

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na USF Dulce
Araújo Andrade Sena, Feijó/AC

Aimee Grave de Peralta Quincoces

Pelotas, 2015

Aimee Grave de Peralta Quincoces

**Melhoria da Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na USF Dulce
Araújo Andrade Sena, Feijó/AC**

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

Orientadora: Wâneza Dias Borges Hirsch

Pelotas, 2015

Q7m Quincoces, Aimeé Grave de Peralta

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na USF Dulce Araújo Andrade Sena, Feijó/AC / Aimeé Grave de Peralta Quincoces; Wâneza Dias Borges Hirsch, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Hirsch, Wâneza Dias Borges, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a minha mãe Magalis M
Quincoces Suarez exemplo de esforço,
perseverança e superação e a meus filhos
Mailecita e Raulito.

Agradecimentos

A minha orientadora Dra. Wâneza Dias Borges Hirsch pelo apoio, ajuda e profissionalismo.

A minha Família pela ajuda e compreensão.

Ao SUS pela possibilidade de capacitação Profissional.

A enfermeira Flávia Leite pela sua ajuda incondicional.

A psicóloga-chefe da USF Poliana Lima Lemus por sua ajuda.

A secretária de saúde do município de Feijó, Eliabete Lima Ferreira por sua ajuda e compreensão.

A Cristhe Anne Cavalcante de Matos e Deyslan Assis Sousa Pedrosa professores pedagogos por sua valiosa ajuda.

A José Miquel Cabeças, Engenheiro Industrial, Professor Universitário e Ph.D. por seu carinho e ajuda incondicional no momento certo.

A primeira riqueza é a saúde

Ralf W Emerson.

Resumo

QUINCOCES, GP. A; HIRSCH, W.D.B. **Melhoria na atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Dulce Araújo Andrade Sena, Feijó/AC.** 2015. 94f Trabalho de Conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul. 2015

O SUS possui como pressuposto fundamental a saúde da família, a qual é concretizada através das ações desenvolvidas nas USF, em especial as ações de prevenção e atenção de qualidade de saúde. Uma das estratégias é o trabalho em equipe organizado por cronograma de trabalho que facilita o cadastro e acompanhamento dos usuários da área de abrangência. Este trabalho refere-se ao projeto de intervenção, focado nos usuários hipertensos e diabéticos da USF Dulce Araújo Andrade Sena, Feijó-AC. O objetivo principal foi melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus através da ampliação da cobertura, melhoria da qualidade da atenção, melhoria da adesão e do registro das informações, da atenção clínica com estratificação do risco cardiovascular e promoção da saúde, assim como o monitoramento de todas as ações. As ações foram realizadas durante quatro meses na USF de nossa área de abrangência. Fez-se o levantamento de todos os dados através de planilhas e fichas-espelho alimentadas com informações do prontuário clínico de saúde. O monitoramento dos dados permitiu observar um total de 382 usuários hipertensos, (correspondendo a 82,7% dos hipertensos cadastrados na USF) e 107 usuários diabéticos (correspondendo a 93,9% dos diabéticos cadastrados na USF). Em relação à realização de exames clínicos e complementares, mais de 60% dos usuários cadastrados fizeram os exames. Os usuários classificados de alto risco (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hiperlipidemia e Obesidade) receberam atendimento em pré-consulta e consulta médica com prioridade. Conseguiu-se integrar a equipe para fazer busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos à consulta em 100% dos casos, o que aumentou a quantidade de visitas domiciliares priorizadas pela equipe de saúde. A implantação do Grupo HIPERDIA na USF permitiu fazer consultas com estratificação de risco cardiovascular com qualidade, assim como a realização de atividades de promoção de saúde para 99% dos usuários, promovendo hábitos de alimentação saudáveis. Ademais, ampliou-se a cobertura de atendimento e organização dos agendamentos na USF. A equipe da unidade que trabalhou no projeto contou com a participação de médico, enfermeira, psicóloga, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem. Além disso, conseguimos integrar a equipe de saúde com outros profissionais de saúde como Fisioterapeuta, Nutricionista e Dentista. A equipe de saúde da USF esteve envolvida em todas as fases da intervenção e através de todas as mudanças positivas, facilitou-se a implantação do Programa de Saúde aos Hipertensos e Diabéticos nas USF restantes do município. A realização da intervenção mostrou a viabilidade do projeto, e também conseguiu conscientizar os usuários sobre a importância de comparecer à consulta programada ampliando a cobertura dos tratamentos médicos, bem como a qualificação da atenção.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária a Saúde, Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus, Doença crônica.

Lista de Figuras

Figura 1- Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	58
Figura 2- Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	58
Figura 3- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	61
Figura 4- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo o protocolo. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	62
Figura 5- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	64
Figura 6- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	64
Figura 7- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	66
Figura 8- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	68
Figura 9- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	68
Figura 10-Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. USF Dulce Sena, Feijó, AC.....	69
Figura 11- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	70
Figura 12- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. USF Dulce Sena. Feijó. AC.....	71
Figura 13- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. USF Dulce Sena Feijó, AC.....	73
Figura 14-Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	74
Figura 15-Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. USF Dulce Sena. Feijó, AC.....	75

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Asma Bronquial.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal.
CRAS	Centro de Referência e Apoio Social.
DM	Diabetes Mellitus.
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento das gestantes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TAC	Tomografia Axial Computorizada.
TB	Tuberculose Pulmonar.
TSB	Técnico de Saúde Bucal.
USF	Unidade Básica de Saúde.
IMC	Índice de Massa Corporal.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF	10
1.2 Relatórios da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional	29
2 Análise Estratégica	31
2.1 Justificativa.....	31
2.2 Objetivos e Metas.....	32
2.2.1 Objetivo Geral	32
2.2.2 Objetivos Específicos.....	32
2.2.3 Metas	33
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Ações	34
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	49
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	53
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.....	54
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	54
4 Avaliação da Intervenção.....	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão.....	74
4.3 Relatórios da Intervenção para Gestores.....	78
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	81
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	84
Referências	86
Apêndice	88
Anexos	90

Apresentação

Este trabalho refere-se a um projeto de intervenção ocorrido na Unidade Básica de Saúde (USF) Dulce Araújo Andrade Sena, localizada na cidade de Feijó – AC, promovido pela Universidade Federal de Pelotas através de Ensino a Distância. O principal objetivo foi melhorar a atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos, buscando aumentar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção e promover saúde dos usuários da área de abrangência conforme determinado nos protocolos do Ministério da Saúde (MS). O primeiro capítulo (Análise Situacional) refere-se à análise ocorrida nos primeiros meses do ano de 2014, baseada em questionários que avaliaram a estrutura, os materiais disponíveis e a equipe que atua nessa USF. O segundo capítulo (Análise Estratégica) evidencia as estratégias adotadas para a obtenção das metas estabelecidas, além da justificativa das ações incorporadas à rotina da equipe, o cronograma e a logística das atividades que se iniciaram no período de intervenção. O terceiro capítulo (Relatório de Intervenção) é constituído do detalhamento de todas as ações que foram realizadas durante o período de intervenção, ocorrido durante quatro meses do ano de 2014. No quarto capítulo, (Avaliação da Intervenção) evidencia os resultados quantitativos os quais são descritos com todos os dados obtidos durante esse período. No quinto capítulo, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, seguida da bibliografia, anexos e apêndices, onde constam os instrumentos e fontes utilizadas para basear as ações adotadas no projeto.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

A Unidade Básica de Saúde (USF) Dulce de Araújo Andrade Sena, pertencente ao estado do Acre, no município de Feijó, vincula-se ao SUS e foi construída para ser uma USF, sito na Avenida Marechal Deodoro, s/n, Centro, área, urbana. Na unidade básica não são desenvolvidas atividades de ensino e está em funcionamento há 96 meses (oito anos). Há dois turnos de atendimento e não oferece atendimento nos fins de semana. A área de abrangência está definida e existe mapa da área geográfica de abrangência do serviço na USF, o qual foi atualizado em 2013. A USF é uma unidade tradicional (atenção à criança, mulher e adultos). Na USF existe uma equipe de saúde da família formada por um médico clínico geral ou médico de família, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes de saúde comunitária e outros servidores, como um administrador, três agentes de segurança, dois auxiliares administrativos/recepcionistas, um auxiliar de farmácia, dois auxiliares de serviços gerais ou de limpeza. Ademais, existe um médico ginecologista que apóia a nossa USF em atendimento à saúde da mulher.

Existe um ambiente para recepção e arquivo de prontuários, na sala de espera acomodam-se trinta pessoas, há uma sala de reuniões, almoxarifado, um consultório com sanitário, uma sala de vacina, curativo e nebulização, farmácia, um consultório odontológico, uma área para compressor, um sanitário para funcionários, copa/cozinha, depósito para material de limpeza, uma sala de esterilização, há abrigo para resíduos sólidos, um depósito para lixo não contaminado e uma sala para os ACS. Os ambientes da USF têm janelas ou ventilação indireta, quais sejam, abrigo de resíduos, administração, consultórios, copa, salas de espera, reuniões, vacina e dos ACS, assim como a recepção. A iluminação da USF, com exceção da

sala de espera, não é natural. As paredes internas da USF são todas laváveis e todas de superfície lisa nas paredes internas. Os pisos da USF são todos laváveis e de superfície lisa. Os pisos das diversas salas não são de superfície regular firme e antiderrapante. Na USF, somente o telhado serve como cobertura de proteção. Todos os puxadores das portas são do tipo maçaneta de alavanca, as janelas são de madeiras e os lavatórios possuem torneiras com fechamento comum. Todas as prateleiras são interna e externamente de superfície lisa, de fácil limpeza e desinfecção.

Das necessidades e limitações observadas, destaca-se: não há escovário e não há sanitário para portadores de necessidades especiais. Além disso, não existe uma sala específica para coleta de material para a análise clínica, as portas não são revestidas de material lavável, as janelas das salas não têm telas mosquiteiras em nenhuma sala. Não existe sinalização visual através de figuras ou que permita comunicação em braile e através de recursos auditivos. Existe um sistema de reposição de equipamentos e um sistema de material de consumo, mas é insatisfatório. Não há um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetro e balanças. Referente ao escovário em nossa USF, só temos uma auxiliar em saúde dental, não existe técnico de saúde bucal (TSB) e por isso não fazemos serviços odontológicos de prevenção e promoção de saúde, além disso, não são programadas atividades de promoção em periferia, só se faz serviço ambulatorial e de emergência. Não temos sala de abrigo para resíduos sólidos (expurgo), os quais são armazenados em ambiente externo, em um tanque fechado, lacrado, coletor de descartáveis que recoleta uma vez por semana até a realização da coleta externa em ambientes exclusivos com acesso facilitado para os veículos coletores, e embalados em sacos os recipientes impermeáveis resistentes à punctura, da Empresa Terceirizada contratada pela prefeitura municipal que vem de Rondônia.

Nossa USF tem um ambiente adequado, de modo geral, que proporciona uma atenção acolhedora e humana, mas não existem espaços adaptados para pessoas com deficiências, como por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, sinalizações, tapete antiderrapante, telefone público, balcão ou bebedouros mais baixos para cadeirantes, não existe sinalização dos fluxos, e os banheiros não possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeira de rodas. Não há calçada que garanta o deslocamento seguro

de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas que têm necessidades especiais. Existe um bom relacionamento entre todos os membros da USF, mas a diretora só realiza reuniões de tipo administrativas uma vez ao mês. As prioridades e possibilidades de enfrentamento levando em consideração minha governabilidade sobre as limitações observadas são limitadas, pois são problemas estruturais que precisam recursos que não temos, mas temos que informar a nossa equipe de saúde em reuniões, para iniciar a discussão e a análise dessas limitações, buscando-se saná-las.

1.2 Relatórios da Análise Situacional.

O município de Feijó, no estado Acre tem (em 2014) uma população de 32.412 habitantes, sendo o terceiro município mais populoso do estado e sua área da unidade territorial é 27 974 890 km². Limita-se ao norte com o Amazonas, ao sul com o Peru, a leste com os municípios de Santa Rosa do Purus e Manoel Urbano e a oeste com os municípios de Tarauacá e Jordão. Existe um total de 16 716 homens e 15 696 mulheres, sendo a população composta de um 48,43% de mulheres e 51,57% de homens. A primeira civilização data de 1879 com a chegada do navio Mundurucus à foz do rio Envira, que trouxe para a região grandes números de imigrantes nordestinos. Habitavam as terras do atual município de Feijó as tribos Jáminawás e Checavas. O município de Feijó só veio a ser instalado no ano 1939, sendo seu primeiro prefeito Raimundo Augusto Araújo. A população alfabetizada em Feijó é 17.771 habitantes e as religiões são Católica Apostólica Romana com 21.717 para 67% e Evangélica com 8.498 para 35%. Feijó é mais um município que têm na administração pública a base da sua economia, o setor industrial que se resume a pequenas indústrias móveis, cerâmicas e artefatos de cimento e a agropecuária com o cultivo de bovino nas margens das rodovias. Assim, os serviços correspondem a 71,5%, agropecuária a 18,5% e indústria a 10%, ademais existe um índice de desenvolvimento humano: 0,539.

Existe um total de nove USF com ESF e seis USF Tradicionais.

- Unidade de Saúde da Família Francisca Lima.

- Unidade de Saúde da Família Francisca Xavier Ferreira.
- Unidade de Saúde da Família Maria Alice.
- Unidade de Saúde da Família Cecília de Oliveira Cordeiro.
- Centro de Saúde Diamantino Macêdo.
- USF Antônio Domingues Rodríguez.
- USF Dulce de Araújo Andrade Sena.
- USF Dr. Jose Luiz de Souza.
- USF Tradicionais.
- Posto de Saúde Boa Esperança.
- Posto de Saúde Icó.
- Posto de Saúde Océlio Araújo Santos.
- Posto de Saúde Oscar Perez.
- Posto de Saúde Seringal Santa Rosa.

