a consulta e acompanhamento dos casos diagnosticados. A enfermeira tem um livro de registro dessas usuárias, no qual anota todos os exames e a data de entrega dos resultados. Quando o exame apresenta resultado alterado, o médico encaminha a usuária, ao serviço do centro de referência da mulher localizado na maternidade Nossa Senhora de Nazareth, que conta com especialista na área de ginecologia, oncologia e patologia cervical para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Em relação às ações de prevenção e promoção, a equipe conta com um grupo que discute a menopausa e o climatério. Esses grupos se encontram mensalmente, abordando diversas temáticas sobre a saúde da mulher.

Em relação a prevenção de câncer de mama, acho que a equipe poderia melhorar, visto que não temos conhecimento da quantidade exata de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que residem na área, já que a equipe não possui um registro organizado. No momento da consulta, os profissionais realizam ações de prevenção do câncer de mama, através de orientações de como fazer o auto-exame de mama. No entanto, o acesso ao exame de mamografia não é fácil, levando a um agendamento demorado, e a uma quantidade pequena de usuárias que consegue realizá-lo. Isto se dá porque o município possui apenas com um centro de referência que oferta esse serviço. Nos casos com resultado alterado, a equipe encaminha a usuária para o centro de referência da mulher que conta com o atendimento de mastologistas. Em relação aos resultados da mamografia, o mesmo é entregue diretamente a usuária que deve passar pelo médico, mas nem sempre a consulta de retorno é agendada. Ao analisar o programa podemos observar que se torna necessário reorganizar o serviço da unidade, visto que não possuímos um livro que contenha registrado das usuárias que não realizaram o exame de mamografia nos últimos seis meses e das que estão com a mamografia em dia. Observamos que a equipe não monitora as ações desenvolvidas, já que sua abordagem não é organizada e sim pontual baseada na busca da usuária por serviços de assistência. Assim, evidencia-se que a equipe deve melhorar a forma de armazenar as informações, para poder acompanhar o resultado do trabalho desenvolvido. Como

estratégias de melhoria e avanço na organização dos serviços pensamos em criar um livro de registro para termos controle de mulheres que já realizaram a mamografia e das mulheres que tem risco para o câncer de mama. Desta forma, pensamos em rastrear o câncer de mama, através dos agentes comunitários de saúde, que será responsável por identificar as mulheres com 50 anos ou mais que nunca fizeram mamografia, assim como orientar as mulheres com 25 anos ou mais sobre a necessidade de realizar o auto-exame de mama e o preventivo.

Em relação ao programa dos hipertensos e diabéticos, na unidade de Cambara o programa HIPERDIA é implantado. O atendimento ao programa HIPERDIA é realizado uma vez por semana para assegurar o atendimento e acompanhamento de qualidade aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Na unidade acolhemos a livre demanda, sendo priorizados os casos de maior risco de modo a agilizar o atendimento clínico e oportuno, evitando intercorrências. Analisando o CAP, nossa área conta com 252 hipertensos, representando uma cobertura de 34%, atualmente existem novos casos de usuários com hipertensão que ainda não se encontram cadastrado na unidade e que não são acompanhados pela equipe. Ao avaliar os indicadores de qualidade, observou-se que a equipe realizou estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre alimentação saudável e prática de atividade física em 100% das consultas. No entanto, foi observado que as consultas de retorno são agendadas com atraso, em média de sete dias, situação que ocorreu em 32% dos casos. O único indicador que não pode ser avaliado é o de avaliação da saúde bucal, já que nossa unidade não possui equipe de saúde bucal.

Em relação à diabetes, nossa área de cobertura conta com 156 usuários cadastrados com essa patologia, representando 73% de cobertura, considerando que o caderno de ação programática prevê 252 usuários portadores da patologia para a área. . Em relação aos indicadores de qualidade 97% dos usuários foram avaliados quanto a estratificação de risco cardiovascular, 51% estão com consulta em atraso, 100% dos usuários realizaram exame físico integral e 97% recebem orientações de alimentação saudável e prática de atividade física. Da mesma maneira que acontece com os usuários hipertensos, nossa equipe tem novos casos de usuários com diabetes que não estão cadastrados ainda. A unidade utiliza o manual técnico de hipertenso e diabético proposto pelo ministério datado de 2013, como protocolo orientador do processo de trabalho. No momento não contamos com

um sistema de registro específico para usuário com doenças crônicas. Os dados são registrados apenas no prontuário. No momento que realizamos as atividades do curso para o preenchimento do caderno de ações programática os dados foram coletado dos prontuários. Os usuários que procuram consultas de rotina têm prioridade no agendamento, como uma forma desse ser inserido novamente no programa. Na unidade é realizado também o teste de glicose capilar nos usuários diabéticos ou com sintomas de diabetes, além de avaliarmos e orientarmos os usuários quanto aos hábitos de alimentação. Os usuários são acompanhados mensalmente, tendo suas consultas de retorno agendadas de um mês para o outro, independente dos usuários apresentarem problemas agudos. Os exames laboratórios indicados pelo protocolo para monitorar e acompanhar a doença estão disponível na rede publica.

Em toda consulta, os usuários são orientados sobre cuidados dos pés, sono suficiente e atividades físicas adequadas. Contamos com medicamentos suficientes para os usuários com diabetes e hipertensão retirada mensalmente pela farmácia de modo que seja realizado o controle da doença. Nossos usuários são encaminhados para a consulta com endocrinologista e cardiologista em caso das complicações. A equipe pontua como dificuldade o cadastramento dos novos usuários, já que não possui numero suficiente de ACS, tornando o cadastro atual incompleto. A equipe reconhece que cada dia surge novos casos na comunidade e que não consegue realizar o acompanhamento adequado dos usuários. Destacamos que muitas vezes falta adesão ao tratamento por parte dos usuários e que ausência da equipe de saúde bucal, impossibilita um acompanhamento integral dos mesmos.

Em relação ao atendimento e cuidado do idoso, a nossa unidade realiza o acompanhamento dos mesmos. No entanto, o atendimento é realizado a partir da busca dos usuários pelo serviço. Normalmente, são atendidos como prioridade. O atendimento a esse grupo acontece os cinco dias da semana em ambos turno de manhã e a tarde. Analisando o CAP nossa área de abrangência tem 166 usuários acima de 60 anos, o que representa uma cobertura de 72%. Desses 120 são portadores de hipertensão e 80 de diabetes. No que tange aos indicadores de qualidade, 100% estão com avaliação de risco de morbimortalidade em dia, recebem orientação alimentar e são investigados sobre a fragilidade na velhice. Nossa unidade não conta com caderneta do idoso e não realiza registro específico para esse tipo de usuário. As informações são preenchidas no prontuário. O serviço adota

o manual técnico do Ministério da Saúde/2006: (Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa). O acolhimento inicial acontece na recepção onde a recepcionista pega o prontuário e encaminha para o técnico de enfermagem que realiza a triagem, recolhendo informações sobre a queixa e os encaminhado para o consultório para o atendimento médico. Na consulta, o médico solicita os exames complementares, assim como prescreve as medicações, conforme protocolo adotado. Os ACS realizam as visitas domiciliares, quando identificam alguma necessidade solicitam que a enfermeira ou o médico realizem a visita domiciliar. A equipe realiza atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe. Essas atividades consistem em palestras onde são tratados diferentes tópicos, assim como orienta o idoso, seus familiares ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos. O rol dos medicamentos ofertados pela unidade possibilita garantir uma boa assistência farmacêutica para esse grupo com medicamentos para hipertensão, colesterol, asma, rinite, osteoporose, glaucoma e fraldas geriátrica, infelizmente a adesão desse grupo de usuário é baixa, devido as limitações de acesso, já que estes tem dificuldade de se dirigir a unidade.

Considerando a Estratégia de Saúde da Família, é necessário que a equipe esteja apta a reconhecer os problemas de saúde mais prevalentes no território de atuação. Para tal, as famílias devem ser cadastradas, deve ocorrer atualização constante do mapa de atuação da equipe, assim como Integração da equipe de saúde e a população. Avalio a minha UBS como uma Unidade Básica de Saúde que oferece um serviço seguro, efetivo e oportuno dentro das nossas possibilidades com objetivos de oferecer ao usuário uma saúde digna e de qualidade. Temos muitos desafios por enfrentar, a exemplo da estrutura física insuficiente, da alta demanda dos usuários que procuram atendimento e da falta de pessoal na equipe. Contudo, a equipe trabalha em conjunto em uma só direção, buscando ofertar um serviço de qualidade para os usuários. Destacamos que o grupo é motivado, capacitado e que atua com profissionalismo, que faz a diferença, acolhendo as necessidades dos usuários. No que tange ao preenchimento dos questionários, ressalto que não foi uma tarefa fácil, visto que muitos dados estavam inconclusos e outros faltavam. Foi necessário que a equipe fizesse uma busca e conseguisse resgatá-los em prontuários e registros. Utilizamos as reuniões de equipe para completar os dados e pensar em estratégias que permitam recolher os dados que a equipe não possui.

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

Em comparação com o texto de análise da UBS, o primeiro texto elaborado na semana de ambientação foi mais instintivo e o segundo texto, foi orientado mais a refletir a situação mais detalhadas de nossa realidade.

O primeiro texto foi elaborado mais como descritivo, limitado só à estrutura física da UBS e organização de trabalho um texto realizado pela primeira impressão na chegada a um novo ambiente de trabalho, mas quando iniciei o relatório de análise situacional, foi quando na verdade reconheci os verdadeiros problemas de nossa equipe. No início observei que a equipe tinha falta de organização, pois, cada membro trabalhava do jeito que queria, era necessário definir a função de cada profissional de equipe para caminhar todos em uma mesma direção para garantir que o trabalho em equipe fosse a principal ferramenta do projeto coletivo. Era necessário melhorar nosso sistema de registro de informação para definir nossa área de atuação. Quando comecei o análise da minha UBS, observei problemas com o preenchimento dos questionários ofertados pela UFPEL. Primeiro pela dificuldade na língua portuguesa e segundo pelo desconhecimento no sistema de trabalho na atenção básica. Foi uma confusão total porque não sabia por onde iniciar. Mais entendi que o primeiro passo para atuar na estratégia saúde da família era definir o território de atuação, melhorar o cadastramento das famílias e melhorar o vínculo com a comunidade ganhando a confiança dos usuários para participarem de nossas atividades. Aumentar o número de visitas domiciliares e aproveitar os espaços físicos da unidade para realizar nossas atividades coletivas e promover prevenção e educação e saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças altamente prevalentes e de elevada incidência, representando um sério problema de saúde pública em todo mundo em decorrência, principalmente, das suas complicações crônicas. A complicação de maior importância para a saúde pública é a doença cardiovascular, considerando que hoje representa uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira. (WHO, 2008). A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações funcionais ou estruturais do órgão-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Revista Brasileira de Hipertensão, 2010). Em relação à diabetes mellitus (DM) esta se caracteriza como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. No Brasil, nos últimos anos o número de casos de hipertensos e diabéticos tem aumentado de forma progressiva, chamando a atenção para a necessidade das unidades de saúde apostar em ações de prevenção, promoção à saúde, diagnóstico precoce e tratamento. Ações estas que devem ser realizadas principalmente no âmbito da atenção básica, de modo que os usuários portadores de tais patologias sejam acompanhados e monitorados,

diminuindo os casos de gravidade das patologias (Revista Brasileira de Hipertensão, 2010).

O programa de acompanhamento de pessoas com HAS e DM está implementado como uma das ações programáticas da unidade de saúde da família que atuo. A unidade denominada Cambara esta localizada na zona urbana da cidade de Boa Vista no estado de Roraima. No que tange a estrutura física, a unidade é uma casa adaptada para o serviço. Possui dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, farmácia, recepção, dois banheiros, sendo um para os usuários, e outro banheiro para os servidores, cozinha, depósito, uma área externa (varanda) onde os usuários aguardam o atendimento. A unidade é composta por duas equipes, que se dividem no atendimento a população. A equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. O número de ACS é insuficiente e por tal motivo, temos duas áreas descobertas que não vem sendo acompanhada adequadamente pela equipe, sendo garantido apenas o acesso ao atendimento médico.

A minha equipe é responsável pelo atendimento da área do Canaã que conta com 4219 pessoas cadastradas, e de acordo a informação do caderno de ações programáticas desse total 751 pessoas tem hipertensão e 215 tem diabetes. O atendimento desses usuários acontece com livre demanda, sendo atendidos como prioridade. Os usuários cadastrados no programa de atenção a pessoa com hipertensão e diabetes são acompanhados pelos ACS, médico e enfermeira. No cronograma de atendimento da unidade, o turno de quinta-feira de manhã é reservado para o atendimento do programa. Os usuários são encaminhados para as diferentes especialidades como cardiologista, endocrinologista, nutricionista. Oferecemos palestras fazendo promoção de saúde, orientado a comunidade sobre como identificar as principais intercorrências e modificar hábitos no estilo de vida.

Por isso pensamos ser adequado abordar esse foco na intervenção, uma vez que a HAS e DM representa a principal problemática de saúde de nossa área de abrangência, mesmo levando em conta que a estrutura física da unidade limita a realização de ações de educação em saúde, mas estas podem ser desenvolvidas em outros locais na comunidade. Além disso, a equipe não conseguiu acompanhamento de todos os usuários e não conseguiu identificar os novos casos, não possui registro específico dos usuários do programa e os exames

complementares preconizados constantemente não atendem a todos. Por tudo isso pensamos em implementar esse foco para poder corrigir essas e outras falhas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar o programa de atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF do Cambará, Boa Vista/Roraima.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial em quatro meses e 100% em seis meses.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus em quatro meses e 100% em seis meses.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Meta 2.3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção será estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na ESF Cambará, localizada em Boa Vista, Roraima. O desenvolvimento do projeto contará com a participação de todos os integrantes da equipe 4.2 e terá como foco o programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. O público alvo desse projeto são todos os 442 adultos com 20 anos ou mais diagnosticados com estas patologias e outros que venham a ser diagnosticado. Como ferramenta de apoio serão utilizados os cadernos de Atenção Básica: estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica – HAS e estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica – DM.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para alcançar os objetivos propostos nessa intervenção as ações correspondentes a cada objetivo foram organizadas em quatro eixos estruturais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

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

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Esse monitoramento será realizado a partir do preenchimento da planilha de coleta de dados fornecida pela UFPEL, revisão mensal de fichas espelho e prontuários. O médico irá levantar com as ACS quantos usuários tem cadastrado no programa e planejar reunião semanal como se dará o processo de cadastramento dos novos usuários. O levantamento do cadastro será realizado semanalmente e ocorrerá o registro na ficha espelho disponibilizada pelo curso.

Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Cada profissional que atender o usuário ficará responsável por preencher uma parte dos registros. Essas etapas serão divididas e discutidas em reunião de capacitação e serão monitoradas mensalmente. Os ACS, quando detectar necessidade, também serão autorizados a agendar as consultas conforme a disponibilidade.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Isso será realizado no dia a dia do serviço, nas visitas domiciliares e em reuniões convocadas para discutir e aperfeiçoar o programa. Inclusive a comunidade será chamada para dialogar com a gestão a respeito das melhorias necessárias para implantação das melhorias do serviço.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Isso será realizado a partir de capacitação organizada para este fim. Essa capacitação será realizada seguindo cronograma de temas pactuados pela equipe que serão abordados semanalmente na reunião de equipe. Os temas trabalhados serão referentes as informações contidas nos cadernos de atenção básica. A capacitação utilizara como metodologia a exposição dialogada.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento ocorrerá através da análise da ficha espelho do usuário e dos prontuários de atendimento. O profissional responsável avaliará se os profissionais quando da realização do exame clinico seguem as orientações dos cadernos de atenção básica.

Organização e gestão do serviço

Os profissionais serão orientados sobre os passos par realizar adequadamente o acompanhamento clinico dos usuários do programa. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. A capacitação dos profissionais ocorrerá no momento da reunião de equipe. Será reservada duas hora para debater os temas propostos pela equipe, que se relacionam aos protocolos ministeriais para o desenvolvimento das ações do programa.

Engajamento público

Os ACS orientaram a comunidade no momento da visita domiciliar sobre os riscos associados às patologias da hipertensão e diabetes. Serão realizadas palestras na unidade para o grupo e sala de espera sobre a temática. Na consulta médica e de enfermagem os usuários serão orientados, bem como no atendimento dos demais profissionais que atuam na unidade.

Qualificação da prática clinica

A equipe deverá ser capacitada na realização de exame clínico apropriado. Serão realizadas reuniões semanais com duas horas de duração e participação de todos os integrantes da equipe, utilizando como ferramentas de apoio ao momento

de educação permanente da equipe, texto de apoio e vídeos disponibilizados pelo MS sobre a temática. .

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

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

Monitoramento e avaliação

Esse monitoramento será realizado a partir da análise das fichas espelhos e do registro do livro ata do programa, quando necessário os prontuários de atendimento deverão ser revistos para incluir possíveis informações que podem ter não ter sido anotada.

Organização e gestão do serviço

Garantir a solicitação dos exames complementares. O profissional responsável informará a secretaria de saúde do município a necessidade de manter a cota mensal de exames complementares para que sejam realizados os previstos pelo protocolo utilizado pela unidade. Essa cota deve ser mensurada pela necessidade do serviço. Para tal, o cadastro dos usuários do programa deve está atualizado.

Engajamento público

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Os ACS informarão a comunidade e aos usuários do programa a necessidade de realização dos exames complementares. Essas informações serão repassadas, por essas profissionais, tanto no momento da sala de espera quanto no momento da visita domiciliar.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Todos os usuários devem ter acesso garantido aos medicamentos da farmácia popular e da

farmácia da unidade. Esse monitoramento será realizado mensalmente pelo profissional responsável por solicitar o pedido de medicamentos à secretaria municipal de saúde. Ele avaliará se o estoque de medicamentos foi suficiente para cobrir o atendimento realizado no mês e se algum usuário necessitou utilizar medicamento não disponibilizado pela Farmácia Popular/Hiperdia. Avaliará com o profissional prescritor os casos de medicações, não previstas pela farmácia, mas necessárias ao desenvolvimento do programa. Enviará a lista à gestão municipal para avaliar a possibilidade de aquisição, a necessidade de reposição do acesso a partir do registro de entrega dos medicamentos que se encontra na farmácia

Organização e gestão do serviço

Mensalmente será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Esse controle será realizado pelo farmacêutico e supervisionado pela enfermeira da unidade. Será criada uma planilha que possibilitará acompanhar a entrada e saída de medicamentos, de modo que possa ser garantida a oferta dos medicamentos a todos os usuários cadastrados no programa.

Engajamento público

Os usuários serão orientados sobre o direito ao acesso aos medicamentos disponibilizados pela Farmácia popular/ Hiperdia. Serão conscientizados sobre a disponibilidade dos medicamentos, buscaremos desmitificar que os remédios ofertados pelo SUS não são de boa qualidade e que há uma diversidade de medicamentos capazes de atender casos específicos, apresentando-se como possíveis alternativas de acesso.

Qualificação da prática clínica.

A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/hiperdia. O médico e enfermeiro devem prescrever medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular/ Hiperdia.

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

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

Monitoramento e avaliação.

Deve ser organizada uma ação que possibilite a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para hipertensos e diabéticos. O profissional responsável

por monitorar a ação, acompanhará os encaminhamentos. Mensalmente, na reunião de equipe será debatido com a equipe à quantidade de atendimentos realizados. Deve ser garantido o encaminhamento para unidade de referência dos usuários provenientes da necessidade de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

A unidade deverá pactuar com a gestão o encaminhamento dos usuários para atendimento odontológico em unidade de referência, visto que a unidade não possui equipe de saúde bucal. A equipe deve pactuar a quantidade de vagas que será disponibilizada semanalmente para atendimentos os usuários cadastrados na unidade, acompanhando os casos que necessitam de retorno, os casos de tratamento concluído e o acompanhamento semestral. A distribuição de vagas será realizada pela enfermeira da unidade, que entregará aos ACS a data da consulta marcada para os usuários de sua micro-área.

Engajamento público

A comunidade deve ser orientada sobre a importância de realizar a avaliação de saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Em palestras realizadas na comunidade e na sala de espera na unidade serão esclarecidos temas como higiene bucal, importância do cuidado com a saúde bucal e do acompanhamento dos usuários com HAS e DM pela equipe de saúde bucal, minimizando os riscos de ocorrência de doenças periodontais e cárie dentária.

Qualificação da prática clínica

A equipe solicitará da gestão a capacitação por uma equipe de saúde bucal, em cuidados de higiene, avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensão e/ ou diabetes ao programa

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, Semanalmente, a enfermeira e o médico irão avaliar o livro de acompanhamento dos usuários. Contabilizaram os usuários que faltaram à consulta

de retorno, identificando-os. Os ACS receberam a relação dos usuários de sua área que devem ser convocados a realizar a consulta de acompanhamento na unidade. A data de consulta de retorno será entregue a esse usuário.