Existe um Hospital Público em Feijó- AC, chamado Hospital Geral de Feijó, localizado na Avenida Marechal Deodoro s/n Centro Feijó, além disso, há um laboratório que oferece atenção a todos os Postos Médicos de Saúde. Existe uma unidade de apoio ao Diagnóstico e Terapia em Feijó: Laboratório Par análise, oferecendo atenção privada, localizado na Rua Benjamin Constant s/n Centro Feijó. Existe disponibilidade de atenção especializada, por enquanto existe um ginecologista que trabalha nossa USF a cada quinze dias e nestes momentos chegaram ao município dois Psicólogos, dois Fisioterapeutas e um Fonoaudiólogo, que vão dar apoio a todos os Postos Médicos de Saúde. Ademais há no município um Centro Referência e Apoio Assistência Social às Famílias, (CRAS), atendendo às famílias de baixos recursos e extrema pobreza. O centro atende aproximadamente 4800 famílias por ano, (grupos de apoio, visitas domiciliares, cadastro para bolsa de família, atendimento de famílias carentes, atendimento de famílias da área rural e atendimento de Adolescentes). No município de Feijó não existe Centro

Especializado de Diagnóstico (CED). A USF está vinculada com o SUS da prefeitura, foi construída para ser uma USF. Nesta não são desenvolvidas atividades de ensino, está em funcionamento há oito anos. Há dois turnos de atendimento e não há atendimento nos fins de semana. Têm área de abrangência definida e existe mapa da área geográfica de abrangência do serviço na USF, o qual foi atualizado no ano de 2013. A mesma é uma unidade tradicional. Em torno de 80% da população da área geográfica de abrangência está cadastrada. Formada por uma equipe de saúde da família formada por um médico clínico geral, um cirurgião dentista, um enfermeiro, um auxiliar em saúde bucal, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e outros como o administrador, três agentes de segurança, dois auxiliares administrativos, recepcionista, dois auxiliares de serviços gerais ou de limpeza e um Médico Ginecologista que apóia a nossa USF em atendimento à saúde da mulher, e atendimento a consultas pré- natal de alto risco de nossa USF e dos demais Postos Médicos do município. Existe um ambiente para recepção e arquivo de prontuários, na sala de espera acomodam-se trinta pessoas, há uma sala de reuniões, almoxarifado, três consultórios dois médicos e um odontológico, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de nebulização, uma área para compressor, dois sanitários para funcionários e usuários, uma copa/cozinha, um depósito para material de limpeza, uma sala de esterilização, abrigo para resíduos sólidos, um depósito para lixo não contaminado e uma sala para os ACS. Os ambientes que têm janelas ou ventilação indireta são: abrigo de resíduos, administração, consultórios, copa, sala de espera, recepção, reuniões, vacina, e sala de ACS. A iluminação da USF com exceção da sala de Espera não é natural. As paredes internas são todas laváveis e são todas de superfície lisa nas paredes internas e os pisos são todos laváveis e de superfície lisa. Todos os puxadores das portas são do tipo maçaneta de alavanca, as janelas são de madeiras, os lavatórios possuem torneiras com fechamento comum. Todas as prateleiras são interna e externamente de superfície lisa, de fácil limpeza e desinfecção. Na USF há necessidades e limitações observadas, como são: não há escovário, nem sanitário para portadores de necessidades especiais, não existe uma sala específica para coleta de material para análise clínica, as portas não são revestidas de material lavável, as janelas das salas não têm telas mosquiteiras, não existe sinalização visual dos ambientes através de figuras que permita comunicação

em braile e através de recursos auditivos e não há um sistema de reposição de mobiliário. Não temos sala abrigo para resíduos sólidos (expurgo), os quais são armazenados em ambiente externo, em um tanque fechado, lacrado, coletor de descartáveis que coleta uma vez por semana até a realização da coleta externa em ambientes exclusivos com acesso facilitado para os veículos coletores, e embalados em sacos os recipientes impermeáveis resistentes à punctura, da Empresa Terceirizada contratada pela prefeitura municipal que vem de Rondônia. Existe um sistema de reposição de equipamentos e um sistema de material de consumo, mas é insatisfatório e não há um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetro e balanças. Nossa USF tem um ambiente adequado que proporciona uma atenção acolhedora e humana, mas não existem espaços adaptados para pessoas com deficiências, como por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, sinalizações, tapete antiderrapante, telefone público, balcão ou bebedouros mais baixos para cadeirantes, não existe sinalização dos fluxos, e os banheiros não possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeira de rodas e não há calçada que garanta o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas que tem necessidades especiais. Existe problemas estruturais que precisam recursos que não temos, mas temos que informar a nossa equipe de saúde em reuniões, para iniciar discussão e análise dos mesmos. Na USF há disponibilidade e equipamentos e instrumentos suficientes e em condições satisfatórias, como: autoclave, balança para adulto, espéculos vaginais, estetoscópio, fita métrica, foco de luz, geladeira exclusiva para vacinas, medidor de glicemia, lâmina para bisturi, mesa de exame clínico, mesa ginecológica, nebulizador ou bombinha com espaçador, negatoscópio, otoscópio, pinça de Sheron, tensiômetro termômetro e tesoura curva. Mas não há disponibilidade e suficiência de antropômetro para adultos e crianças, não há balança infantil, cabo de bisturi, estetoscópio de pinar, forno de Pasteur (estufa), lanterna, material de sutura, microscópio, oftalmoscópio, pinça de posse e pote para coleta de escarro. Estas dificuldades trazem problemas ao meu trabalho porque o conhecimento exato do peso do usuário é muito importante para fazer um atendimento de qualidade, e poder atuar nos fatores de risco prejudiciais na saúde como a obesidade e o baixo peso, mas existe uma balança de adultos que se utiliza nas crianças. Não há disponibilidade de conexão

com internet, não existe telefone próprio da USF, nem projetor de slides, mais existem três microcomputadores, um para o diretor administrativo, um para os ACS e um para o enfermeiro e técnico de enfermagem. A médica da USF não tem um computador exclusivo, na USF, para coleta de dados e não existe prontuário eletrônico. O computador é usado nas seguintes atividades: controle de estoque, digitação de documentos, discussão de casos com colegas, monitoramento e avaliação das ações, protocolos, manuais e orientações, registro de ações programáticas. Na USF há seis ACS, os quais têm disponibilidade materiais e equipamentos necessários na área de abrangência como: Filtro Solar, Lápis, Borracha, Uniforme e não tem balanças para crianças e são disponibilizados meios de locomoção para o deslocamento dos ACS na área de abrangência através de bicicletas. A situação de abastecimento de materiais e insumos para realização das atividades da USF é suficiente na maioria dos insumos, mas não há fio de sutura, material para pequenas cirurgias ou solução de shiller. Nestes momentos em minha USF realizou-se uma mudança na farmácia, na qual somente ficarão os medicamentos das enfermidades crônicas não transmissíveis e centralizou-se tudo em uma farmácia na secretaria de saúde do município que vai dar cobertura a todos os postos médicos. Na USF realizamos ações do calendário de vacinas do Programa Nacional de imunizações de hepatite B, dupla adulto, febre amarela, influenza, meningocócica, pneumocócicas 23 e valente, tripla viral, vacinas orais de rotavírus humano e vacina oral contra pólio. Na USF são realizados rotineiramente: glicemia capilar, teste rápido para HIV e sífilis e hepatite B. A USF não tem acesso à exames laboratoriais (urocultura, colonoscopia, colposcopia, ecocardiograma, endoscopia digestiva alta, espirometria, TAC e Ultrassonografia Vascular). Para os exames de mamografia, ultrassonografia abdominal e mamária e eletrocardiograma, temos acesso em trinta dias, ao menos, pelo ginecologista que presta serviço a cada quinze dias. Na USF não existem protocolos de avaliação e classificação de risco biológico, doenças respiratórias crônicas (AB, rinite e DPOC), prevenção clínica de doenças cardiovascular, saúde mental, saúde na escola, saúde reprodutiva, vigilância em saúde da dengue, da esquistossomose, hanseníase, malária, tuberculose, tracoma, sexual e doméstica, acidentes por animais peçonhentos, leptospirose e raiva. Não existem livros didáticos de dermatologia, diagnóstico

diferencial por sinais e sintomas, odontologia, ginecologia ambulatorial, medicina interna, obstetrícia ambulatorial e pediatria ambulatorial.

Os profissionais da USF participam do processo de mapeamento da área de atuação da equipe em: Identificação de grupos expostos a riscos, de famílias expostas a riscos e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (HAS, DM, TB e Hanseníase) e sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais. Neste processo participam o médico, enfermeiro, odontólogo, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde e realizam o cuidado em saúde a população da área de abrangência: no domicílio, nas escolas e na associação de bairro comunitária. Não são realizados pequenas cirurgias e procedimentos, mas são realizados atendimentos de urgência. Existem profissionais que realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas como: técnico, auxiliar de enfermagem e ACS. Os profissionais que realizam cuidado domiciliar são o médico, enfermeiro e ACS, realizando curativo, nebulização, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento, aferição da pressão, consulta médica, entrega de medicamentos, aplicação medicação oral e injetável, colocar e trocar sondas e revisão puerperal. Os profissionais encaminham os usuários respeitando fluxos de referência e contra referência utilizando protocolos para internação hospitalar, atendimento em serviço de pronto atendimento e atendimento em pronto socorro. Os profissionais acompanham os usuários em situações de internação hospitalar e realizam a notificação compulsória de doença, são eles: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Esses profissionais também realizam a busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória.

Em nossa USF realizamos atividades de grupo: Aleitamento materno, Idosos, Planejamento familiar, Pré-natal, Prevenção do câncer ginecológico. Mas não realizamos atividades com adolescentes, capacitação para o trabalho, combate ao tabagismo, portadores de sofrimento psíquico, saúde da mulher, saúde bucal, puericultura para menores de um ano e atividades com hipertensos e diabéticos. A portaria do dia 21 de outubro de 2011 diz que uma das atribuições dos membros das equipes de Atenção básica é realizar reuniões de equipes semanais a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe. Das atribuições específicas do enfermeiro da USF destaca-se: realizar consultas de enfermagem,

procedimentos, atividades em grupo, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário. Atualmente, em nossa USF não temos enfermeiro, ele foi transferido a outra unidade, afetando meu trabalho e o trabalho da equipe da USF. O enfermeiro é indispensável para o trabalho comunitário e bom funcionamento da USF e para o bom funcionamento das atividades em grupo. Os profissionais da USF promovem a participação da comunidade no controle social, mas ainda não existe uma equipe sólida para a realização de atividades educativas de engajamento com a comunidade e o diretor administrativo participa do gerenciamento dos insumos necessários. A equipe de saúde se reúne mensalmente e os temas das reuniões são: organização do processo de trabalho e planejamento das ações, participando o médico, enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e agente de saúde comunitário. Fizemos reuniões com a secretária de saúde do município Feijó, onde se comunicou:

- Momento no curso da especialização.
- Funções do enfermeiro na USF.
- Alguns aspectos importantes da portaria 21 de outubro de 2011.
- Organização do processo do trabalho da USF.
- Cronograma de trabalho.
- Tomou-se como acordo: realizar uma reunião da equipe básica de saúde com secretária de saúde do município.
- Realização de consultas de puericultura em visitas domiciliares em conjunto com ACS.
- Planejamento de visitas domiciliares e rodas de conversa.
- Construção da agenda do trabalho e cronograma.

Em relação ao tema da população da área adstrita ainda não temos dados atualizados, eu pessoalmente procurei essa informação com a Coordenadora administrativa da minha USF e não há informação alguma, também procurei na Secretaria de Saúde do município de Feijó e me informaram que estão atualizando o sistema de informática, e estão introduzindo novos dados de cada uma da USF,

então eu insisti e pedi os dados do ano passado e não existem. Na USF é realizado o acolhimento do usuário na recepção, em uma sala específica para acolhimento e na sala de enfermagem e procedimento, os profissionais que realizam o mesmo são médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico ou auxiliar dentário, agente de saúde comunitário e recepcionista, não existe equipe de acolhimento, realizando a acolhimento de forma coletiva por toda a equipe de saúde, já que no primeiro momento do funcionamento da unidade toda equipe se reúne com os usuários que vieram à USF por demanda espontânea e nesse espaço coletivo, conversamos com eles. O acolhimento é realizado em todos os dias de atendimento da USF e em todos os turnos: manhã e tarde. Todos os usuários que chegam à USF têm suas necessidades acolhidas em quinze, até vinte minutos.

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes graduações de risco. A equipe de saúde de minha USF conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco para definir o encaminhamento da demanda do usuário, além disso, a equipe também conhece e utiliza a avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Atualmente, não temos enfermeiro no nosso posto médico, mas até agora oferecemos atendimento para os usuários que solicitam consultas quando estão com problemas de saúde agudos, assim existe excesso de demandas para consultas de usuários que necessitam atendimento no dia, mas se os usuários são residentes na área de cobertura da USF, às vezes, precisamos orientá-lo para retornar outro dia. Não existe excesso de demanda de atendimento prioritário. Os usuários não costumam solicitar consultas para o enfermeiro, e quando estão com problemas de saúde agudos que precisam atendimento de imediato, os mesmos não tem que esperar mais de trinta minutos para consultar com o enfermeiro no caso de atendimento imediato, não existindo excesso de demanda para este caso. Em nossa USF Dulce de Araújo Andrade Sena existe aproximadamente uma população, na área de abrangência, de 3.039 pessoas. Existe cadastro dessa população pelos ACS em seis microáreas, mas neste momento ainda não está totalmente atualizado e não existe cadastro na secretaria de saúde do município. Estes dados encontrados constituem uma prioridade para o trabalho dos ACS, que estão em processo de cadastramento da população atendida, já que as estimativas encontradas em quatro

microáreas não coincidem com os dados estabelecidos para nossa população da área de abrangência. Ainda na secretaria de saúde do município não existe base de dados atualizada da população, quando a mesma estiver atualizada eu farei a comparação dos dados encontrados.