Organização e gestão do serviço

A unidade irá organizar as visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos a consulta periódica através de verificação da agenda de atendimento diariamente e os nomes das pessoas que faltaram serão repassados para busca ativa. A equipe implantará um livro de registro que possibilitará acompanhar data de consulta, medicamentos, exames solicitados entre outros aspectos do grupo cadastrado no programa HIPERDIA. Através desse registro será possível identificar os usuários faltosos e agendar as visitas domiciliares de busca ativa.

Engajamento público

Em reuniões na comunidade e na sala de espera da unidade, a comunidade será esclarecida sobre a importância dos usuários com hipertensão e diabetes realizarem as consultas não faltando à consulta programada.

Qualificação da prática clínica

Os ACS serão capacitados para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. O responsável por essa capacitação será o médico e o enfermeiro da unidade.

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% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

O monitoramento dos registros específicos será realizado uma vez por mês, os ACS revisarão os registros dos dados dos usuários cadastrados nos HIPERDIA em acompanhamento na unidade. Esses dados serão apresentados na reunião de equipe. A equipe avaliará o livro de registro para analisar se há usuários que não foram cadastrados no SIAB. Casos suspeitos serão repassados para a equipe.

Organização e gestão do serviço

Será implantada como ferramenta de suporte ao processo de intervenção a ficha de acompanhamento. Toda a equipe será capacitada quanto a sua utilização e quanto ao registro adequado. Essa capacitação ocorrerá na reunião mensal. O

responsável municipal pelo programa será convidado a participar de uma reunião com a equipe para debater a temática e atualizar a equipe quanto os registros que estão sendo atualizados. Será implantado o livro ata do programa que conterá o registro de cada usuário cadastrado no programa. Esse registro deve ser avaliado mensalmente pelo enfermeiro e apresentado na reunião de equipe, de modo que o atraso ou a ausência de realização de algum das ações previstas sirva de alerta para a equipe.

Engajamento público

A equipe agendará reuniões nos diversos espaços sociais, de modo que esclareça a comunidade, o direito ao acompanhamento pela unidade de saúde. Assim como, falará do direito desse usuário de ter acesso ao seu registro de saúde, solicitando a segunda via, quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas.

Qualificação da prática clínica

A equipe deve ser capacitada quanto ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético, bem como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para a 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 unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Essa avaliação será de responsabilidade do médico. Os usuários que necessitam realizar o monitoramento do risco cardiovascular serão encaminhados para a realização dos exames complementares imediatamente.

Organização e gestão do serviço

A unidade deve priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Para tal, será implantado um fluxograma de acesso dos usuários portadores de risco cardiovascular., de modo que seu acompanhamento seja mais rigoroso e

dependendo do caso seja diminuído o prazo para realização da avaliação podendo passar a ser trimestral, ou semestral.

Engajamento público

Os usuários devem ser orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Os usuários diagnosticados como de alto risco serão orientados permanentemente pela equipe, seja nas visitas domiciliares, nas consultas realizadas na unidade, nas palestras realizadas com o grupo do programa.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, em especial a avaliação dos pés para os usuários diabéticos. A equipe também deve ser capacitada quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As capacitações serão realizadas pelo médico, pela enfermeira e pelos coordenadores do programa do município. Assim como, pelos profissionais do NASF.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Através dos registros efetuados no prontuário, da ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

A equipe deverá organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Uma vez por mês será ofertado um café da manhã para o grupo do programa hiperdia. Busca-se com esse, que esses sejam estimulados a modificar seus hábitos alimentares, incluindo alimentos saudáveis.

Engajamento público

Os hipertensos e diabéticos serão orientados sobre a importância da alimentação saudável, assim como a comunidade. Na sala de espera da unidade será disponibilizado folders explicativos contendo dicas sobre dieta e ingestão dos alimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe deve ser capacitada sobre práticas de alimentação saudável. Para tal será utilizado o guia alimentar para a população brasileira, as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), recomendações da Organização Mundial da Saúde, no âmbito da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos pacientes hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos pacientes diabéticos

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos. Através da ficha específica e dos registros em prontuário médico e do enfermeiro será avaliada e monitorado o estímulo a prática regular de atividades físicas pelos usuários portadores de HAs e DM.

Organização e gestão do serviço

A equipe deve organizar práticas coletivas para a orientação de atividade física. Uma vez ao mês, no café da manhã ofertado para a equipe, será realizado um momento de prática de atividade física com o grupo.

Engajamento público

Serão realizadas reuniões nos espaços sociais para debater a temática e estimular a comunidade a identificar um local para encontros mensais com professor de educação física.

Qualificação da prática clínica

A equipe solicitará a gestão treinamento com profissional habilitado sobre orientação de exercícios físicos que podem ser repassados para a comunidade.

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

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

Monitoramento e avaliação

O monitoramento será realizado a partir da avaliação dos registros em prontuário médico e de enfermagem sobre o aconselhamento para abandono do

tabagismo aos portadores de HAs e DM. Essa ação será de responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Organização e gestão do serviço

No âmbito individual, os profissionais devem abordar orientações sobre o abandono ao tabagismo para os usuários cadastrados no programa, estimulando a manutenção de hábitos de vida mais saudáveis.

Engajamento público

Os hipertensos e diabéticos tabagistas devem ser orientados sobre existência de tratamento para o abandono do tabagismo. Na unidade será realizada sala de espera pelos ACS para debater o assunto.

Qualificação da prática clínica

A equipe deve solicitar a gestão treinamento com profissional habilitado para se apropriar mais da temática e compreender a utilização do suporte farmacológico. Essa articulação será de responsabilidade da enfermeira e do médico da unidade.

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

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

Monitoramento e avaliação

O monitoramento será realizado a partir do livro de registro e dos prontuários médico e de enfermagem. Essa avaliação permite identificar os usuários que receberam orientações sobre a higiene bucal.

Organização e gestão do serviço

O tempo da consulta médica quanto à de enfermagem deve ser organizado de forma que garanta orientações em nível individual, abrangendo a orientação sobre a higiene bucal.

Engajamento público

Serão realizadas na sala de espera e encontros na comunidade, para abordar a temática, debatendo a importância de manter níveis satisfatórios de higiene bucal para evitar a ocorrência de doença periodontal e cárie.

Qualificação da prática clínica

A equipe deve solicitar a gestão municipal à capacitação com equipe de saúde bucal para que possa ofertar orientações adequadas aos usuários da unidade e orientá-los quanto as necessidades odontológicas. O responsável por esta articulação será o médico e a enfermeira da unidade.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde em 80% em quatro meses e 100% em seis meses.

Indicador 1.1: cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2: ampliar a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde em 80% em quatro meses e 100% em seis meses.

Indicador 1.2: cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 2.4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para a doença cardiovascular.

Meta 5.1: Mapear hipertensos de risco para a doença cardiovascular.

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

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

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

Meta 5.2: Mapear diabéticos de risco para a doença cardiovascular.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar os cadernos da atenção básica nº 36 e 37, 2013. É necessário que a gestão municipal envie três cópias de cada manual para a unidade.

Antes do início da intervenção, o médico e a enfermeira da unidade solicitarão cópias das fichas espelhos e prontuários. Inicialmente, a equipe mensurou solicitar a quantidade de 600 cópias de cada.

Semanalmente, a enfermeira e o médico examinará as planilha espelho dos usuários, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais. Essa relação será entregue ao agente comunitário de saúde que em visita domiciliar realizará a busca ativa desses usuários. Nessa visita os ACS entregaram aos usuários uma nova data de consulta.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Para colocar em prática todas as ações direcionadas aos hipertensos e diabéticos, serão realizadas capacitações a toda equipe sobre os temas Hipertensão e Diabetes. A capacitação dos profissionais ocorrerá na própria UBS, no horário semanal reservado para a reunião de equipe. A

reunião de equipe tem duração de 4 h, nas primeiras duas horas serão debatidos temas dos cadernos de atenção básica nº 36 e 37 e às duas horas restantes serão utilizadas para monitorar as ações. A gestão deve disponibilizar data show e fotocópias dos materiais impressos solicitados. Para cada material serão disponibilizadas 10 fotocópias. A enfermeira e o médico serão os responsáveis por conduzir as reuniões. Ainda nessa primeira reunião, o médico deve apresentar um fluxograma de acompanhamento do programa e da rede dos serviços. Semanalmente, cada dupla abordará uma das temáticas dos cadernos, conforme protocolo estabelecido, explorando o conteúdo e debatendo com os demais membros da equipe.

Serão providenciados materiais como fita métrica, fitas de glicemia, manguitos de tamanhos diversos e calibrados, se possível estesiômetro para a realização de teste de sensibilidade dos usuários com possível neuropática diabética. Na semana anterior a intervenção, o médico e a enfermeira da unidade avaliarão os materiais tanto para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), quanto os necessários para a realização do hemoglicoteste disponíveis na unidade de saúde. Será apresentada para a gestão municipal, a necessidade de manutenção dos aparelhos, bem como planilha para reposição de insumos em tempo hábil.

Na matriz de intervenção estará contida a data e o tema que cada dupla deve abordar na sala de espera. As ACS são responsáveis por articular as reuniões na comunidade. Essas reuniões ocorrerão uma vez ao mês, o tema será definido sempre no encontro anterior pela comunidade.

A enfermeira da unidade será responsável por repassar mensalmente a gestão, a necessidade das cotas para a realização dos exames complementares, bem como cobrar o seu retorno em tempo hábil.

A equipe confeccionará 500 folders e cartazes para a entrega na sala de espera. A enfermeira da unidade será responsável por acompanhar essa atividade. A confecção e impressão deve ocorrer antes do início da intervenção.

A enfermeira da unidade é responsável por acompanhar o pedido mensal dos medicamentos, informando a gestão municipal a necessidade de reposição dos medicamentos do programa Hiperdia.

Mensalmente, a enfermeira e o médico realizará o levantamento da necessidade de vagas e encaminhará o pedido a coordenação de saúde bucal. A

enfermeira e médico monitorarão as consultas de odontologia realizadas fora da unidade. A gestão deverá disponibilizar 600 cópias das fichas desenvolvidas pela equipe para acompanhamento dessa ação.

A enfermeira solicitará da gestão municipal a capacitação da equipe em cuidados de higiene bucal e avaliação da necessidade de tratamento. Essa capacitação deve ocorrer antes do início da intervenção.

Os ACS serão responsáveis por avisar aos usuários data da consulta odontológica, horário de atendimento e local. A enfermeira e médico da unidade articularam com a gestão, a presença de profissionais do NASF em oficinas de atualização que versam sobre a temática metodologias educativas, prática de exercícios físicos, tratamento contra o tabagismo e hábitos alimentares adequados. Essas oficinas podem e devem ocorrer no decorrer da intervenção.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais	x	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x				
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	x	X														
Cadastramento, atendimento clínico e monitorização	x	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	x	X														
Reunião com lideranças comunitárias			x			X			x			x			x	
Grupos programados de hipertensão e diabetes na comunidade				x				x				x				x
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos a consulta	x	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração do relatório final												x				
Apresentação à comunidade e gestor do relatório final												x				

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade acontecerá nas respectivas datas: 24/07/15 e 27/07/15.