Saúde Bucal: Em nossa USF trabalha uma Odontóloga, de segunda até sexta, no horário das 8 horas até às 11:30. O atendimento realizado é curativo e de urgência: somente realiza extração, não realiza restauração porque o equipo não funciona e não realiza atividades de prevenção. Realiza-se de dez a doze atendimentos por dia, os quais são agendados de urgência e não são agendados continuamente e de modo programado. Nossa USF só conta com uma auxiliar de saúde bucal, não existe técnico de higiene bucal (THD), o que dificulta a realização de ações odontológicas preventivas e de promoção de saúde. Além disso, não são programadas atividades de promoção de saúde bucal na periferia. No que diz respeito à disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumentos de uso odontológico, podemos dizer que não há estufa, instrumental para instalação e manutenção de próteses, mas existem amalgamador, autoclave, cadeira odontológica, compressor de ar, equipo odontológico com pontas, instrumental para urgências e para exame clínico, necessários para um trabalho de qualidade, de urgência e assistencial, mas existem dificuldades quanto ao trabalho de promoção e prevenção pois não temos escovario e odontólogo não tem visitas domiciliares programadas. Na USF não há adesivo para restauração, cimento de ionômero de vidro e hidróxido de cálcio, medicação para tratamento pulpar, fio de sutura odontológico, não há resinas fotopolimerizáveis e não há materiais para atividades educativas e preventivas (não há manequins, vídeos, livros infantis, macromodelos, dentifrícios, escovas dentárias e flúor). Não existem dados atualizados para a cobertura desta ação programática, na USF os usuários solicitam consultas para o odontólogo quando estão com problemas de saúde agudos, existindo excesso de demanda de usuários com problemas agudos, já que este profissional atende dez pessoas por dia. Muitos dos usuários residem fora da área de cobertura da USF, mas solicitam o dentista para atendimento imediato, de urgência recebendo o mesmo ou sendo orientados para retornar outro dia. A USF não oferece serviço de prótese dentária, já que não pode dar cobertura porque não existe material

disponível, e existe excesso de demanda. A USF não oferece atendimento odontológico especializado como endodôntico (tratamento de canal), periodontal, cirúrgico e das lesões de mucosas.

Saúde da Criança: Na USF Dulce Araújo Andrade Sena realizam-se atendimentos de puericultura aos menores de doze meses, em que participam o médico e agentes comunitários de saúde, agendando a próxima consulta programada após a consulta de puericultura. Existe demanda de crianças de doze meses de idade para atendimento de problemas agudos, pertencentes à área de cobertura da USF. Seguimos protocolo de atendimento de puericultura, elaborado pelo Ministério de Saúde, publicado do ano 2013. Os profissionais que utilizam o protocolo são o médico, o enfermeiro e agentes comunitários de saúde, mas não existe documento do Acompanhamento do desenvolvimento da Criança, necessário para as consultas de puericultura. Diferentes ações são desenvolvidas no cuidado às crianças, diagnóstico e tratamento clínico, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, prevenção da violência, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção da saúde. Os atendimentos das crianças são registrados em prontuário clínico e ficha-espelho de vacinas. Os profissionais solicitam a caderneta da criança, conversando sobre as dicas de alimentação saudável, significado na curva de crescimento, assim como explicam sinais de risco na curva e chamam atenção para a data da próxima vacina. Na USF existe o programa Bolsa Família e o responsável pelo cadastramento das crianças é o técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é diretor administrativo. Existem outros programas do Ministério da Saúde, quais sejam: saúde de Ferro e Suplemento de Vitamina A. Na USF existem profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento do Programa, estes são o enfermeiro e o médico. As fontes utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação são registros específicos de puericultura e prontuário clínico. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança em minha USF temos que buscar um engajamento de toda a equipe de saúde em função de conseguirmos uma mudança importante neste aspecto, pois não existem dados atualizados para a cobertura das ações programáticas na saúde da criança. A diretora administrativa da

USF junto aos ACS deve realizar programação das consultas de puericultura na USF e domiciliares por semana e, assim, conseguir que o médico realize as consultas com ACS e técnico de enfermagem durante as visitas domiciliares. O engajamento da equipe de saúde constitui uma ferramenta importante para fazer um atendimento de qualidade.

Atenção ao Pré-natal e Puerpério: Em nossa USF, realizamos atendimento de pré-natal, cinco dias da semana, em todos os turnos, existindo um total de 30% de gestantes fora da área de cobertura da USF que realizam pré-natal. Este atendimento é realizado pelo médico ginecologista-obstetra, médico da família e enfermeiro. Atualmente, não temos enfermeiro há seis meses, porque foi transferido para outra USF. Assim as consultas pré-natais estão sendo feitas pelo ginecologista que vem a cada quinze dias, e também pelo médico da família. Após a consulta a gestante sai da USF com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas existe demanda de gestantes para atendimento de problemas agudos, tanto para área de cobertura da USF como fora desta. Seguimos protocolo de atendimento do pré-natal, publicado em 2012, pelo Ministério da Saúde, Secretária Municipal de Saúde e Secretária estadual de saúde. O protocolo é utilizado pelo enfermeiro, médico e médico ginecologista. Muitas ações são desenvolvidas como diagnósticos de problemas clínicos, de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de: aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, da atividade física e da saúde bucal. Os profissionais utilizam avaliação e classificação do risco gestacional. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, que é revisado periodicamente (semanal), com a finalidade de verificar gestantes faltosas, verificar completude de registros, identificar gestantes em data provável de parto e identificar gestantes com pré-natal de risco e são revisados pelo auxiliar administrativo e recepcionista. Os profissionais de saúde sempre solicitam cartão pré-natal nos atendimentos, preenchem com as informações atuais da gestante, conversam com a gestante sobre as dicas de alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, do cartão de pré-natal, chamam atenção para data da próxima vacina, conversam com a gestante sobre as práticas de promoção do aleitamento materno, conversam sobre os cuidados com o

recém-nascido, conversam com a gestante sobre os riscos de tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, conversam sobre a anticoncepção no pós-parto, recomendam que gestante realize revisão puerperal até os sete dias e de 30 e 42 dias de pós-parto. Existe, o programa Sis prenatal do Ministério da saúde, na nossa USF, sendo o responsável o médico ginecologista, assim como é responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de saúde. Entretanto, a equipe de saúde não realiza atividades com grupos de gestantes. Existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa, como o médico ginecologista. Na USF existe o profissional que se dedica à avaliação e monitoramento do programa é o médico ginecologista, o qual utiliza os registros específicos do pré-natal para esse fim. Sobre o caderno de ações programáticas, disponibilizado pelo curso, foi possível preencher o caderno da parte pré-natal e puerpério. Utilizando as fontes de dados de prontuário médico, odontológico, formulário especial do pré-natal e registro de vacinas. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programada, já que nosso serviço adota um protocolo do atendimento. As dificuldades relativas à cobertura de atenção a gestante referem-se às gestantes do município de Feijó que não comparecem à consulta com regularidade. O trabalho da atenção ao pré-natal não inclui somente o médico ginecologista, inclui também o médico da família e a equipe de saúde da USF. Esse trabalho inicia com um bom acolhimento das gestantes pela equipe de saúde, sendo acolhidas integralmente. Devem ser melhorados os processos de engajamento da equipe de saúde em função da gestante na realização de atividades com grupos de gestantes, no âmbito da USF. É importante a realização de práticas educativas abordando os seguintes aspectos: importância do aleitamento materno, hábitos saudáveis de vida, os cuidados com recém-nascido e importância da consulta de puericultura, identificação de sinais de alarme na gravidez e reconhecimento do trabalho de parto, importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e planejamento familiar. Estas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva por meio de grupos de gestantes. Deve existir um grupo de gestantes por microárea, onde cada ACS visite com a equipe de saúde para fazer estas atividades individuais e coletivas na USF. Assim, podemos fazer atualização do cadastro das gestantes por microárea e melhorar a qualidade da atenção ao pré-

natal em nossa USF. Não existem dados atualizados para a cobertura das ações programáticas.

Prevenção do Câncer do Colo de Útero e Controle de Câncer de Mama: Em nossa USF a equipe de saúde orienta todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Existe, na sala de espera, preservativos e propagandas sobre o uso do mesmo, que são distribuídos à população. Também se realiza ações sobre os malefícios do tabagismo. Na USF são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de útero, através da coleta de exame citopatológico. A coleta do exame é realizada em cinco dias da semana, em todos os turnos e existe uma proporção de 40% de mulheres atendidas fora da área de cobertura, contudo, desconhece-se o a taxa real de cobertura. O exame citopatológico é realizado pelo ginecologista e enfermeiro e é realizado o rastreamento. Existe protocolo de prevenção do câncer de colo de útero, o qual é utilizado pelo médico ginecologista. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame. Os atendimentos são registrados em formulário especial para citopatológico. Existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos, o qual é revisado periodicamente, com frequência mensal, para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso, registros em dia e avaliar a qualidade do programa. A revisão do arquivo é feita pelo médico ginecologista e auxiliar de enfermagem. A equipe de saúde da USF não realiza atividades com grupos de mulheres. Existem profissionais que se dedicam ao planejamento gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino como médico da família e o médico ginecologista, os quais realizam reuniões mensais. O médico ginecologista realiza avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino, faz os relatórios com frequência mensal. Na USF são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, ações de estímulo à prática regular da atividade física para as mulheres da área de cobertura, são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como exame clínico de mamas e

solicitação de mamografia. Estas ações de rastreamento são realizadas cinco dias por semana, em todos os turnos. Há um percentual de 100% de mulheres atendidas, com rastreamento do câncer de mama, realizadas pelo médico. Existe protocolo de controle do câncer de mama, o qual é utilizado pelo médico ginecologista. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento. Existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama, que são o médico da família e o ginecologista. Esses profissionais também são responsáveis pela avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama, para o qual utiliza os prontuários. Eu acredito que devem ser melhorados os trabalhos em grupo com mulheres adolescentes e em idade fértil, evitando as doenças de transmissão sexual e a gravidez na adolescência. As estratégias que podemos utilizar na USF para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado são a programação das visitas domiciliares, em conjunto com ACS, para realizar avaliação e orientação de comparecimento à consulta programada, para fazer tratamento e em caso oportuno encaminhamento ao ginecologista. Em nossa USF existe uma ampla cobertura para o controle do câncer de mama, já que o ginecologista atende a toda nossa população da área de abrangência, a população fora de área e das outras unidades, contudo não existem informações acerca das taxas de cobertura deste público alvo. As mulheres atendidas com exame alterado assistem à consulta de seguimento com ginecologista de nossa equipe de saúde.

Hipertensão e Diabetes: Na USF Dulce Araújo Andrade Sena são realizadas importantes ações para o controle da HAS e Diabetes as quais constituem fatores de risco importantes para as doenças cardiovasculares. Entre elas temos: orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, prática regular de atividades físicas, ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool. Na USF realizam-se atendimentos aos usuários portadores de HAS, quatro dias por semana em todos os turnos, mas existem usuários fora da área que realizam atendimento em nossa USF. Neste atendimento participam o médico da família, enfermeiro, técnicas de enfermagem e contamos com a ajuda também de nossa recepcionista, que orienta e apóia os hipertensos antes de entrar na consulta. Atualmente, não

contamos com a ajuda valiosa de nosso enfermeiro. Existe muita demanda de atendimento de usuários com HAS da área e fora desta com problemas agudos devido a HAS. Estes são atendidos no momento. Na USF não existe protocolo de atendimento para HAS. Diferentes ações são desenvolvidas no cuidado aos hipertensos, que são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico. Os profissionais da saúde explicam sempre como reconhecer sinais das complicações da HAS. Na USF existe programa HIPERDIA e o responsável pelo cadastramento dos adultos é o enfermeiro e a técnica de enfermagem. Os cadastros são enviados à secretaria municipal de saúde pelo diretor administrativo. A equipe de saúde realiza atividades com as pessoas com HAS, que são realizadas na USF, na comunidade. Existem aproximadamente 232 usuários que são atendidas na USF com HAS, os quais são atendidos pelo enfermeiro, médico de família, técnico de enfermagem e ACS. Existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas, bem como à avaliação e monitoramento das ações, quais sejam, o enfermeiro, médico clínico geral e técnico de enfermagem. São utilizadas as fontes de dados dos prontuários clínicos. Os profissionais produzem relatórios com os resultados encontrados com frequência mensal. Toda a equipe de saúde trabalha com disciplina para conseguirmos um atendimento adequado, mas ainda precisa ser protocolado e registrado. Com relação à DM, realizamos os atendimentos, cinco dias por semana, em todos os turnos. Nesses atendimentos participam o enfermeiro, médico clínico geral, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Não conhecemos o número real de usuários diabéticos acompanhados na USF. Após a consulta os usuários com DM saem da USF com a próxima consulta programada. Não existe demanda de atendimentos agudos para esta enfermidade. Na USF não existe protocolo de atendimento. Diferentes ações são desenvolvidas para o cuidado dos usuários com DM, estas são: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, saúde mental e diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os profissionais utilizam

classificação para estratificar o risco cardiovascular das pessoas portadoras de DM. Os profissionais utilizam outros níveis de saúde como, no caso do encaminhamento para serviços de pronto-atendimento e de pronto-socorro. Estes atendimentos são registrados em prontuários clínicos. Os profissionais explicam os sinais de complicações de DM. A equipe de saúde realiza atividades com os grupos de DM, estes são realizadas na USF e na comunidade. São atendidos aproximadamente vinte usuários por mês com DM. Nas atividades de grupo com usuários com DM, participam o enfermeiro, médico clínico geral, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses profissionais também se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações com usuários com DM, bem como à avaliação e monitoramento das ações, e para isso, utilizam os prontuários dos usuários. Os profissionais fazem relatórios, com frequência mensal. As principais deficiências encontradas foram que não existe protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e DM na USF e não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos em pessoas com HAS e DM. A qualidade da atenção à saúde é boa, mas precisa ser melhorada, protocolada e registrada.

Saúde da Pessoa Idosa: A estimativa do número de idosos residentes na área é adequada à realidade dos denominadores na minha área (160 idosos). Não existe caderneta de saúde da Pessoa Idosa. A nossa USF realiza atendimento de idosos cinco dias da semana, em todos os turnos. Deste atendimento participam o médico clínico geral, o enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Não existe protocolo de atendimento para idosos na USF. Diferentes ações são desenvolvidas no cuidado aos idosos, como são: imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade e tabagismo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico. Não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos. Realiza-se avaliação da capacidade funcional global do idoso. A equipe de saúde não realiza atividades com os grupos de idosos. Há que destacar que a equipe de saúde programa semanalmente visitas domiciliares aos grupos de idosos da área, nas quais participam o médico de família, um técnico de enfermagem e um agente

comunitário de saúde, realizando cuidado domiciliar aos idosos. A qualidade da atenção à saúde é boa, tomando especial cuidado com o idoso, já que eles precisam de nosso carinho e dedicação, além disso, eles têm preferência no atendimento. O médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Nossa USF realiza os relatórios com frequência mensal. Em termos gerais, em nossa USF ainda existem muitos desafios que precisam ser superados, quais sejam:

- Formação de grupos de idosos e realização de atividades de promoção e prevenção de saúde na USF.
- Materialização do engajamento da equipe de saúde na realização de grupos HIPERDIA.
- Realização de consultas de puericultura com todos os recursos necessários, um dia por semana e conseguir que a população participe da consulta mensalmente, para os menores de um ano.
- Formação de grupos de Gestantes e realização de atividades de promoção com elas na USF.
- Formação de grupos de adolescentes e realização de atividades de promoção e prevenção com eles na USF.
- Para a realização destas ações, temos recursos humanos formados por ACS, técnico de enfermagem, médico da família e diretora administrativa da USF.
- Não temos ainda os dados atualizados em relação à população da área adstrita, o que dificulta a realização do perfil demográfico idade/sexo de nossa área de abrangência.
- Dispor de uma sala de coleta de resíduos sólidos (expurgo), com todas as características próprias, para sua coleta.

Atualmente, já conseguimos algumas mudanças em nossa USF como a formação de grupos de idosos, HIPERDIA e gestantes, mas ainda não temos grupo de fumantes, nem de adolescentes, estamos trabalhando pelo cronograma do curso, com reuniões semanais incluídas de equipe básica de saúde, onde participam todos os trabalhadores da USF ativamente, existe união da equipe de saúde, contamos com balança calibrada para realização de pesagem de crianças e adultos, existe inter-relação com outros especialistas como a Enfermeira que atende o programa de saúde sexual e enfermidades de transmissão sexual, Fisioterapeuta, Nutricionista,

Psicóloga, Odontóloga, para realização de palestras, assim como cooperação entre USF / Secretaria de Saúde / Prefeitura. Existem grandes desafios e um dos mais importantes é contar com uma enfermeira ou enfermeiro fixo, que leve a direção administrativa da USF, assim como a necessidade de um computador para o médico, e uma sala (consultório) com banheiro, para o médico da USF. Assim como conexão de internet, muito necessária para realizar coleta de dados, envio e busca para superação profissional, além disso, precisamos computador para realização de prontuário eletrônico. Não existem dados atualizados para a cobertura das ações programáticas.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

É muito significativa a diferença entre os dois relatórios, ou melhor, existe a diferença de informações e conhecimentos adquiridos em tão pouco tempo, pois o segundo relatório além de ser maior e conter mais informações do que o primeiro, ainda permite perceber que havia uma sensação de dados sem concluir, pois era possível perceber que certos serviços e atividades não estavam com qualidade. Com o passar do curso se foi ganhando em experiência e com todos os questionários concluídos, fomos capazes de corrigir os erros e trabalhar para fazer mudanças positivas em cada ação. O preenchimento dos questionários mostrou a realidade de nosso trabalho na USF, mostrou o que conhecemos e o que desconhecemos, que temos muitas dificuldades e desafios ainda por melhorar, como a cobertura das ações, e ainda não temos uma avaliação quantitativa nem qualitativa de forma sistematizada. Além disso, o preenchimento das tarefas questionou vários setores da USF, trouxe desconforto para muitos colegas, pois no começo não existia engajamento, nem sentido de equipe unida. Tudo foi ganhando em qualidade com a troca de coordenação da unidade de saúde, que foi realizada com sucesso e em momento oportuno, pois depois desta mudança houve muitas mudanças, especialmente a implementação de meu cronograma do trabalho, que gerou a formação de grupos (HIPERDIA e Gestantes), não só em nossa USF, mas também nas USF restantes de nosso município. Depois de muitas reuniões na secretaria de saúde, conjuntamente com a diretora de nossa USF, houve uma nova troca de coordenação, onde nossa enfermeira, que foi liberada desse cargo, passou

a coordenar atenção básica na secretaria de saúde. Assim, a Psicóloga ocupou a coordenação de nossa USF e todas estas mudanças trouxeram uma series de inseguranças e dúvidas sobre as rotinas de trabalho e os protocolos de atendimento, pois tivemos que mudar novamente nosso cronograma do trabalho, e implantar novos cronogramas para os ACS, médico, e enfermeira, que atualmente só presta serviço dois dias na semana, em atendimentos de consultas de pré-natal. Além de todas estas mudanças, nossa USF ganhou em experiência de trabalho e em equipe unida, pois existe mais conhecimento quanto à organização e planejamento das ações, além de incluirmos em nosso cronograma do trabalho, as reuniões de equipe semanais. Comparando o início deste processo de avaliação da USF até agora podemos dizer que nossa USF ganhou em qualidade dos serviços à população e trabalho comunitário.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Associação Americana do Coração em 2010 definiu suas propostas para o ano 2020 com uma diminuição da prevalência e mortalidade por doença cardiovascular guiada pelo conceito de prevenção. Chamou de saúde cardiovascular ideal a ausência de doença cardiovascular e presença de hábitos de vida saudáveis e indicadores de saúde ideais (cifras tensionais, colesterol, glicose em jejum dentro dos parâmetros normais). (LLOYD et al., 2010). Há mais de 50 anos o estudo de Framingham contribuiu com conhecimentos sobre os fatores de risco cardiovascular sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) uma das principais causas de morbimortalidade para qualquer nível de atenção sanitária, independente da condição socioeconômica. Cifras alarmantes indicam que poderia existir um aumento de até 60% de hipertensos ao nível mundial para o ano 2025 (BORDEN; DAVIDSON, 2009). A HAS é um problema mundial que afeta atualmente 1,2 milhões de pessoas (CHOBANIAN, 2003). São doenças que devem ser diagnosticadas, tratadas e controladas, mas que também são fatores de risco importantes de outras doenças de elevada letalidade (MINSAP, 2008; VASQUEZ, 2006). O controle da HAS não deve ser realizado pelas medidas de pressão arterial e glicose em jejum, pois também é necessário controlar os fatores de risco e, com isso, melhorar a qualidade de vida do usuário (DUENAS, 2010).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e existem dois fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência que são a HAS e Diabetes Mellitus (DM), os quais contribuem decisivamente para o agravamento desse cenário em nível nacional. Essas duas doenças levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade (BRASIL, 2001).

Na USF Dulce Araújo Andrade Sena, temos um total de 239 pessoas hipertensos perfazendo um percentual de 46,3% e 60 pessoas diabéticos correspondentes a 40,5%. Com esse projeto de intervenção, nos propusemos a realizar um manejo comunitário dessas doenças na USF Dulce Araújo, do município de Feijó (conhecendo a prevalência e controle de usuários com HAS e DM das seis microáreas atendidas pelos ACS de nossa população de abrangência).

Com isso, pretendemos avaliar as mudanças na qualidade da atenção aos mesmos, promover educação em saúde aos usuários e familiares. Realizar a identificação dos fatores de risco cardiovasculares associados, além disso, capacitar os profissionais de saúde e com isso elevaremos a qualidade da saúde de nossa população. Essa intervenção é muito importante porque com ela diminuiremos a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, tratando de maneira oportuna e correta os riscos para HAS e DM.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Dulce Araújo Andrade Sena no município de Feijó, estado Acre.

2.2 Objetivos Específicos

Para melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Dulce Araújo Andrade Sena no município de Feijó, estado Acre, nos propusemos os seguintes objetivos específicos.

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa de atenção ao hipertenso e diabético.
4. Melhorar o registro das informações de hipertensos e diabéticos.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

1. Cadastrar 80% dos Hipertensos e 80% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde Dulce Araújo Andrade Sena, no município de Feijó.

Relativas ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

3. Garantir para 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia acordo com o protocolo.

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

5. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Relativas ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e ou diabéticos ao programa.

6. Fazer busca ativa de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo de melhorar os registros das informações.

7. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

8. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

9. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

10. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

11. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

12. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Realizar-se-á uma intervenção comunitária na Unidade Básica de Saúde Dulce Araújo Andrade Sena, no município de Feijó, do Estado Acre. Pesquisar-se-á sobre nossa população cadastrada na área de abrangência pertencente às seis microáreas na consulta médica e nas visitas domiciliares com os ACS.

A intervenção será constituída por toda a população com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, da USF, no município de Feijó.

Em relação à **Meta 1**, de cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência:

- No eixo de Monitoramento e Avaliação:
 - Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes (reunião com ACS para solicitar cadastro atualizado dos usuários na USF).
- No eixo de Organização e Gestão do serviço:
 - Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados na USF
 - Melhorar o acolhimento na USF para os usuários portadores de HAS e DM, indicando aos pacientes o cronograma de trabalho do médico e orientando os pacientes com situações particulares.
 - Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na USF (já existe e a enfermeira realiza acompanhamento destes usuários).

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (existe esfigmomanometro calibrado).

- No eixo de engajamento público:

- Informar os usuários durante visitas domiciliares com ACS e médico da unidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensos e Diabéticos, importância do rastreamento para DM em adultos com PA maior que 130/80 mmHg e medir uma vez ao ano a PA de adultos de 18 anos ou mais.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco cardiovasculares em hipertensos e diabéticos.

- No eixo de qualificação da prática clínica:

- Capacitar-se-á os ACS para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Em relação à **Meta 2** de realizar exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência:

- No eixo de monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM, em consultas programadas.

- No eixo de gestão do serviço.

- Definir-se-á atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, em particular, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

- No eixo de engajamento público.

- Orientar-se-á os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares (obesidade, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo, e elevados níveis de colesterol e triglicérides).

Em relação à **Meta 3** de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares de acordo com o protocolo:

- No eixo de monitoramento e avaliação.

- Será monitorada a realização de exames laboratoriais aos hipertensos e diabéticos de acordo com protocolo e a periodicidade recomendada; a ação será

realizada pelo médico da unidade (colesterol, triglicerídeos, hemograma completo, urina, glicemia em jejum).

- No eixo de organização e gestão do serviço.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência (colesterol, triglicerídeos, hemograma completo, urina, glicemia em jejum).
- No eixo de engajamento público.
 - Os usuários e a comunidade serão orientados quanto à necessidade de realização de exames complementares pelos diabéticos e hipertensos da unidade.

Em relação à **Meta 4** de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade:

- No eixo de monitoramento e avaliação.
 - Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia. Em nossa unidade são garantidos todos os medicamentos para hipertensos e diabéticos do programa HIPERDIA.
- No eixo de organização e gestão do serviço.
 - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na USF.
- No eixo da qualificação da prática clínica.
 - Será realizada atualização do profissional médico, no tratamento da hipertensão e diabetes.

Em relação à **Meta 5**, será realizado atendimento odontológico a 100% dos hipertensos e diabéticos.

- No eixo de organização e gestão do serviço.
 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos e diabéticos.
 - Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas em dia dos hipertensos e diabéticos de alto risco cadastrados na USF.
- No eixo de organização e gestão do serviço.
 - Organizar visitas domiciliares com ACS e equipe da USF para buscar hipertensos e diabéticos faltosos a consulta odontológica.

- No eixo de engajamento público.

- Organizar visitas domiciliares com a equipe da USF para orientar a importância da prevenção de infecções mediante sua assistência a consulta odontológica aos usuários alto risco hipertensos e diabéticos.

Em relação à **Meta 6** de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde.

- No eixo de monitoramento e avaliação.

- Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas (consultas em dia) dos hipertensos e diabéticos na USF.

- No eixo de organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares com ACS e enfermeira para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos por microáreas.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

- No eixo de engajamento público.

- A comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas.

Em relação à **Meta 7** de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

- No eixo de monitoramento e avaliação.

- Será monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na USF, mediante o preenchimento da ficha de espelho na consulta.

- No eixo de organização e gestão do serviço.

- Implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento.

- No eixo de engajamento público.

- Os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros (atualização em consulta).

- No eixo de qualificação da prática clínica.

- Treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético (ACS, enfermeira e técnico de enfermagem)

Em relação à **Meta 8** de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na USF.

- No eixo de monitoramento e avaliação.
 - Será monitorado o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma estratificação do risco por ano.
 - Indicaremos exames de colesterol, triglicérides, glicemia em jejum a todos os adultos cadastrados com hipertensão e diabetes.
 - Realizaremos pesagem e verificação de altura em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos para determinar IMC e detectar obesidade.
 - Realizar preenchimento de prontuário e fichas-espelho, que inclui dados gerais, tratamento atual, realização de exercício físico e consumos de cigarros ou não.
- No eixo de organização e gestão do serviço.
 - Priorizar atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados como alto risco (hiperlipemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alimentação não saudável.)
- No eixo de engajamento público.
 - Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- No eixo de qualificação da prática clínica.
 - Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham.
 - Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis (obesidade, tabaquismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados)

Em relação às **Metas 9 e 10** de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável e garantir orientação sobre a prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

- No eixo de monitoramento e avaliação.
 - Monitoraremos a realização de orientação nutricional e realização de atividade física regular como, por exemplo: caminhadas curtas aos usuários diabéticos e hipertensos de alto risco.

- Orientaremos os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância de alimentação saudável e prática de exercício, assim como diminuição do consumo de cigarros diários.

- No eixo de organização e gestão do serviço.

- Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

- No eixo de engajamento público.

- Orientaremos os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientaremos os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

- No eixo de qualificação da prática clínica.

- Capacitaremos a equipe da USF sobre práticas de alimentação saudável e promoção da prática de atividade física regular.

Em relação à **Meta 11** de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos de nossa área.

- No eixo de monitoramento e avaliação.

- Monitoraremos orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos (visitas domiciliares programadas)

- No eixo de organização e gestão do serviço.

- Serão garantidos os medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

- No eixo de engajamento público.

- Orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento médico para abandonar o hábito.

- No eixo da qualificação da prática clínica.

- Capacitaremos a equipe da USF sobre metodologias de educação em saúde.

Em relação à **Meta 12** de garantir orientação sobre higiene bucal dos hipertensos e diabéticos da área da USF.

- No eixo de monitoramento e avaliação.