3 Relatório da Intervenção

O projeto de intervenção foi desenvolvido com a equipe 4.2 da USF Cambara em Boa Vista, RR. O projeto de intervenção foi inicialmente estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, no entanto por determinação do curso foi reduzido para 12 semanas. Com a intervenção conseguimos atender um total de 396 usuários, dos quais 346 são usuários hipertensos e 162 usuários diabéticos, o que permitiu atingir uma cobertura de 46,1% e 75,3% dos usuários hipertensos e diabéticos respectivamente.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção foram realizadas capacitações dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos de acordo ao Ministério da Saúde. Esta ação foi realizada semanalmente, na própria unidade de saúde, com participação de cinco profissionais, entre eles técnicos em enfermagem, os três ACS, enfermeira e médico. Os responsáveis pela atividade foram o médico e enfermeira. Os temas debatidos foram: acolhimento, fatores de risco de doenças crônicas, sinais e sintomas, mudança no estilo de vida, entre outra. As capacitações foram realizadas por médio da leitura dos protocolos e manual do Ministério da Saúde (cadernos número 36 e 37).

Também foi realizada capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários faltosos às consultas, com atrasos ou alterações nos exames. Essa

atividade aconteceu durante toda a intervenção. Todos os ACS da equipe participaram da capacitação e o responsável pela atividade foi o médico. A capacitação foi realizada no final da reunião de equipe, na qual se definiu a estratégia que seria traçada para busca ativa dos usuários faltosos às consultas, com atraso ou alterações nos seus exames. Durante a criação do novo sistema de arquivo foi elaborado uma lista dos usuários faltosos. Foi apresentado para os ACS uma lista que continha informações básicas como nome, idade, data do último atendimento e endereço, para eles usarem nas visitas domiciliares diárias.

Outra ação que estava planejada era o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, sendo que esta ação foi realizada na primeira semana de intervenção, durante a apresentação do projeto. Toda equipe participou da atividade, com exceção da recepcionista, que precisou se retirar e não participou deste momento.

O cadastramento dos usuários com doença crônica da área cobertura no programa foi realizado pela equipe, tanto nos atendimentos clínicos semanais quanto nas visitas domiciliares dos ACS diariamente. Disponibilizamos mais 24 vagas para consulta de saúde de usuário hipertensos e diabéticos na semana distribuída da seguinte maneira 16 vagas no turno de quinta-feira quando estava planejado a consulta HIPERDIA, 8 vagas sexta-feira a tarde horário que foi criado para complementar a consulta de HIPERDIA, mais 10 visitas domiciliares realizadas pelo médico na semana, principalmente nas áreas descobertas. Com isso, demos um salto de 16 atendimentos semanais para 34 ou mais. Estas ações contribuíram muito para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de cobertura. As consultas do médico foram nas quintas-feiras pela manhã e sexta-feira à tarde, por enquanto, quando um usuário precisava de atendimento por alguma intercorrência aguda, era agendada a consulta para o mesmo dia, uma vez que tinha prioridade.

As atividades educativas na sala de espera da UBS foram realizadas semanalmente. Essas atividades eram realizadas pelos ACS junto com a enfermeira e médico. Deste modo antes de iniciar o atendimento clínico, eram abordados temas relacionados com as doenças.



Figura 4. Palestra realizada para os usuários durante a espera do atendimento.

Além disso, foram realizadas três reuniões de grupo de HIPERDIA, com frequência mensal. Não foi possível realizar a última atividade educativa devido a diminuição do cronograma. Nessas atividades foram realizados temas como prevenção de doenças crônicas, sinais e sintomas da doença, medicações utilizadas, alimentação saudável, abandono do tabagismo e importância de realizar atividade física. Por meio dessas ações conseguimos aumentar o laço da equipe com a comunidade e fortalecer as relações profissionais. Acredito que o maior ganho destas ações educativas foi poder abrir portas que se tinham se fechado com a comunidade e mostrar que nós, como equipe, podemos conseguir bons resultados desde que estejamos organizados.



Figura 5. Reunião com grupo de usuários hipertensos e diabéticos na USF Cambara.

Por fim, realizamos o monitoramento das ações quinzenalmente. Esse monitoramento foi realizado pela enfermeira e médico a partir da análise da ficha espelho e do livro de HIPERDIA. Essa informação eram passadas na reunião de equipe e juntos fazíamos uma avaliação do andamento do projeto. Se surgisse alguma dúvida revisávamos os dados em conjuntos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Das ações planejadas na organização do projeto, que não foram realizadas, posso mencionar o encontro com a liderança comunitária. Como causa da não realização desta ação foi o fato a equipe ter se concentrado na realização da busca ativa dos usuários faltosos, aumentar as visitas domiciliares, aumentar o atendimento e deixou de lado este encontro com a liderança comunitária. Outra razão foi o horário de trabalho, para realizar o encontro na igreja da comunidade o

horário tem que ser após as 19 horas, e a equipe não trabalha fora do horário. A realização de folders e cartazes para comunicar a comunidade do projeto não foi possível, porque não disponibilizamos de recursos para custear isso e este material não foi fornecido pela secretaria.

A maioria das nossas atividades de educação em saúde foi realizada na própria UBS. Sinto por não termos saído da nossa zona de conforto, pois considero que faltou mais trabalho preventivo com a comunidade. Como tivemos dificuldade de entrar em contato com os representantes da comunidade, o trabalho com a associação de moradores, que era algo que estava planejado, não aconteceu, sendo que avalio isso como uma peça importante na comunidade a ser trabalhada. Outra instituição que não recebeu atividades educativas foi à igreja católica, que fica próximo da UBS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Gostei muito da planilha de coleta de dado. No princípio da intervenção tive dificuldade com o preenchimento, mas à medida que fui utilizando a planilha, fui me familiarizando e minha orientadora foi esclarecendo as dúvidas. A planilha de coleta de dado fornecida pela UFPEL ajuda de uma maneira mais simples e sistemática realizar nosso cadastramento, o preenchimento da planilha de coleta de dados é fácil e rápido, as informações de cada usuário é baseada na ficha espelho, após terminada a consulta ou visita domiciliar essas informações são transcritas na planilha. Afortunadamente nossa unidade conta com computador o que nos permite realizar o preenchimento da ficha na própria unidade. Em relação à ficha-espelho não tive dificuldade, às preenchi na consulta o durante a visita domiciliar sem problemas.

Durante o desenvolvimento do projeto foi elaborado um diário da intervenção. Esse diário foi uma ferramenta muito importante porque representou um reflexo do cronograma de atividade, foi elaborado de maneira sistemática, sofrendo várias adaptações ao longo da intervenção de acordo com a realidade do dia a dia.

O diário era enviado para supervisão com periodicidade semanal. Esse diário era elaborado a cada semana relatando as atividades realizadas para atingir nossos objetivos. Durante a realização dessas atividades foram tiradas fotos dos usuários. Para isso, foi solicitado que cada usuário assinasse o termo de consentimento esclarecido autorizando a utilização das fotos, sendo aceito sem nenhum problema pelos usuários.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Avalio que melhoramos nossa adesão oferecendo um atendimento de melhor qualidade. Conseguimos intensificar as buscas ativas dos usuários faltosos, que não eram realizadas anteriormente pelos ACS. Tivemos muito apoio da direção da unidade, principalmente com as impressões dos materiais utilizados durante a intervenção. Terminamos nossa intervenção com uma experiência muito boa já que trabalhamos para criar um serviço organizado voltado para a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Tivemos dificuldades, mas soubemos identificá-las, trabalhar para vencê-las e seguir em frente para melhorar a nossa qualidade de atendimento. Acredito que intervenção foi incorporada à rotina do serviço já que conseguimos criar um atendimento de qualidade, de maneira organizada, com participação de todos os membros da equipe. Ainda algumas mudanças tem que ser feita para melhorar nosso serviço, como a incorporação de três ACS na equipe para que as áreas descobertas tenham acompanhamento, já a secretaria de saúde esta em conhecimento, desta necessidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção objetivou qualificar o atendimento de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na ESF de Cambara. A população alvo foram todos os usuários com doenças crônicas da comunidade de Canaã. De acordo a estimativa do CAP na área adstrita temos um total de 751 usuários hipertensos com mais de 20 anos e 215 usuários diabéticos.

.Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde do Cambará.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial em quatro meses e 100% em seis meses.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus em quatro meses e 100% em seis meses.

Uma das principais metas estipuladas era ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos para 80% em um prazo de quatro meses, permitindo, assim que isso usuários tivessem exames complementares e exame clínicos em dia,

adesão ao tratamento, orientações nutricionais de atividade física e sobre tabagismo, necessários para controle e acompanhamento da doença.

No momento do levantamento de dados para preencher o CAP tínhamos 252 (34%) de usuários com hipertensão arterial sistêmica e 156 (73%) usuários com diabetes mellitus. No final do primeiro mês de intervenção 134 (17,8%) usuários com hipertensão e 58 (27%) usuários com diabetes foram aderidos ao nosso programa.

Ao longo da intervenção mais usuários foram sendo incorporados ao projeto devido as novas estratégias realizadas pela equipe para aumentar nossa cobertura, sendo que no segundo mês tínhamos 219 (29,2%) hipertensos cadastrados e 111 (51,6%) diabéticos e no terceiro mês tínhamos 346 (46,1%) hipertensos e 162 (75,3%) diabético. Conforme apresentam as **Figuras 6 e 7**.

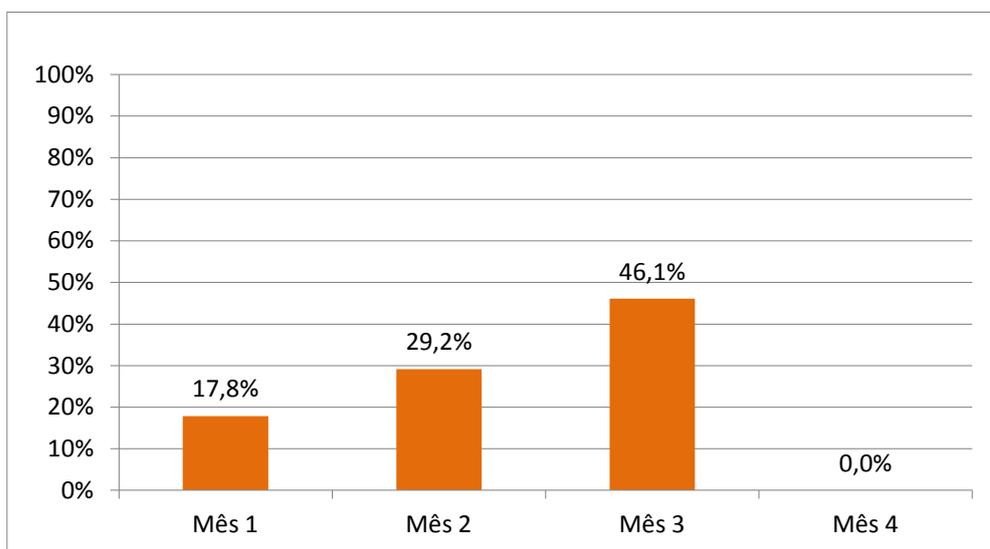


Figura 6. Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos da ESF Cambara, Boa Vista, RR.

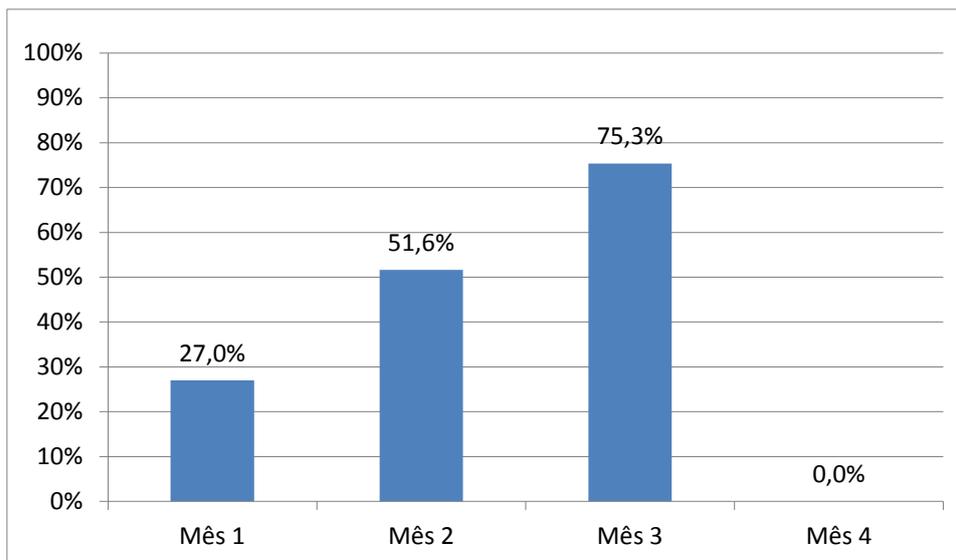


Figura 7. Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos da USF Cambara, Boa Vista, RR.

Podemos perceber que ao passar dos meses tivemos um aumento significativo de usuários aderido a nosso programa. No princípio da intervenção foi difícil devido as grandes limitações da equipe como três áreas descobertas sem acompanhamento, mas ao passar dos meses conseguimos integrar muitos usuários ao nosso projeto. No final da intervenção conseguimos ampliar nosso cadastramento de usuários hipertensos, uma vez que antes de iniciar a intervenção tínhamos cadastrados 252 usuários com hipertensão e ao final conseguimos aumentar para 346 usuários o que significa que nossa intervenção permitiu detectar novos casos. O empenho da equipe foi essencial para elevar o índice dessas metas ao longo da intervenção pois, quando percebemos que os números não iriam alcançar a meta proposta, intensificamos a busca para identificar novos casos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Meta 2.3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Com o início da intervenção a equipe assumiu a responsabilidade de melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência. Para isso, procuramos realizar o exame clínico de maneira integral, garantir os exames complementares e avaliação odontológica de cada usuário cadastrado em nosso programa.

Afortunadamente antes de iniciar a intervenção a gestão municipal forneceu equipamentos como esfigmomanômetros, fitas métricas, dextroteste e consertou a balança. No primeiro mês da intervenção conseguimos 131 (97,8%) usuários hipertensos e 56 (96,6%) usuários diabéticos com exame clínico em dia, no segundo mês aumentamos para 216 (98,6%) hipertensos e 109 (98,2%) diabéticos, ao final da intervenção no terceiro mês conseguimos atingir 346 (100%) de hipertensos e 162 (100%) diabéticos.

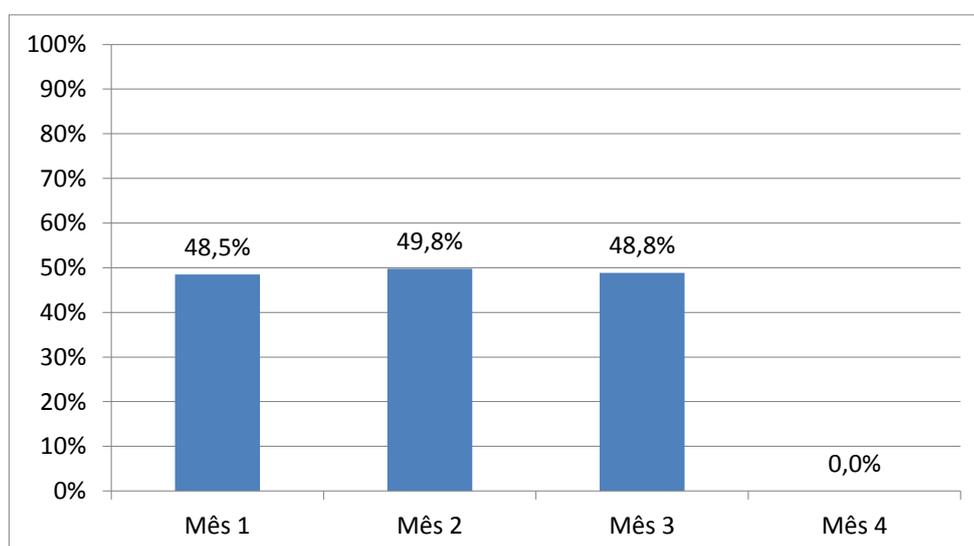


Figura 8. Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da ESF Cambara, Boa Vista, RR.

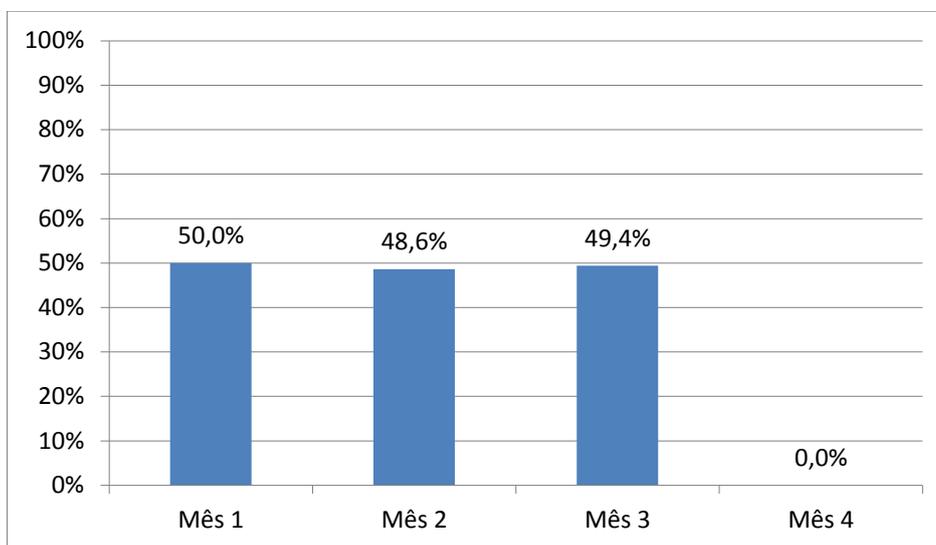


Figura 9. Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da USF Cambara, Boa Vista, RR.

Em relação aos usuários com exames complementares em dia, conforme apresentam as **Figuras 8 e 9**, cabe dizer que em cada consulta ou visita domiciliar os exames eram solicitados. No primeiro mês 65 (48,5%) dos usuários hipertensos e 29 (50%) dos diabéticos ficaram com os exames em dia de acordo com o protocolo ministerial, no segundo mês 109 (49,8%) usuários hipertensos e 54 (48,6%) diabéticos e no terceiro mês conseguimos 169 (48,8%) usuários hipertensos e 80 (49,4%) diabéticos. Esta meta foi atingida parcialmente devido à demora na rede pública na realização dos exames laboratoriais. Muitos usuários reclamaram que para realizar os exames primeiro tinham que agendar e que o agendamento era com vagas limitadas para uma alta demanda e por isso muitas usuários desistiam de realizar os exames e aqueles com maior poder aquisitivo realizavam de forma particular.

Em relação à prescrição de medicamento da farmácia popular no primeiro mês 131 usuários hipertensos cadastrados utilizaram medicamento da farmácia popular representando 98,5% e 57 usuários diabéticos representando 98,3%, já no segundo mês 216 hipertensos (99,1%) e diabéticos 110 (99,1%) e no terceiro mês 343 hipertensos recebiam medicação da farmácia popular representando 99,4% e 161 diabéticos representando 99,4%. O fato dos usuários receberem medicamentos

da farmácia popular ajuda para melhor adesão ao tratamento e melhor controle das doenças. Cabe destacar que minha unidade disponibiliza de medicamentos para HAS e DM, quando o usuário sai da consulta pega sua medicação na farmácia da unidade, quando a medicação esta em falta os usuários recebem a medicação da farmácia popular, na comunidade de Canaã fica perto três farmácias populares.

Em relação avaliação odontológica infelizmente não conseguimos atingir as metas, devido à situação precária de saúde bucal do município. O município conta com a disponibilidade do CEO que é localizado próximo ao nosso bairro. O CEO disponibiliza várias especialidades que fazem o diagnóstico de câncer bucal, endodontia, periodontia, próteses e representa o principal centro de referência do estado. Por essa razão é difícil conseguir vaga. Dezesete unidades disponibilizam de saúde bucal, mas nem todas realizam atendimento, porque possuem equipamentos danificados como é o caso da unidade de Pricumã e Asa Branca, onde a demanda é alta e as vagas são limitadas.

No primeiro mês 4 (10,8%) usuários hipertensos e 4 (6,9%) diabéticos com avaliação odontológica sendo que a maiorias foi realizada em consultório particular, no segundo mês 28 (12,8%) usuários hipertensos e 13 (11,7%) diabéticos e no terceiro mês aumentamos para 52 (15%) hipertensos e 22 (13,6%). Conforme apresenta as **Figuras 10 e 11**.