- Monitoraremos a realização de consultas anuais dos hipertensos e diabéticos com o cirurgião-dentista.
 - No eixo de organização e gestão do serviço.
- Será garantida atenção à saúde bucal aos hipertenso e diabético de alto risco, tendo em conta a agenda de trabalho da Dentista da USF.
 - No eixo de engajamento público.
- Orientaremos a comunidade sobre a importância do atendimento com dentista.
 - Buscaremos parcerias na comunidade reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção de saúde.
- No eixo da qualificação da prática clínica
- Orientaremos a Dentista da USF para avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a HAS e DM da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético, na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa atenção a Hipertensão arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

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

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e dos diabéticos da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com exame em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo a protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos e diabéticos com exame complementares em dia.

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

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos e hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ HIPERDIA.

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

Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa de atenção ao hipertenso e diabético.

Meta 6: Fazer busca ativa de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas medicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas medicas com busca ativa.

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

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações de hipertensos e diabéticos.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 10: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos de tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, de 2001, será utilizado para nortear a realização do projeto de intervenção focado na melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da USF Dulce Araújo Andrade Sena, no município de Feijó. A equipe de saúde da USF será responsável pelas atividades do projeto e os profissionais da saúde (médico e enfermeira) pelo atendimento na USF. Com a realização deste projeto melhorar-se-á a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados pertencentes às seis microáreas: 16,17,18,19,20 e 21 da USF Dulce Sena, no bairro Centro.

Na primeira etapa realizar-se-á cadastro de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência na consulta médica programada, ampliando a cobertura dos usuários da nossa área.

Para organizar os registros, primeiro faremos contagem de todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados, por microáreas atualizadas. Para fazer isto precisamos dos Cadastros do Hipertenso e/ou Diabético MS- HIPERDIA existente na USF, os quais serão revisados semanalmente por Micro áreas por ACS e Médico da USF. Segundo cronograma do trabalho do médico e dos ACS correspondentes, faremos visitas domiciliares aos usuários cadastrados já existentes e aos usuários cadastrados em consulta programada, para realizar atualização dos dados como são: nome completo, endereço atual, idade, estado civil, CPF, dados clínicos do usuário (PA, Fatores de risco e doenças concomitantes, tratamento atual) e data da consulta. Para la realização de visitas domiciliares a usuários cadastrados não utilizaremos carro pois todas nossas visitas domiciliares são feitas a pé, caminhando, a secretaria de nosso município não disponibiliza carro para fazer visitas domiciliares, nós vamos a nossa USF caminhando, pois, nossa secretaria de saúde considera que além esteemos morando longe da nossa USF es área urbana.

Informaremos em reunião com equipe de saúde com realização semanal sobre o ACS correspondente por semana para a realização de visitas domiciliares, as quais serão suspensas em caso de chuva.

Utilizaremos a ficha-espelho preconizados pelo curso e os prontuários clínicos para descobrirmos o número total de pessoas hipertensos e diabéticos moradores da área de abrangência da USF. Este cadastro será realizado pelo médico em consultas programadas segundo protocolo, encontros semanais do grupo HIPERDIA nas quais se realizará consulta de hiperdia após encontro e visitas domiciliares programadas semanalmente por micro áreas. Além disso será realizado exame clínico apropriado e exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência, em consulta programada acordo com o protocolo. Nestes momentos não contamos com tinta suficiente para imprimir a totalidade das fichas espelhos em nossa USF, por enquanto solicitaremos ajuda a prefeitura para imprimir as primeiras 200 planilhas, assim sucessivamente serão imprimidas a totalidade destas, esta gestão será feita pelo médico da USF.

As fichas –espelho serão preenchidas individualmente como se descreveu, e se unirão aos prontuários clínicos correspondentes de cada usuário, para os quais precisaremos de uma caixa pequena de grampas, e um pacote de folhas brancas tamanho carta. O responsável desta atividade es o médico da USF.

A equipe de saúde conjuntamente com o médico da USF realizará uma programação de visitas domiciliares semanalmente, supervisionadas pelo administrador da unidade, para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, além disso os ACS realizarão cadastro diariamente dos usuários hipertensos e diabéticos com dados atualizados, o qual será informado para a realização de consultas acordo com o protocolo. Para a realização das visitas domiciliares a usuários faltosos não precisamos de transporte pois serão realizadas mediante caminhadas pela equipe integrada pelo médico da família, técnico de enfermagem e ACS correspondente.

Será melhorada a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos e, para isso, indicaremos exames complementares (hemograma completo, colesterol, triglicéride, glicemia em jejum, ácido úrico e urina), em consulta programada de acordo com o protocolo, realizando estratificação de risco cardiovascular aos usuários cadastrados na unidade, priorizando os faltosos às

consultas e os usuários de alto risco cardiovascular, tentando prever dificuldades para adequar agendas e retornar para exame dos faltosos. Será monitorado o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma estratificação do risco por ano. Para a realização desta, será necessária suficiente quantidade de solicitude de exame em bloco.

Realizar-se-á pesagem e verificação da altura de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos para determinar IMC (obesidade).

Para comunicar e sensibilizar a comunidade estimulando sua participação, o projeto de intervenção será apresentado nas reuniões mensais do Conselho Local de Saúde e será tema nas orientações diárias de salas de espera feitas pelo médico da USF. Utilizaremos uma hora da reunião geral semanal para apresentação do projeto.

Para controle dos faltosos será realizado monitoramento semanal através de pesquisa do prontuário clínico. A busca aos faltosos será feita pelos ACS através de visitas domiciliares como forma de sensibilizar os usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância do tratamento. Os usuários faltosos serão reagendados para o médico de maneira prioritária.

Com o apoio da equipe e secretaria de saúde de nosso município formar-se-á o primeiro grupo HIPERDIA de nossa USF Dulce Sena, para monitorar a realização de orientação nutricional e realização de atividade física regular como serão: caminhadas curtas aos usuários de alto risco, orientar aos usuários e seus familiares sobre a importância de alimentação saudável e prática de exercício, assim como diminuição do consumo de cigarros diários, organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, bem como capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e promoção da prática de atividade física regular. A logística para a realização do primeiro grupo de HIPERDIA serão da seguinte maneira: Organizador do grupo serão nossa Psicóloga que trabalha nossa USF a qual será responsável de realizar reuniões semanais com médico e ACS durante 4 semanas, para citar os usuários hipertensos e diabéticos em número de 5 por semana correspondente as 6 micro áreas, garantindo assim a assistência dos mesmos, além disso será responsável de coordenar semanalmente com outros profissionais referente as rodas de conversa a serem realizadas por diferentes profissionais como seriam: Nutricionista da USF Esperanza, Fisioterapeuta do HGF,

enfermeira da USF, enfermeira que atende o programa de DST, odontólogo da USF e médico da unidade. Será responsável além de garantir 30 cadeiras para cada encontro, para isso se coordenará com a secretaria de saúde de nosso município para pedir o local que ocupa a Casa do Idoso, que disponibiliza o mesmo, conjuntamente serão realizados os primeiros encontros em nossa USF no local da área de espera, em espera da resposta da secretaria de saúde. As frutas e batidas de vitaminas serão trazidas por um membro de nossa comunidade em acordo prévio pela coordenadora, as quais serão utilizadas no último encontro. Para isto precisamos da mesa do trabalho do médico a qual será utilizado neste momento assim como as cadeiras da sala de espera de nossa USF em número de fileiras de 8 cadeiras por uma fileira.

Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

A fase da Intervenção do Projeto: Melhoria na Atenção aos Hipertensos e Diabéticos na USF Dulce Araújo Andrade Sena, desenvolveu-se durante as semanas de 14/07/2014 a 12/12/2014 com recesso de um mês e oito dias, do dia 04/08/2014 até 15/09/2014, por minhas férias em Cuba.

Foram 16 semanas de trabalho e atividade na USF Dulce Sena no centro de Feijó.

Durante as três primeiras semanas de trabalho no projeto foram desenvolvidas parcialmente ações previstas, pois ainda não existia engajamento entre os integrantes da equipe de trabalho, então, realizou-se uma reunião na secretaria de saúde, com os representantes do Programa Mais Médicos (cubanos e do estado) onde se falou da importância do curso de especialização para o Programa Mais Médicos, assim como do trabalho em equipe e da participação ativa dos ACS nas atividades programadas a fim de proporcionar benefícios para a comunidade.

Continuamos com as reuniões, com frequência semanal, com a equipe, realizamos entrega de uma cópia do projeto para a enfermeira da equipe, para auxiliar no desenvolvimento e aplicação das ações, com ajuda dos ACS, explicando com detalhes as atividades a serem realizadas nesse período de minhas férias em Cuba, com frequência semanal. O projeto não teve continuidade nesse período e as ações não foram realizadas por dificuldades administrativas.

Entretanto, nas semanas subsequentes à minha volta, continuamos as ações com muito trabalho, nas consultas da unidade, trabalhávamos nas visitas

domiciliares com os ACS, consultas médicas agendadas aos usuários hipertensos e diabéticos, com estratificação de risco, além de trabalharmos na busca dos usuários faltosos às consultas médicas.

Além disso, os ACS realizaram os cadastros dos usuários hipertensos e diabéticos de suas áreas de abrangência.

Na quarta e quinta semanas, depois das minhas férias, no mês de agosto, trabalhamos na procura dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos, assim como na realização de consultas programáticas atrasadas, aos usuários, com a realização de exame clínico e exames complementares, bem como a estratificação de risco.

Na sexta e sétima semanas da intervenção, recebemos supervisão de Rio Branco (primeira visita) que trouxe mudanças muito importantes, quais sejam:

1. A enfermeira ficou como diretora da USF, sem contrato de trabalho, voluntariamente.

2. Foi aprovado meu novo cronograma de trabalho com importantes mudanças incluídas (consultas de demanda espontânea agendadas, visitas domiciliares com prioridades para usuários idosos hipertensos e diabéticos programadas pela equipe, consultas do grupo HIPERDIA programadas, consultas de pré-natal e consultas de planejamento familiar).

Realizamos mudança do cronograma do trabalho da enfermeira. Realizou-se mudança na decoração da USF, colocando informações importantes no mural, seguindo o cronograma do trabalho.

Realizou-se ainda, reunião com a nova secretária de saúde e a equipe de saúde para sensibilizar seus integrantes com relação ao que diz respeito às ações definidas e às atividades a serem realizadas.

Nessa reunião decidimos que os ACS trabalhariam em equipe com a enfermeira e técnicos de enfermagem para realizar atualização dos cadastros dos hipertensos e diabéticos.

Realizou-se a capacitação dos ACS, recepcionista, técnicos de enfermagem quanto à realização preenchimento e atualização dos cadastros já existentes, assim como, ajustou-se o cronograma do trabalho do médico e dos ACS. Para isso, utilizamos o Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica/Diabetes Mellitus, Brasília 2001, na melhoria da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Nesta primeira etapa realizamos o cadastro de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, utilizando os cadastros antigos existentes por microáreas, pertencente a seis microáreas: 16, 17, 18, 19, 20 e 21 da USF Dulce Sena do bairro Centro.

Os dados foram incluídos no sistema de cadastro eletrônico do computador dos ACS, ajudando a ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área.

Além disso, realizou-se cadastros durante as visitas domiciliares dos ACS, as quais eram programadas semanalmente.

Realizou-se atualização dos cadastros dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos em consulta médica, dando ênfase aos de alto risco cardiovascular (usuários com as duas doenças hipertensão e diabetes), com ajuda dos ACS que realizaram ações e visitas domiciliares e trouxeram a lista para a recepcionista, para fazer o agendamento de consultas programadas aos usuários.

A equipe de saúde realizou uma programação semanal de visitas domiciliares por ACS para buscar usuários faltosos e atualizar cadastros, fazendo um cronograma de trabalho semanal para cada ACS, onde participou o médico, ACS, e enfermeira da USF.

Além disso, os ACS, um por semana, trouxeram sete usuários hipertensos e diabéticos segundo o cronograma, onde realizamos consultas para os usuários, com realização de exame clínico, exame complementar e estratificação de risco cardiovascular, assim como aferição da pressão arterial com esfigmomanômetro calibrado, pesagem, verificação do peso, e exame de hemoglicoteste, na pré-consulta, realizada por técnico de enfermagem.

Realizamos uma reunião com a enfermeira diretora, a Psicóloga e o médico da USF, onde fizemos propostas para o começo do Grupo HIPERDIA, e mudanças de meu cronograma de trabalho e cronograma de trabalho do grupo HIPERDIA.

O grupo HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, o programa foi implementado em nossa USF com reuniões semanais, realizadas na USF, começando na décima primeira semana de intervenção.

Os usuários foram convidados previamente, cinco deles por cada ACS, para assistir às atividades em grupo. Eles foram responsáveis pela presença,

pontualidade e assistência aos usuários, quando deu-se início ao primeiro grupo, onde semanalmente assistiam e participavam de 20 a 25 deles. Estes foram acompanhados pela equipe de saúde (formados por médico, enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, dentista, ACS e técnico de enfermagem), além do cadastramento, atualização dos prontuários, aferição da pressão arterial, verificação da glicemia e medidas como peso, altura e cintura. Realizou-se também dias de diálogo e rodas de conversa educativas abordando temas diversos por semana como, por exemplo: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Médico), Alimentação saudável (Nutricionista), Demência (Psicóloga), Prevenção de Quedas (Fisioterapeuta) e IRA e Vacinas do usuário Idoso (Enfermeira). Para a realização semanal de cada atividade realizávamos um dia antes uma reunião para organização e logística da atividade, e realizamos o fechamento do primeiro grupo, deu-se com uma atividade onde os usuários tomaram um café da manhã, muito gostoso, com frutas e batida de abacate.

Ao final de cada atividade realizamos as consultas médicas com estratificação de risco e interconsulta com nutricionista e psicóloga.

Em cada encontro semanal observamos o desenvolvimento dos usuários na participação ativa, fazendo perguntas e pedindo que contassem suas vivências individuais. Foi muito gratificante observar como eles se motivavam com cada encontro.

Nesta etapa concluímos com o cadastro de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, com atualização parcial pelos ACS, pois realizamos o acompanhamento de 82,6% dos usuários hipertensos e de 93,8% dos diabéticos, mas que superou a nossa meta inicial, que era de cadastrar 80% dos usuários.

Melhoramos a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM, mediante a realização de agendamentos programados, realização de hemoglicoteste aos usuários diabéticos de nossa área de abrangência, aferição da pressão arterial com esfigmomanômetro calibrado, realização de consultas programadas de hiperdia, consultas médicas com exame clínico e com estratificação de risco, assim como, indicação de exame de colesterol, triglicérides, hemograma completo, urina e glicose em jejum aos usuários cadastrados.