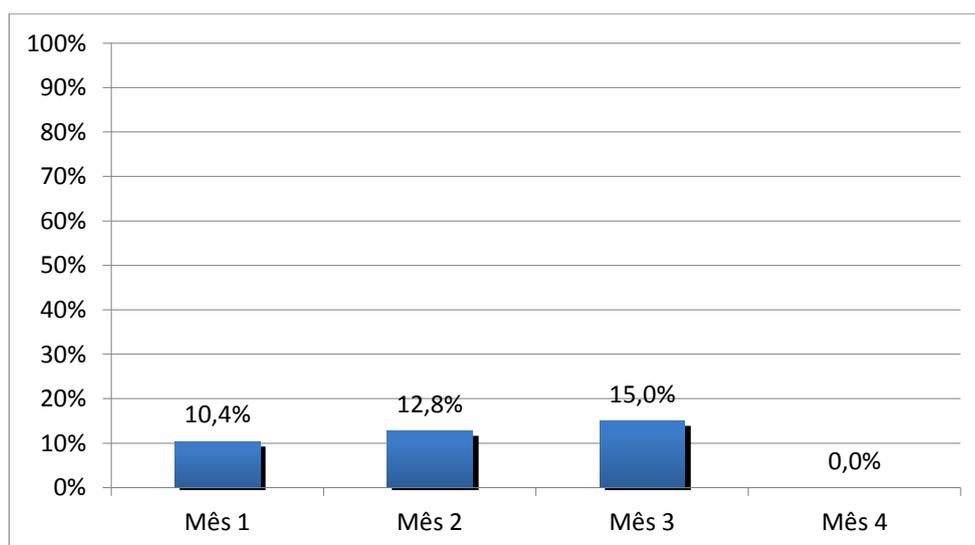


Figura 10. Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da ESF Cambara, Boa Vista, RR.

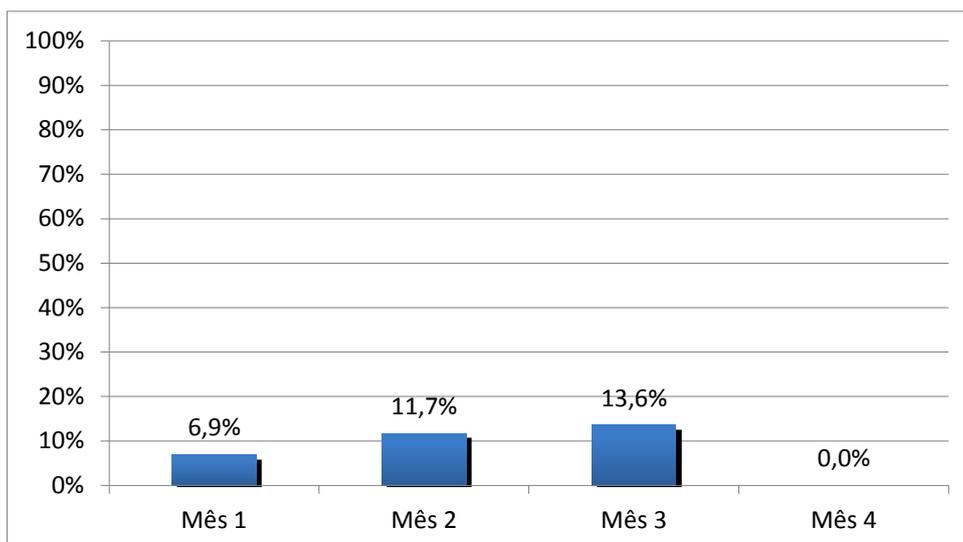


Figura 11. Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da USF Cambara, Boa Vista, RR.

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

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

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

Durante o desenvolvimento da intervenção, a equipe teve contato direto com a comunidade. Comentarei de alguns casos que sensibilizara a equipe. Dominga uma usuária de 52 anos com diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensão arterial, complicada com insuficiência renal estágio V atualmente em diálise, insuficiência cardíaca, anemia e retinopatia, moradora da área descoberta quando a equipe fez a busca ativa percebeu que sua consulta estava em atraso devido a que não tinha a possibilidade de se deslocar para a unidade. Desta forma, a equipe realiza acompanhamento direto dessa usuária e estabelece contato telefônico com ela. Outro caso foi a senhora Edite usuária com hipertensão arterial de 68 anos cadeirante, com sequelas motoras e na fala após um AVC, mora sozinha, a equipe fez encaminhamento para assistência social, que recentemente forneceu uma cadeira de roda nova. Para esta usuária a equipe faz visita continua e leva a medicação.



Figura 12. Busca ativa de usuária hipertensa.



Figura 13. Visita domiciliar de usuária.

Durante a intervenção conseguimos criar grupo de hipertensos e diabéticos, e a cada certo tempo realizamos nosso encontro e falamos de certo tópicos de saúde e esclarecemos as duvidas dos usuários. Durante a intervenção trabalhamos na campanha de vacinação e para melhorar o atendimento dos usuários vacinamos principalmente os usuários acamados e idosos com dificuldade para se deslocar até a unidade. Realizamos encontro com a liderança da escola da comunidade, para apresentar nosso projeto.



Figura 14. Usuária diabética vacinada durante campanha de vacinação



Figura 15. Encontro com a liderança na escola de Canaã.

A busca ativa foi realizada para aqueles usuários com consulta em atraso. No primeiro mês procuramos 47 (100%) usuários hipertensos e 20 (100%) diabéticos com consulta em atraso, no segundo mês aumentamos para 100 (100%) usuários hipertensos e 62 (98,4%) diabéticos, no final da intervenção alcançamos 198 (100%) usuários hipertensos e 98 (100%) diabéticos. Esta meta foi atingida em 100%, graças ao trabalho de toda a equipe, durante a criação do livro de registro e do sistema de arquivos dos usuários com hipertensão e diabetes que propiciou que os usuários com consultas em atraso, principalmente das três áreas descobertas, fossem identificados e durante as visitas domiciliares eram realizadas a busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Quanto a proporção de usuários hipertensos e diabéticos com ficha de acompanhamento adequada, obtivemos no primeiro mês um resultado de 113 (99,3%) usuários hipertensos e 58% (100%) de diabéticos com registros adequados,

no segundo mês tivemos 219 (100%) usuários hipertensos e 110 (99,1%) diabéticos e 346 (100%) usuários hipertensos e 162 (100%) de diabéticos no terceiro mês.

Esse resultado mostra que melhoramos nossos registros ao longo da intervenção. Antes não tínhamos um registro em dia dos usuários cadastrados. Hoje temos o livro de registro e a ficha-espelho, que foi uma nova forma de controle dessas informações. A partir dessas estratégias conseguimos um controle maior dos registros de usuários da nossa área.

Objetivo 5: Mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para a doença cardiovascular.

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

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

Para avaliar o risco cardiovascular durante a consulta aferíamos o peso e altura para calcular o IMC, aferíamos pressão arterial, realizávamos o teste de medimos circunferência abdominal e investigávamos antecedente de tabagismo dos usuários, classificando o risco em leve, moderado ou severo.

No primeiro mês foi de 134 (100%) usuários hipertensos e 58 (100%) diabéticos, no segundo mês 219 (100%) usuários hipertensos e 111 (100%) de diabéticos e no terceiro mês foi de 346 (100%) de hipertensos e 162 (100%) de diabéticos. Esse indicador apresentou bons resultados, uma vez que foi atingido 100% dos usuários. Quando o usuário trazia exames laboratoriais como triglicérides e colesterol, utilizávamos o escore segundo Framingham.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Em relação à proporção de usuários que receberam orientação sobre nutrição saudável, prática de atividade física, tabagismo e higiene bucal, destacamos que no primeiro mês tivemos resultados de 134 (100%) usuários hipertensos e 58 (100%) diabéticos, no segundo mês tivemos resultados de 219 (100%) usuários hipertensos e 111 (100%) diabéticos e no terceiro mês tivemos 346 (100%) usuários hipertensos e 162 (100%) diabéticos.



Figura 16. Atividade coletiva com grupo de hipertenso e diabético.

Esse indicador atingiu um resultado muito bom, toda a equipe trabalhou para atingir essa meta durante as atividades diárias como palestras, consultas médicas, visitas domiciliares. Os usuários foram orientados sobre a importância de manter uma boa alimentação, realizar atividade física e evitar o tabagismo para um bom controle da doença. Infelizmente as maiores das nossas atividades de educação em saúde foram feitas na própria UBS, não saímos da nossa zona de conforto e deste modo considero que faltou mais trabalho preventivo com a população assim como a realização destas atividades em outros espaços da comunidade.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na USF Cambara propiciou uma ampliação da cobertura do programa para atenção de usuários hipertensos para 45,1% e para diabéticos de 75,3%. Assim como melhora da qualidade dos atendimentos oferecidos pela equipe, elementos que foram os objetivos fundamentais traçados no projeto de intervenção. Além disso, conseguimos melhorar a adesão dos usuários da área de abrangência e restabelecer um vínculo com a comunidade, já que no início da intervenção tínhamos grandes dificuldades. O trabalho de educação em saúde com a população da nossa área de abrangência foi também muito importante, já que não tínhamos esse tipo de ação voltada para os usuários com doenças crônicas. Foi elaborada uma agenda semanal para atendimento clínico, onde aproveitamos para orientar sobre os fatores de risco para desenvolver intercorrências, e mudança no estilo de vida para o controle da doença.

Através da busca ativa conseguimos melhorar nosso registro, e ter maior controle dos usuários com avaliação clínica e exames laboratoriais em dia e calcular o risco cardiovascular fatores de risco, principalmente nas áreas descobertas. Outro elemento importante a ressaltar é que hoje a maioria das ações fazem parte de nossa rotina de trabalho e se tornou ferramenta fundamental para fortalecer nosso trabalho.

Para nossa equipe a intervenção teve uma grande importância, pois para o desenvolvimento das ações foi necessário uma melhor preparação de todos os membros da equipe, o que foi facilitado pelas capacitações frequentes que foram oferecidas durante toda a intervenção. Esta atividade promoveu uma maior união da equipe, pois inicialmente cada profissional realizava somente a sua parte e percebemos que juntos poderíamos ir mais longe. Isto proporcionou um maior desempenho da equipe, diminuindo a maioria das queixas, tanto dos funcionários como dos usuários. O técnico em enfermagem ficou responsável pelo acolhimento inicial dos usuários, preenchendo o cartão para usuários hipertensos e diabéticos e de maneira parcial a ficha espelho, fazendo um interrogatório buscando fatores de riscos. A enfermeira e o médico ficaram responsáveis pelas consultas, completando

os dados na ficha espalho e pela capacitação dos profissionais da UBS. A enfermeira também ficou responsável pelo registro e monitoramento das ações. Os ACS ficaram responsáveis pelas buscas ativas junto ao médico e atividades de educação em saúde para os usuários.

A intervenção teve um impacto também para o serviço, pois antes da intervenção as atividades de atenção para usuários com doenças crônicas não eram organizadas, já que a equipe não tinha conhecimento de quantos usuários tinham consulta em dia. Além disso, a melhora da classificação de risco nos permitiu que a unidade planejasse um atendimento diferenciado para aqueles casos que mais precisavam e o trabalho ficou mais organizado. A modificação da agenda de atendimento, inserindo um novo dia de atendimento ao programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, aumentando assim o número de vagas para usuários com essas doenças crônicas.

O impacto da intervenção para a comunidade ainda não é tão grande como esperávamos, já que não conseguimos chegar na meta prevista que era de 80% de cobertura de usuários com HAS e DM, mas todos os usuários acompanhados pela equipe atualmente manifestam uma grande satisfação com os serviços oferecidos, com a prioridade no atendimento, com a qualidade da atenção assim como o maior empenho da equipe para satisfazer as necessidades da comunidade. Para a equipe, se constitui outro desafio o fato do impacto da intervenção para a comunidade não ter sido como esperávamos, isso nos serve como motivação para tentar impactar ainda mais à população, razão pela qual vamos redobrar nossos esforços e em um prazo de seis meses pretendemos alcançar 100% da cobertura.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, algumas coisas seriam diferentes, por exemplo, teria elaborado mais ações em espaço público com a comunidade e trabalharia melhor com as fichas espelhos. Hoje, antes de tudo, faria primeiro uma análise profunda das ações a serem realizadas, o que facilitaria o melhor cumprimento das mesmas. Agora que já concluímos a intervenção nossa equipe encontra-se mais unida, o que facilita a implementação de ações mais qualificadas.

A intervenção será incorporada em nossa rotina de trabalho, até agora a maioria das ações já formam parte da mesma, mas ainda faltam algumas que em breve serão incorporadas, como por exemplo a saúde bucal. Iremos aprimorar ainda mais o trabalho de conscientização da comunidade, queremos incorporar a ficha

espelho na rotina do serviço, já que atualmente trabalhamos com prontuário eletrônico, seguiremos com a busca ativa na área de abrangência principalmente na áreas descoberta, até a gestão municipal inserir em nossa equipe os três ACS que estão faltado, para completar o número de profissionais e possibilitar seguirmos com as ações na comunidade. Pretendemos manter as atividades de educação em saúde dadas pelos ACS. Com nosso trabalho podemos contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e diminuir o número de intercorrência, diminuindo a morbimortalidade das doenças crônicas.

Nos próximos meses pretendemos continuar trabalhando na implementação temos planejado aumentar nossa cobertura para um 100% em um prazo de seis meses, assim como melhorar as ações que ficaram com dificuldades, como por exemplo, realização de exames laboratoriais, procuraremos estratégia em parceria com a secretaria de saúde para aumentar o atendimento odontológico assim como aumentar as buscas ativas, realizando ações em conjunto com a comunidade.

Vale a pena mencionar que ao finalizar a segunda unidade do projeto análise estratégica, trocaram a minha orientadora, mas por enquanto isso foi uma grande ajuda porque a nova orientadora foi uma ferramenta importante na realização das tarefas da intervenção. Por meios de suas orientações consegui completar as tarefas e avançar em meu projeto. No inicio do curso o projeto foi planejado para 16 semanas, mais no decorrer do tempo a universidade mudou a logística do projeto e foi reduzido para 12 semanas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhor Secretário Municipal de Saúde da cidade de Boa Vista/RR:

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). O curso da suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de atenção a saúde aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), que servirá de modelo para outras ações programáticas na equipe e na unidade assim como poderá servir para reorganizar o serviço de outras unidades de saúde em todo o município.

O projeto intitulado *Qualificação do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus* foi realizado pela equipe 4.2 da UBS Cambara coordenado pelo médico da equipe, na cidade de Boa Vista (RR), de abril a junho de 2015. Depois de preencher vários questionários oferecido pela coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL e ter feito uma análise situacional da unidade percebi que a HAS e DM, representavam a principal problemática da minha comunidade, e que tínhamos uma deficiência grande no serviço de atenção de usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Da mesma forma, percebi a necessidade de melhorar a qualidade dos atendimentos clínicos e a adesão desse grupo às ações da unidade básica de saúde.

O projeto foi realizado com base teórica nos Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37 do Ministério da Saúde e foi implementado com o apoio de todos os profissionais da equipe tendo como principal objetivo qualificar a atenção de

usuários com HAS e DM na UBS Cambara. Na área de abrangência da UBS de acordo com a estimativa do CAP temos 715 usuários hipertensos com mais de 20 anos e 215 usuários diabéticos.

Para dar início a nossa intervenção, realizamos o cadastramento dos usuários com doença crônica da área cobertura no programa. Esse cadastramento foi realizado pela equipe, tanto nos atendimentos clínicos semanais quanto nas visitas domiciliares dos ACS diariamente. Disponibilizamos mais de 24 vagas por semana para consulta de saúde dos usuários pertencentes ao programa. Com isso, demos um salto de 16 atendimentos semanais para 34 ou mais. Também programamos o uso de uma ficha específica para o atendimento os usuários.

No desenvolvimento do trabalho cadastramos no total de 346 usuários hipertensos e 162 usuários diabéticos em três meses. Com essas ações, a intervenção atingiu uma cobertura de 46,1% usuários hipertensos e 75,3% usuários diabéticos da área de abrangência da unidade (**Figura 1 e 2**).

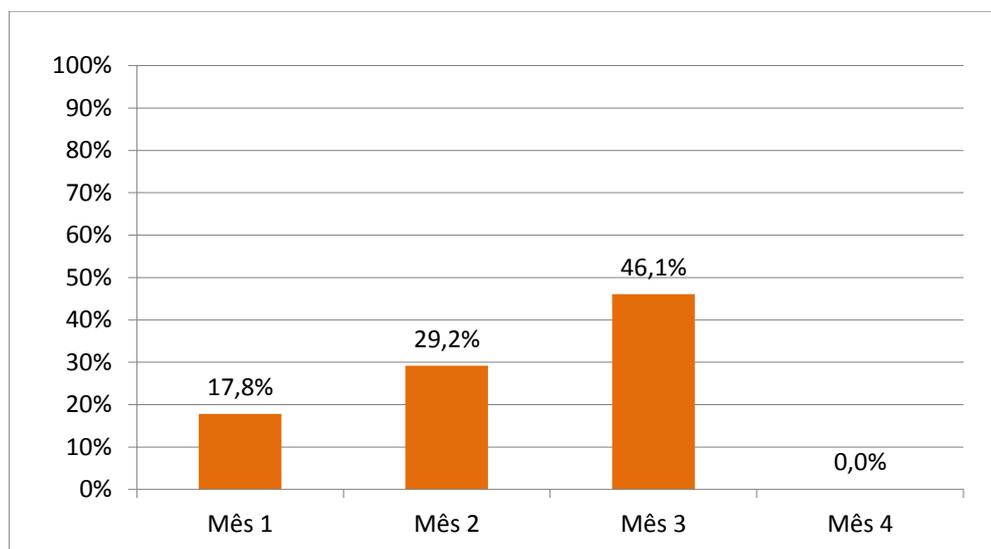


Figura 1. Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos da ESF Cambara, Boa Vista, RR.

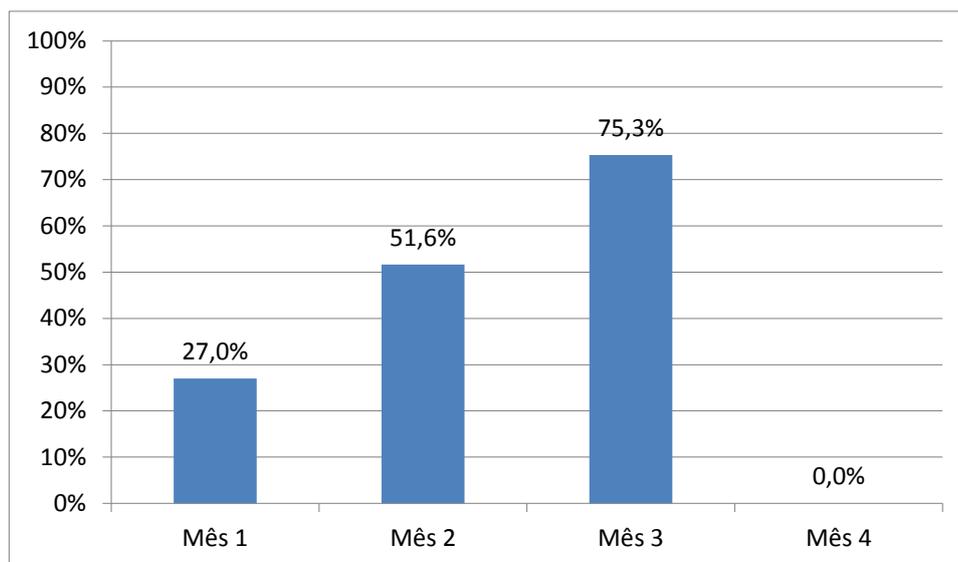


Figura 2. Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos da ESF Cambara, Boa Vista, RR.

Para oferecer uma atenção de qualidade foram realizadas capacitações sobre os protocolos de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde para os profissionais da equipe. Esta ação foi realizada semanalmente, com participação de seis profissionais, entre eles estavam técnicos em enfermagem, três ACS, enfermeira, e eu como médico.

Para que a intervenção tivesse sucesso foi preciso a participação de todos os profissionais da unidade. Para isso, na primeira semana da intervenção estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática e falamos da importância da participação de cada membro da equipe, muitas estratégias foram modificadas ao longo do projeto adaptadas a nossa realidade, para assim atingir as metas estabelecidas.

Foram realizadas atividades educativas na sala de espera da UBS semanalmente. Essas atividades eram palestras, realizadas pelos ACS antes da consulta dos usuários na varanda da UBS, abordando tópicos relacionados com os fatores de risco, mudança no estilo de vida, sinais e sintomas da doença de base e intercorrências. Eram utilizados painéis para um melhor entendimento do público alvo. Além de isso foi criado um grupo de HIPERDIA com a realização de reuniões mensais, onde eram discutidos tópicos relacionados as doenças alvo da intervenção e esclarecidas dúvidas dos usuários participantes. Por meios dessas ações conseguimos aumentar o laço da equipe com a comunidade e fortalecer as relações

profissionais. Acredito que o maior ganho destas ações educativas foi poder abrir portas que tinham se fechado com a comunidade e mostrar que nós, como equipe, podemos conseguir bons resultados desde que estejamos organizados.