Os hipertensos e diabéticos de nossa área têm priorizada a prescrição dos medicamentos da farmácia da USF, existindo um registro de necessidades de medicamentos. Os medicamentos mais usados pelos usuários hipertensos são: Enalapril 10 MG, Captopril 25 MG, Hidroclorotiazida 25 MG, Clortalidona 25 MG, Atenolol 100 MG, além de AAS 100 MG, e os medicamentos mais usados pelas pessoas diabéticos são: Metformina 850 MG e Glibenclamida 5 MG.

Em cada visita domiciliar informou-se aos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes às seis microáreas sobre a importância da realização de consultas médicas, acompanhamento dos usuários diabéticos de alto risco, com frequência a cada 6 meses; e aos usuários hipertensos para aferição da pressão arterial, assim como a importância de sua presença nos encontros com o grupo HIPERDIA e também de realizar tratamento médico diariamente.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Foi previsto no projeto que os ACS realizariam atualização dos cadastros já existentes na USF por microáreas, pois para cada ACS corresponde um microárea individual, mas foi realizada parcialmente, pois nas visitas domiciliares existiam usuários fora da área, casas fechadas nos horários da manhã e houve mudanças numa microárea que foi dada a outro ACS. Além disso, eles tiveram que realizar cadastro individual e incorporar os dados nas planilhas eletrônicas, orientados pela secretária de saúde do município.

As fichas de acompanhamento dos usuários cadastrados correspondem a 80% por microáreas, ou seja, 20% não estão atualizadas, já que alguns dos ACS tiveram problemas de saúde (atestado médico), o que dificultou a realização dos cadastramentos em sua totalidade. Além disso, ainda não se terminou a busca ativa dos usuários faltosos, pois houve interrupção das visitas domiciliares, devido à quantidade de chuva nos meses de outubro e novembro no município de Feijó.

Durante a fase de agendamento das consultas programadas pelos ACS, pensou-se realizar num agendamento total de quinze usuários, hipertensos e diabéticos, no horário da manhã e quinze no horário da tarde. Todos pertencentes à nossa área de abrangência, mas o número de faltosos era grande, pois priorizamos o atendimento aos usuários que vinham da área rural, muito afastadas, na maioria

deles crianças, mas nas outras ocasiões realizamos consultas hiperdia sem dificuldade.

Nossa USF possui três computadores e uma impressora, que na maioria das vezes não tem tinta para impressão, quando está em funcionamento prioriza-se para os relatórios, modelo talonário de receitas e modelos de exame complementar, por isso, não se imprimiu fichas-espelho em quantidade suficiente para todos os usuários cadastrados, mas agora, existem registros dos usuarios hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção

Para a coleta de dados coletivos utilizou-se a planilha disponibilizada pelo curso. Para monitoramento de dados individuais foram utilizados os prontuários atualizados, cadastro dos usuários atualizados e buscas realizadas aos faltosos durante as visitas domiciliares.

Utilizamos o computador particular, o que facilitou a agilidade da coleta dos dados, que foram digitados posteriormente na residência.

A coleta de dados foi realizada sem dificuldades obtendo uma estimativa no território ou população total de: 3.039. Além disso, obtivemos uma estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total) igual a: 2.036, a estimativa de hipertensos foi de 462, a estimativa de diabéticos foi de 114.

O cálculo dos indicadores ocorreu de maneira automática após alimentação dos dados na planilha e o controle, e as interpretações ficaram fáceis, com correção realizada ao final de cada mês terminado.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Com a presença de uma equipe de trabalho unida e sólida, é praticamente certa a continuidade das ações previstas para os próximos anos. Esta experiência demonstra um grande sucesso alcançado pela equipe, através da realização do cumprimento do cronograma de trabalho do médico, enfermeira e agentes de saúde comunitários, questão nova em nosso serviço, o que facilitou a melhoria do

acolhimento, agendamento das consultas, realização de agendamento de consultas programadas, realização de consultas de pré-natal, puericulturas a menores de um ano, consultas hiperdia com qualidade de atendimento e acolhimento, onde se realizou pré-consultas aos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados em nossa área de abrangência, além disso, a realização do grupo HIPERDIA com sequência semanal, o qual proporcionou um acompanhamento aos idosos hipertensos e diabéticos, que assistiram com muita pontualidade e disciplina, e que promoveu mudanças positivas em suas vidas. Ademais, realizamos consultas com estratificação de risco cardiovascular baseados nos resultados dos exames clínicos e exames complementares realizados nas consultas programadas, de acordo com as recomendações do MS.

A intervenção conscientizou a equipe de trabalho para o cumprimento do horário, realização de atividades educativas pela equipe dentro e fora da USF. Com ajuda da Secretaria de Saúde, de nosso município foi realizada esta intervenção de grande utilidade para nosso trabalho individual e para o trabalho em equipe, graças às mudanças que chegaram num momento certo através desse projeto.

A intervenção mostrou que com planejamento e organização é possível melhorar a qualidade do atendimento, ampliar o acesso à cobertura e realizar atividades de prevenção e promoção de saúde.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A Intervenção tratou-se da melhoria na atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos na USF Dulce Sena, no Município de Feijó, Estado do Acre, com objetivo de ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

A primeira meta estabelecida, para ampliar a cobertura foi cadastrar 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Considerando-se a estimativa de usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, existem 462 pessoas. Durante o primeiro mês foram acompanhados na USF em consultas e visitas domiciliares, um total de 201 usuários hipertensos, alcançando uma cobertura na área de 43,5%, no segundo mês foi aumentando para 261 pessoas hipertensos, com uma cobertura de 56,5%, no terceiro mês observou-se um aumento de 114 usuários hipertensos, sendo acompanhados 375 deles, ou seja, uma cobertura de 81,2%, e no mês quarto observou-se um pequeno incremento de 7 pessoas hipertensos, participando o total dos cadastrados nos meses anteriores, finalizando em um total de 382 hipertensos, fechando com 82,7%, ampliando a cobertura aos usuários hipertensos da nossa área de abrangência, realizando-se o cadastro de 82,7% dos hipertensos pertencentes a nossa população adstrita. Se compararmos com meta proposta observou-se um cumprimento da meta, acima de 80%.

Considerando-se a estimativa de diabéticos, residentes em nossa área de abrangência existem 114 pessoas portadoras de diabetes. Deles foram acompanhados na USF em consultas e visitas domiciliares 50 usuários no primeiro mês alcançando uma cobertura de 43,9%, no segundo mês observou-se um

aumento de 19 usuários, acompanhando 69 deles, com uma cobertura de 60,5%, no terceiro mês aumentou para 106 diabéticos, uma cobertura de 93%, e no quarto mês foi de 107 diabéticos fechando com 93,9% de cobertura. Realizando-se uma comparação com a meta proposta observa-se um aumento de 13,9% acima da meta proposta.

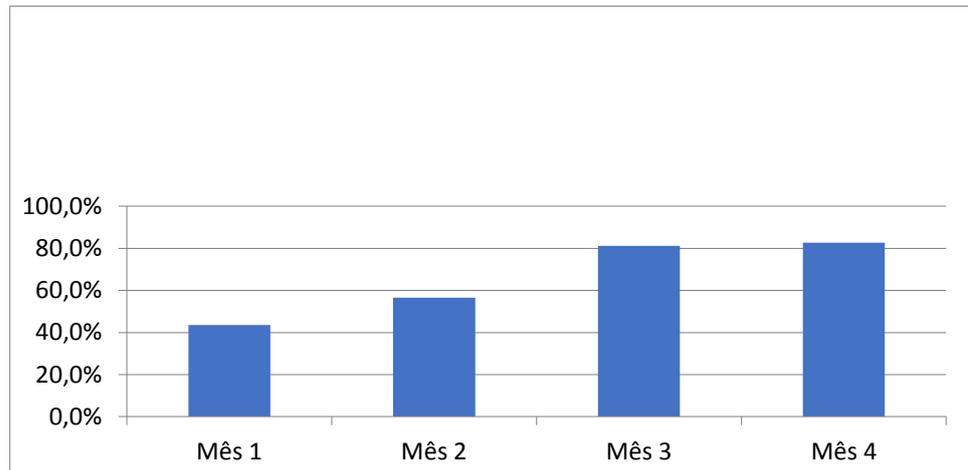


Figura 1- Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

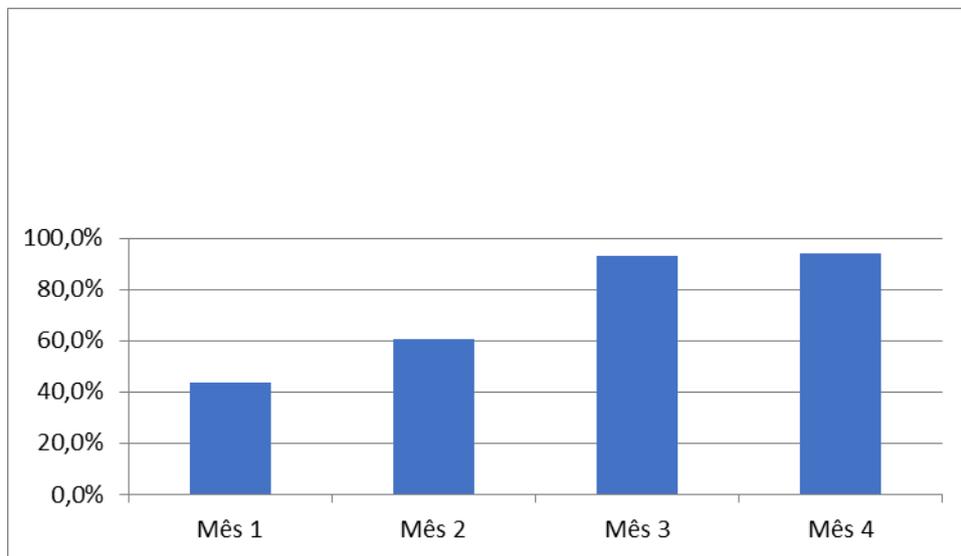


Figura 2- Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos propusemos quatro metas:

A primeira meta foi a realização de exame clínico apropriado aos usuários cadastrados.

No primeiro mês de 201 usuários hipertensos acompanhados em nossa área, realizou-se 201 exames clínicos em dia (100%), no segundo mês de 261 hipertensos acompanhados realizou-se 261 exames clínicos em dia (100%), no terceiro mês de 375 hipertensos acompanhados, realizou-se 251 exames clínicos em dia (100%) e no quarto mês de 382 hipertensos acompanhados, 382 estavam com os exames clínicos em dia, ou seja, 100%.

Em relação aos usuários diabéticos acompanhados no primeiro mês foram 50, deles 50 tinham exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, o que refere-se a 100%, no segundo mês de 69 usuários acompanhados, 69 usuários estavam com exame clínico em dia, 100%, no terceiro mês de 106 usuários acompanhados, 106 deles estavam com exame clínico em dia, 100% e de 107 usuários acompanhados no último mês, 107 usuários estavam com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, fechando esta meta em 100%.

Nesta meta obtivemos 100%, pois fazer o exame clínico adequado, e de acordo com o protocolo, faz parte de nosso trabalho diário do médico geral integral.

Realizou-se um exame clínico detalhado a cada usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus, que incluiu:

Anamnese (nome completo, idade, procedência, sexo).

História da doença atual (história familiar de doenças cardiovasculares, antecedentes de evento cardiovascular prévio, antecedentes de doença atual (has e dm ou ambas), antecedentes de tabagismo, prática de exercícios (sedentarismo).

Exame físico completo e por aparatos que incluiu:

Exame em pré-consulta: peso em quilos, altura e aferição da pressão arterial.

Índice de massa corporal, exame cardiovascular completo e exame dos pés.

O cumprimento de 100% desta meta garantiu a qualidade de nosso atendimento pois com a realização de um exame clínico completo obtivemos posteriormente a estratificação de risco cardiovascular. Para o cumprimento desta meta contamos com apoio da equipe de saúde, em especial da enfermeira e técnicos de enfermagem os quais fizeram as pré-consultas com qualidade, além do profissionalismo dos demais integrantes da equipe.

Com relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos propusemos a segunda meta.

A meta proposta foi garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia acordo com o protocolo.

No primeiro mês, de 201 usuários hipertensos residentes na área e acompanhados na USF, 172 deles realizaram exames complementares, representando 85,6%, no segundo mês de 261 usuários acompanhados na USF, 187 deles realizaram exames complementares representando 71,6%, no terceiro mês de 375 hipertensos acompanhados na USF, 250 realizaram exames complementares representando 66,7% e no quarto mês de 382 usuários hipertensos acompanhados na USF, 257 realizaram exames complementares totalizando 67,3%.

No primeiro mês de 50 pessoas diabéticos residentes na área e acompanhados na USF, 46 deles realizaram exames complementares (92%), no segundo mês de 69 usuários acompanhados na USF, 51 deles realizaram exames complementares (73,9%), no terceiro mês de 106 usuários acompanhados na USF, 75 deles realizaram exames complementares (70,8%), no quarto mês de 107 usuários acompanhados na USF, 76 deles realizaram exames complementares totalizando 71%. Os exames complementares realizados foram: hemograma completo, glicemia em jejum, colesterol, triglicérides, urina, uréia, creatinina, ácido úrico e em alguns casos eletrocardiograma.

Além dos resultados satisfatórios devemos continuar trabalhando, para conscientizar nossas pessoas hipertensos e diabéticos sobre a importância de comparecer à consulta e da realização de exames complementares, em dia. Mas ainda existem dificuldades, pois existe um só laboratório no Hospital Geral de Feijó que dá cobertura a todos os postos médicos do município e às vezes os exames indicados não são realizados. A partir da intervenção procurou-se duas estratégias: os usuários de mais de 60 anos com preferência e outros com urgência, além dos usuários que têm oportunidade de realizar em outro laboratório da cidade.

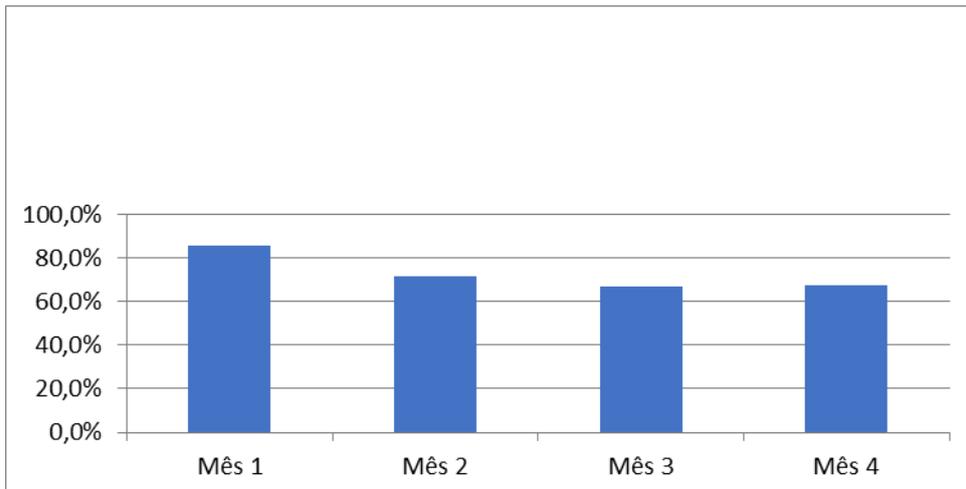


Figura 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

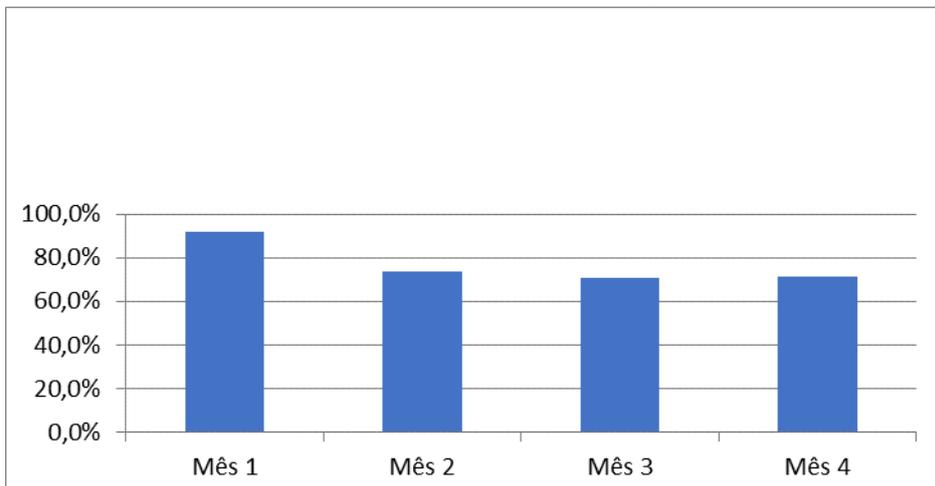


Figura 4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo o protocolo. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos propusemos a terceira meta.

A terceira meta estabelecida foi: priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários, hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, a qual se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês de 201 hipertensos com prescrição de medicamentos na consulta, 200 deles receberam medicamentos da farmácia popular/ HIPERDIA, (99,5%), no segundo mês de 261 hipertensos com prescrição de medicamentos na consulta, 259 deles receberam medicamentos da farmácia, (99,2%), no terceiro mês de 375 hipertensos com prescrição de medicamentos na consulta, 373 deles receberam medicamentos da

farmácia (99,5 %), no quarto mês de 382 hipertensos com prescrição de medicamentos na consulta, 380 deles receberam medicamentos da farmácia HIPERDIA finalizando em 99,5%.

Com relação aos usuários diabéticos da nossa área de abrangência, no primeiro mês, de 50 usuários com prescrição de medicamentos na consulta, 50 deles receberam medicamentos, no segundo mês de 69 usuários com prescrição de medicamentos na consulta, 69 deles receberam medicamentos na farmácia, no terceiro mês de 106 usuários com prescrição de medicamentos na consulta, 106 deles receberam medicamentos da farmácia, no quarto mês de 107 usuários com prescrição de medicamentos na consulta, 107 deles receberam medicamentos da farmácia, destacando que esta meta foi cumprida em todos os meses num total de 100%.

Neste sentido, devemos destacar que em nossa USF se prioriza os medicamentos para os usuários cadastrados hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, existindo um registro de entrada e saída dos mesmos, e controle de usuários com carteirinha de medicamentos atualizada, por usuário presente ou familiar que o assista, procurando o medicamento.

Com relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos propusemos a quarta meta.

A quarta meta estabelecida foi garantir avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

Com relação aos usuários hipertensos, durante o primeiro mês, de 201 usuários acompanhados foram avaliados com atendimento odontológico 92 deles (45,8%), no segundo mês de 261 usuários acompanhados foram avaliados 98 deles (37,5%), no terceiro mês de 375 usuários acompanhados foram avaliados 116 (30,9 %) e no quarto mês de 382 usuários acompanhados foram avaliados 123 deles (32,2%).

Com relação aos usuários diabéticos, durante o primeiro mês, de 50 usuários acompanhados, foram avaliados com atendimento odontológico 25 (50%), no segundo mês de 69 usuários acompanhados foram avaliados 26 (37,7%), no terceiro

mês de 106 usuários acompanhados foram avaliados 33 (31,1%), no quarto mês de 107 usuários acompanhados foram avaliados 34 (31,8%).

A meta estabelecida foi muito importante visto que deu cobertura ao atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados de nossa micro área, mas ainda com relação aos baixos indicadores cabe destacar que trabalhou-se na necessidade e priorização dos usuários riscos com as duas doenças, que precisavam atendimento, assim como enfatizou-se a importância de fazer interconsultas aos totais dos usuários diabéticos e hipertensos da área adstrita. Observou-se um decréscimo dos percentuais até o mês quarto porque o cirurgião-dentista prioriza o atendimento de urgência e os seus atendimentos são no horário da manhã, com aproximadamente 10 atendimentos e, além disso, coincidiu com o período de férias dele.

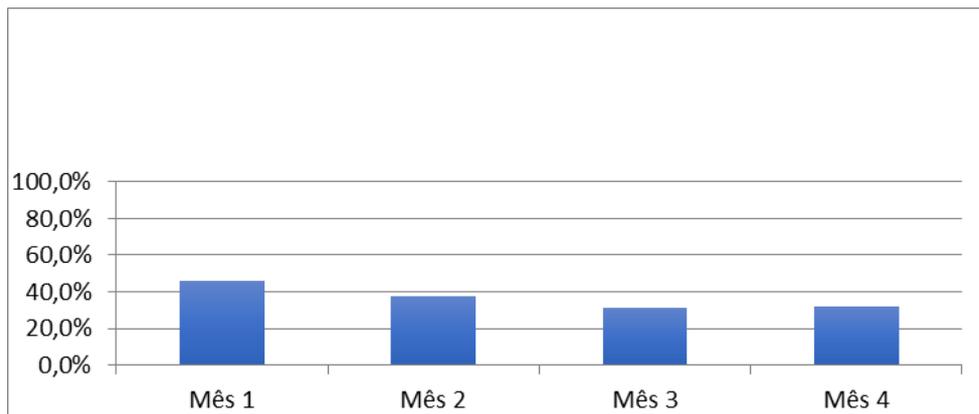


Figura 5- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

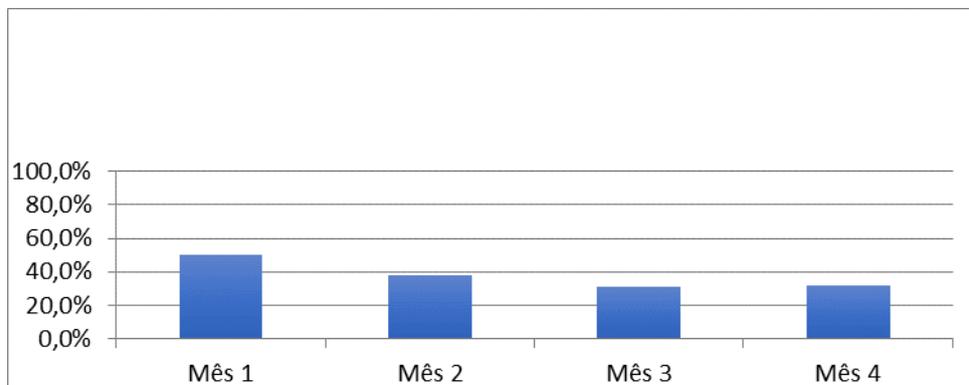


Figura 6- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de melhorar a adesão de usuários hipertensos e diabéticos ao programa, propusemos a sexta meta.

A sexta meta foi fazer busca ativa de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde.

Realizou-se busca ativa aos usuários hipertensos faltosos à consulta da USF, de modo que no primeiro mês faltaram à consulta 67 usuários aos quais se realizou busca ativa (100%), no segundo mês faltaram à consulta 122 usuários aos quais se realizou busca ativa (100%), no terceiro mês de 179 usuários faltosos à consulta programada realizou-se busca ativa ao total de usuários (100%) e no quarto mês de 174 usuários faltosos à consulta programada realizou-se busca ativa também ao total dos usuários, totalizando 100%.

Realizou-se busca ativa a todos os usuários diabéticos faltosos às consultas da USF, no primeiro mês faltaram à consulta 16 usuários, aos quais se realizou busca ativa (100%), no segundo mês faltam à consulta 46 usuários aos quais se realizou busca ativa (100%), no terceiro mês de 42 usuários faltosos à consulta realizou-se busca ativa ao total deles correspondendo a 100% e no quarto mês de 67 usuários faltosos à consulta programada realizou-se busca ativa ao total deles, finalizando em 100%.

Para conseguirmos resultados satisfatórios nesta meta tivemos que fazer muitas reuniões com a secretaria de saúde de nosso município, que no começo foi muito difícil, pois não existiam todos os fatores necessários em nossa USF para fazer essa grande mudança. Dentre eles o cronograma do trabalho, baseado em uma unidade participando unida: médico, enfermeira, dentista, ACS, assim, foram muitas reuniões sucessivas, ademais acredito que precisa melhorar ainda mais, pois existem microáreas que devem ser avaliadas novamente.

Com relação ao objetivo de melhorar os registros das informações, acordou-se a sétima meta.

A sétima meta foi manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção dos 201 usuários cadastrados e acompanhados na USF, 200 estavam com registro adequado (99.5%), no segundo mês de 261 usuários acompanhados na USF, 260 tiveram o registro adequado (99.6%), no terceiro mês de 375 usuários acompanhados na USF, 362 tinham

registro adequado na ficha de acompanhamento (96,5%), no quarto mês de 382 usuários acompanhados na USF, 369 tinham registro adequado (96,6%).

Sobre os usuários diabéticos acompanhados na USF, durante o primeiro mês o acompanhamento foi de 50 usuários no primeiro mês, de modo que o total deles teve registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês de 69 usuários acompanhados na USF, todos tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, no terceiro mês de 106 usuários acompanhados na USF, todos tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento e no quarto mês de 107 usuários acompanhados na USF, o total deles teve registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com relação ao comportamento desta meta, além dos resultados obtidos para os diabéticos (100%), devemos continuar dando ênfase nas atividades de visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos das microáreas, pois ainda existem muitas delas com usuários faltosos à consulta, precisando de acompanhamento adequado, pois precisam da avaliação médica e interconsultas com outras especialidades para que tenham uma avaliação integral e atualização dos tratamentos.

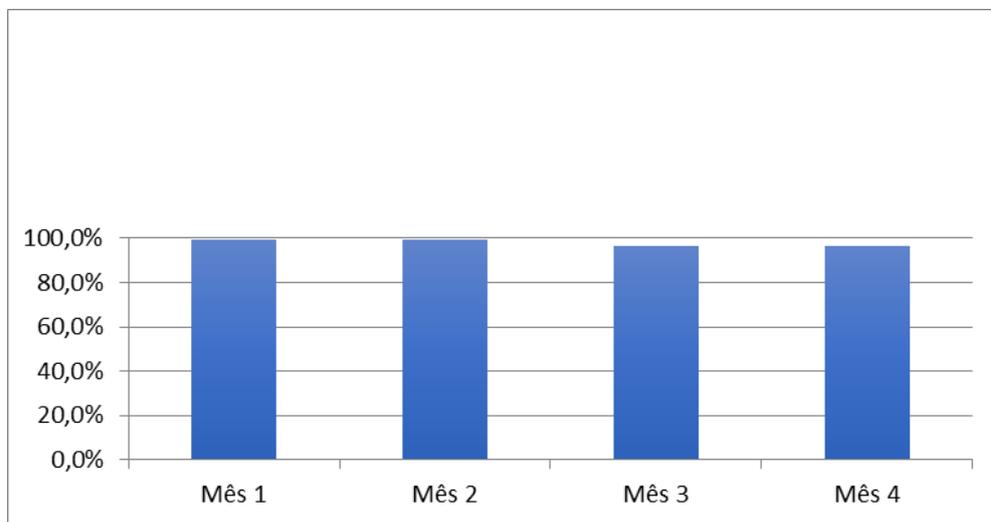


Figura 7 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular estabeleceu-se mais uma meta.

A oitava meta estabelecida foi realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitorou-se o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de uma e duas estratificações por ano. Para isso realizou-se exames de colesterol, triglicéride, glicemia em jejum, urina, hemograma completo e em alguns dos casos eletrocardiograma. Realizou-se ainda pesagem e verificação de altura dos usuários para determinar o índice de massa corporal (IMC) determinando a presença de obesidade. Na consulta obteve-se dados relativos ao tratamento completo, presença das duas doenças num mesmo usuário, realização de exercício físico e consumo de cigarros. Priorizou-se atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos avaliados de risco (hipertensão e diabetes, Hiperlipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alimentação não saudável).

Sobre o comportamento dos usuários hipertensos residentes e acompanhados na USF, verificou-se que durante o primeiro mês, de 201 usuários, realizou-se estratificação de risco a 157 usuários (78,1%), no segundo mês de 261 usuários, realizou-se estratificação de risco a 188 usuários (72%), no terceiro mês de 375 usuários, realizou-se estratificação de risco a 270 (72%), no quarto mês de 382 usuários, realizou-se estratificação de risco a 277 usuários (72,5%).

Com relação ao comportamento dos usuários diabéticos residentes e acompanhados na USF durante o primeiro mês, de 50 usuários, realizou-se estratificação de risco a 42 usuários, (84%), no segundo mês de 69 usuários, realizou-se estratificação de risco a 50 usuários (72,5%), no terceiro mês de 106 usuários realizou-se estratificação de risco a 82 usuários, (77,4%) e no quarto mês de 107 usuários realizou-se estratificação de risco a 83 usuários (77,4%).

Além do trabalho realizado até o momento, devemos melhorar e perfeição nossos prontuários com realização de mapeamento ao total dos usuários cadastrados e continuar trabalhando para resgatar os usuários faltosos e acamados, com realização de visitas domiciliares para realizar consultas em seu domicílio com estratificação de risco cardiovascular, com ajuda da equipe e os ACS.

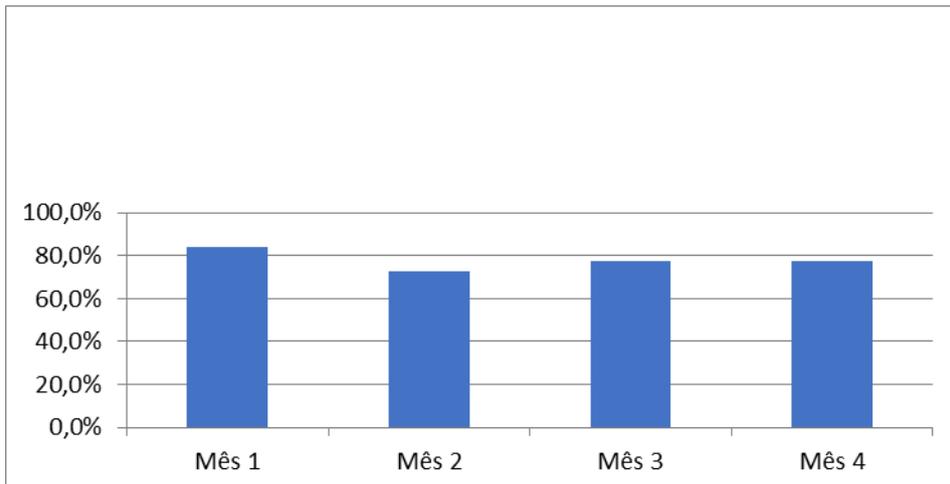


Figura 8- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

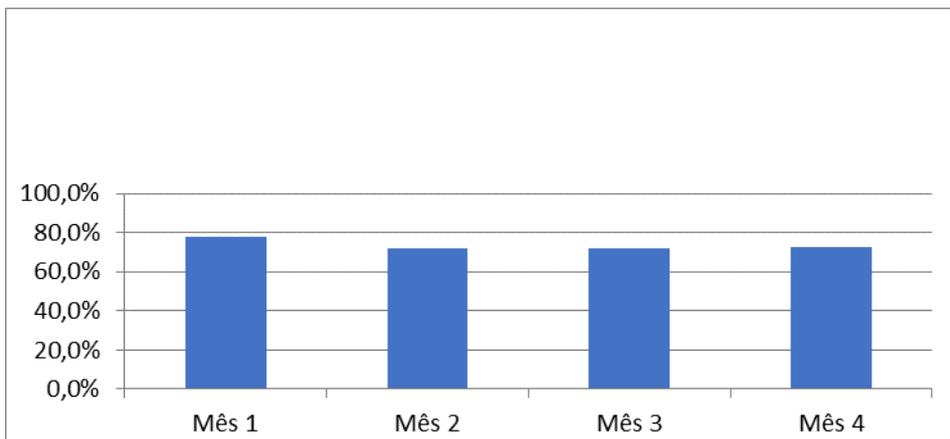


Figura 9- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos estabeleceu-se quatro metas:

A nona meta foi: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área.

Realizou-se grupo HIPERDIA na USF, com encontros semanais, onde se orientou em detalhes, com a presença da Nutricionista que realizou rodas de conversa com usuários hipertensos e diabéticos, sobre os alimentos a serem consumidos diariamente por eles, durante suas refeições, assim como os alimentos que não deveriam ser consumidos por eles idealmente.

O número de usuários hipertensos residentes e acompanhados na USF durante o primeiro mês foi 201 usuários, deles receberam orientação nutricional 200

usuários (99,5%), no segundo mês foram 261 usuários deles 260 receberam orientação nutricional (99,6%), no terceiro mês foram 375 usuários, deles 371 receberam orientação nutricional (98,9%), no quarto mês foram 382 usuários, deles 378 receberam orientação nutricional (99%).

O número de usuários diabéticos residentes e acompanhados na USF durante o primeiro mês foi 50 usuários, deles receberam orientação nutricional 50 (100%), no segundo mês foram 69 usuários, deles 69 receberam orientação nutricional (100%), no terceiro mês foram 106 usuários acompanhados, deles 105 receberam orientação nutricional (99,1%), no quarto mês foram 107 usuários acompanhados deles 106 receberam orientação nutricional (99,1%).

Sobre esta meta pode-se dizer que a equipe de saúde teve muita satisfação por compartilhar com todo o grupo as atividades semanais e interconsultas semanais com a nutricionista, onde se avaliou os usuários cadastrados, diabéticos e hipertensos referente a seu peso, fatores de risco e alimentação. O primeiro encontro em grupo fechou com uma atividade onde o universo da equipe e usuários participaram ativamente e disfrutaram de um gostoso café da manhã, baseado em alimentos saudáveis como batida (vitamina) e frutas. Desejamos dar continuidade às atividades com o segundo encontro do grupo de nossa USF.

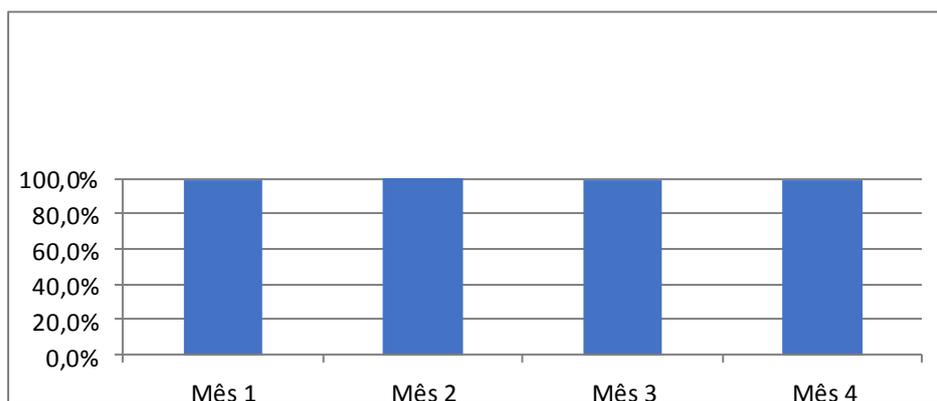


Figura 10-Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. USF Dulce Sena, Feijó, AC.

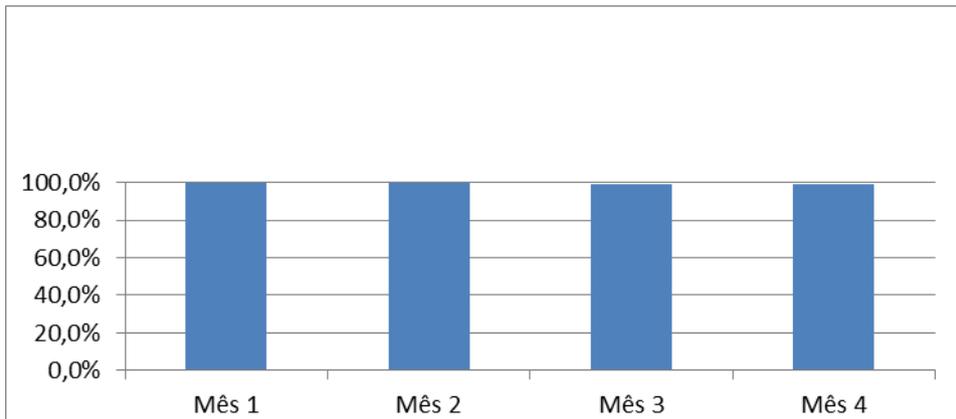


Figura 11- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos estabeleceu-se a segunda meta desse objetivo.

A décima meta foi garantir orientação sobre a prática de atividade física regular a usuários hipertensos e diabéticos de nossa área.

Os usuários hipertensos acompanhados durante o primeiro foram 201, sendo que 200 deles receberam orientação sobre a prática de caminhadas curtas referente ao seu risco cardiovascular associado, o que representou 99,5%, no segundo mês foram acompanhados na USF 261 usuários e, deles, 260 receberam orientação durante esta primeira etapa nas consultas HIPERDIA programadas o que representou 99,6%, no terceiro mês ao final deste e com a incorporação de 375 usuários acompanhados na consulta e nas atividades de grupo HIPERDIA, receberam orientação de prática saudável de exercícios físicos 371 usuários, correspondendo a 98,9%, e no quarto mês de 382 usuários acompanhados na USF, receberam orientação 378 totalizando 99%.

Sobre os usuários diabéticos, no primeiro mês, foram acompanhados 50 USF, e o total deles recebeu orientações da nutricionista, fisioterapeuta e médico da USF, referentes à prática de atividade física regular, baseado em um regime de atividades diárias curtas, totalizando 100%, no segundo mês, foram acompanhados 69 usuários e o total deles recebeu orientação, (100%), no terceiro mês de 106 usuários acompanhados 105 receberam orientação (99,1%) e no quarto mês de 107 usuários acompanhados, 106 recebem orientação sobre a prática de atividade física, somando 99,1%.

O grupo HIPERDIA iniciou uma nova etapa de orientação aos usuários hipertensos e diabéticos de alto risco de nossa USF, de modo que as atividades desenvolvidas até aqui significaram o ponto de partida, o começo para posteriores encontros, referentes à importância da realização de atividades físicas, como caminhadas curtas de dez minutos por dia, por usuários com fatores de risco associados como obesidade, consumo de cigarros, elevação das cifras de colesterol e triglicéride.

Além dos resultados, temos que continuar trabalhando em equipe para buscar resultados melhores neste sentido, aumentando assim a qualidade de vida e da atenção da população atendida.

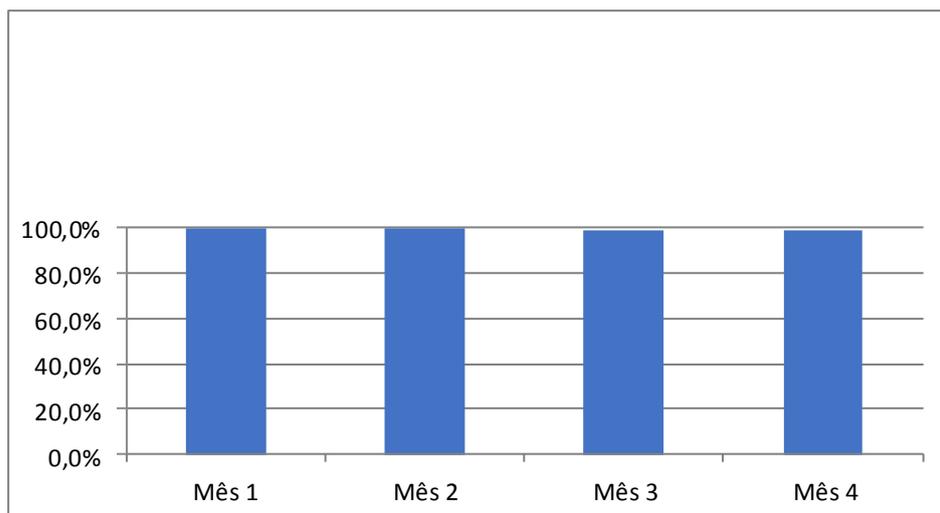


Figura 12- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. USF Dulce Sena. Feijó. AC.

Com relação ao objetivo de promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos, estabeleceu-se a terceira meta.

A décima primeira meta foi garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos usuários de nossa área de abrangência, a qual foi realizada durante os encontros semanais no grupo HIPERDIA.

No primeiro mês, de um total de 201 usuários hipertensos acompanhados, 200 receberam orientações sobre os riscos do tabagismo (99,5%), no segundo mês de 261 usuários acompanhados, 260 receberam orientações, (99,6%), no terceiro

mês de 375 usuários acompanhados na USF, 371 receberam orientações, (98,9%), no quarto mês de 382 usuários acompanhados na USF, 378 receberam orientações sobre os riscos do tabagismo para a saúde (99%).

Dos 50 usuários diabéticos acompanhados durante o primeiro mês, na USF, o total deles recebeu orientações sobre os riscos do tabagismo (100%), no segundo mês, de 69 usuários acompanhados, todos receberam orientações, (100%), no terceiro mês de 106 usuários acompanhados, 105 receberam orientações (99,1%), e no quarto mês de 107 usuários acompanhados, 106 receberam orientações (99,1%).

A estratégia que se pensou no início foi a de formar um Grupo de Tabagismo em nossa unidade de saúde, com ajuda da secretaria de saúde, mas não foi possível pois já existia um grupo iniciado na USF Diamantino, que atendeu ao primeiro grupo de quinze fumantes de todo o município de Feijó. Este grupo estava formado pela Psicóloga, Enfermeira e Médica da USF, onde os usuários fumantes receberam tratamento médico e atenção em grupo multidisciplinar, valorado por Psicóloga, além de dois técnicos de enfermagem, que participaram após serem capacitados, e a enfermeira de nossa USF. Acredito que seria excelente formar grupos em cada USF, incluindo usuários, pertencentes a cada uma delas, onde participaria o médico de cada unidade, assim daríamos atenção de qualidade, e haveria um controle mais estrito dos usuários com doenças como diabetes e hipertensão arterial, nos quais o hábito de fumar constitui um fator de risco cardiovascular.

Não obstante obtivemos bons resultados nesta meta porque a maioria dos usuários acompanhados durante a intervenção deixaram o hábito de fumar em muitos casos e outros observou-se diminuição do hábito de fumar neles. Contamos com ajuda além dos integrantes do Grupo HIPERDIA (Médico, Nutricionista, Enfermeira, Fisioterapeuta e Psicóloga) dos ACS de nossa área durante seu trabalho diário em visitas domiciliares individuais e em equipe.