A participação da gestão municipal foi resolutiveira para o o desenvolvimento do projeto. No início da intervenção a gestão municipal forneceu instrumento de trabalho novo como, esfignomanômetros, estetoscópio, destro teste, fita métrica e fita para realização de destro teste. No entanto, por enquanto, a impressão das fichas-espelhos dos protocolos do Ministério da Saúde e folders do projeto, não foi fornecida pela gestão municipal.

Conseguimos intensificar as buscas ativas dos usuários faltosos às consultas e os com exames alterados, que não eram realizadas anteriormente pelos ACS e conseguimos diminuir o tempo de espera dos usuários quando os exames apresentam alterações devido ao incremento do número de consultas. Tivemos dificuldade de entrar em contato com os representantes da comunidade. Desta forma sinto que a intervenção foi ótima, mas faltou uma maior participação da comunidade.

Terminamos nossa intervenção, atingindo 100% de quase todas as metas proposta no projeto como ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensão e/ ou diabetes ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para a doença cardiovascular, promover a saúde de hipertensos e diabéticos No final da intervenção podemos dizer que nosso projeto conseguiu atingir uma cobertura para usuários hipertensos de 46,1% dos quais 100% tem exames clínicos em dias, 48,8% com exames laboratoriais em dias, 15% com avaliação odontológica, em 100% dos usuários com consulta em atraso foi realizada a busca ativa, 100% com ficha de acompanhamento preenchida adequadamente, 100% com estratificação de risco cardiovascular e 100 % com orientações de alimentação saudável, pratica de atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal. Em relação aos usuários diabéticos, conseguimos 75,3% de cobertura, dos quais 100% têm exames clinico em dias, 49,4% exames laboratoriais em dias, 13,6% com avaliação odontológica, 100% de busca ativa dos usuários com consulta em atraso, 100% com ficha de acompanhamento preenchida adequadamente, 100% com estratificação de risco cardiovascular e 100% de

usuários com orientações nutricionais, pratica de atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal.

Como dificuldades podemos citar falta de três ACS em nossa equipe, por tanto temos três áreas descobertas sem acompanhamento, ausência de registro prévio ao início da intervenção assim com falta de ficha espelho, faltou contato com a comunidade para aumentar nossa adesão, a realização de atendimento odontológico e realização de exames laboratoriais, devido a indisponibilidade deste profissional na unidade e o baixo número de outras unidades com disponibilidade desses serviços além das vagas limitadas para o atendimento da população.

Finalizamos nossa intervenção com uma experiência boa, já que trabalhamos para criar um serviço organizado voltado para a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Tivemos dificuldades, mas soubemos identificá-las, trabalhar para vencê-las e seguir em frente para melhorar a nossa qualidade de entendimento.

Agradeço a colaboração dos gestores com nossa intervenção e solicito seu apoio na continuidade da mesma, temos planejado ampliar a cobertura em 100% do nosso programa em um prazo de seis meses e esse apoio é importante para ajudar a incorporar a nossa equipe os três ACS faltante para que dessa maneira possibilite ter uma cobertura de toda nossa área de abrangência. Aproveito para ressaltar a necessidade de priorizar a construção da nova unidade de saúde. Com essa obra concluída a comunidade será a grande beneficiada. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço e já que conseguimos criar um atendimento de qualidade, de maneira organizada, com participação de todos os membros da equipe, Porém, para que a intervenção seja incorporada definitivamente à rotina do serviço será preciso realizar algumas adequações e melhorias, como conseguir maior adesão da população e maior apoio dos líderes comunitários

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados senhoras e senhores do bairro Cambara e Canaã.

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso da suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de atenção a saúde aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Sou médico da UBS Cambara e trabalho especificamente atendendo a comunidade de Canaã. Entre os meses de abril a junho de 2015 a equipe 4.2 de Canaã esteve trabalhando em um projeto de intervenção intitulado *Qualificação do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus* que teve como objetivo geral qualificar a atenção das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Antes de iniciar a intervenção foi realizada uma análise situacional que identificou a principal problemática de nossa comunidade era a HAS e DM. Dentro dos principais objetivos da intervenção tínhamos ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade de atenção esses usuários.

No final da intervenção podemos dizer que nosso projeto conseguiu atingir uma cobertura de 46,1% de usuários hipertensos de e 75,3% de usuários diabéticos. Além disso foi possível melhorar a qualidade de atendimento onde todos os usuários receberam exame clínico apropriado, busca ativa aos faltosos, análise do risco para a saúde dos usuários e orientações de promoção a saúde sobre

alimentação saudável, pratica regular de atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal. Como dificuldades podemos informar que a realização dos exames complementares e avaliação da necessidade de atendimento odontológico não foi realizada em todos os usuários atendidos neste período, no entanto estamos trabalhando para que estes aspectos sejam melhorados e que todos os usuários sejam contemplados com essas ações futuramente.

Iniciamos a intervenção realizando o cadastramento dos usuários com doença crônica da área cobertura no programa, este cadastramento foi realizado pela equipe, tanto nos atendimentos clínicos semanais quanto nas visitas domiciliares dos ACS diariamente.

Em virtude da realização do trabalho aumentamos os atendimentos a estes usuários ampliando os atendimentos de 16 para 34 ou mais atendimentos semanais.

Durante o desenvolvimento do trabalho foram realizadas atividades educativas na sala de espera da UBS semanalmente. Essas atividades eram palestras, realizadas pelos ACS antes da consulta dos usuários na varanda da UBS, abordando tópicos relacionados com os fatores de risco, mudança no estilo de vida, sinais e sintomas da doença de base e intercorrências. Eram utilizados painéis para um melhor entendimento do público alvo.



Foi criado o grupo de HIPERDIA, realizamos reuniões mensais na unidade, nessas reuniões a equipe discutia tópicos relacionados com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com a finalidade de criar consciência e aceitação e diminuir o impacto na qualidade de vida, as reuniões eram aproveitada também para

esclarecer as dúvidas dos usuários. A maioria das nossas atividades de educação em saúde foi realizada na própria UBS. Infelizmente não saímos da nossa zona de conforto, pois considero que faltou mais trabalho preventivo com a comunidade. Tivemos dificuldade de entrar em contato com os representantes da comunidade e trabalho com a associação de moradores que era algo que estava planejado, mas não aconteceu por causa do horário de trabalho e o fato de dar-lhe prioridade a outras metas. Após de terminada a intervenção realizamos um encontro na escola da comunidade, com o público alvo de nossa intervenção e aproveitamos para falar de nosso serviço ofertado na unidade para os usuários hipertensos e diabéticos e a importância de realizar acompanhamento das doenças, com essa ação iniciamos o primeiro de vários encontros que a equipe tem planejado com a comunidade no futuro.

Ainda não atingir a totalidade dos usuários residentes na área de abrangência. Porém, conseguimos melhorar o acesso e adesão dos usuários da área de cobertura a nosso serviço, criamos o grupo de HIPERDIA, melhoramos o monitoramento e acompanhamento dos usuários, criamos vínculos com alguns líderes da comunidade; e observando esses resultados percebemos que temos muito que trabalhar em conjunto com nossa comunidade solicitaremos ao gestor a incorporação de três ACS na equipe para que as áreas descobertas e aumentar o acompanhamento.

A equipe realiza convite para todos os membros da comunidade, a participar de todas nossas ações desenvolvidas na unidade para melhorar o atendimento e acompanhamento. Desta forma, toda as vezes que uma atividade é organizada os ACS realizaram o convite para os usuários. Em cada mês nas quintas-feiras no horário da tarde são realizadas as reuniões do grupo de Hiperdia, onde são tratados vários tópicos relacionados com as doenças além de ser um espaço oportuno para esclarecer as dúvidas da comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Finalizei este projeto com uma grande satisfação pessoal e profissional, com os resultados positivos para a comunidade e para minha unidade de trabalho, este projeto mudou a realidade de um serviço no início deficiente, e que atualmente acolhe novos usuários a cada dia de maneira mais organizada garantindo um atendimento e acompanhamento de qualidade.

Confesso que no início do curso meu desempenho foi deficiente, porque muita mudança aconteceu em minha vida, chegar a um país com língua, cultura e sistema de trabalho diferente, foi um pouco constrangedor. Mas, estava ciente que eu havia escolhido realizar essa mudança e formar parte do Projeto Mais Médico Para o Brasil, que para enfrentar esse novo objetivo precisaria de vontade e esforço trabalhando com todo meu coração. Graças a Deus tive a vantagem de encontrar em meu caminho minha equipe de trabalho, integrada por profissionais que trabalham com o coração e humildade, pessoas que me ensinaram pouco a pouco essas dicas do sistema de trabalho na atenção primária, porque na verdade eu não estava acostumado a trabalhar nesse nível de saúde. Houve momentos difíceis ao longo da intervenção, diferenças, confusões surgiram, mas nada que uma boa comunicação e trabalho em equipe, não pudesse resolver. No início da intervenção o trabalho foi um pouco difícil, a equipe não contava com técnico de enfermagem e uma ACS foi demitida, mas em poucos dias um técnico se incorporou a nossa equipe e procuramos estratégias, para atingir as metas propostas, partindo da ideia de que não importa a quantidade e sim a qualidade.

Enquanto ao desenvolvimento do meu trabalho nas tarefas do curso, no início foi deficiente, por duas razões, a primeira dela foi um acidente físico que tive

que me afastou durante mais de um mês do meu trabalho e da especialização. Então, quando voltei tinha muitas tarefas em atraso e na verdade não sabia por onde iniciar, a outra e considerou a mais importante, era a dificuldade que tinha no entendimento da fala e escrita do português, que muitas vezes dificultava o entendimento das orientações das tarefas e a realização destas atividades. Tudo isso estava atrapalhando o meu desempenho no curso, por isso tive a iniciativa de realizar um curso de português na Universidade Federal de Roraima. A partir desse momento consegui melhorar meu rendimento no curso.

O curso foi uma incrível experiência profissional. Por meio do curso fui adquirindo novos conhecimentos e habilidades por meio dos questionários, casos clínicos e realização das tarefas que me auxiliaram a conhecer os protocolos ministeriais e os princípios e diretrizes do SUS, melhorando meu trabalho. Me permitiu perder o medo que ao principio sentia quando cheguei ao Brasil em relação a língua portuguesa e hoje me sinto estimulado a continuar o meu caminho enfrentando novos objetivos que me ajudem pessoal e profissionalmente.

Referências

BOA VISTA (RORAIMA). In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2014. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Boa_Vista_\(Roraima\)&oldid=39898793](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Boa_Vista_(Roraima)&oldid=39898793)>. Acesso em: 3 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 28 set. 2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos brasileiros de cardiologia, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on hypertension e diabete. 2008.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Diabéticos - Mês 1										
paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos ?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
me	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

	A	B	C	N	O	P	Q	R	S
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês								
2	Dados para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1							
5		2							
6		3							

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante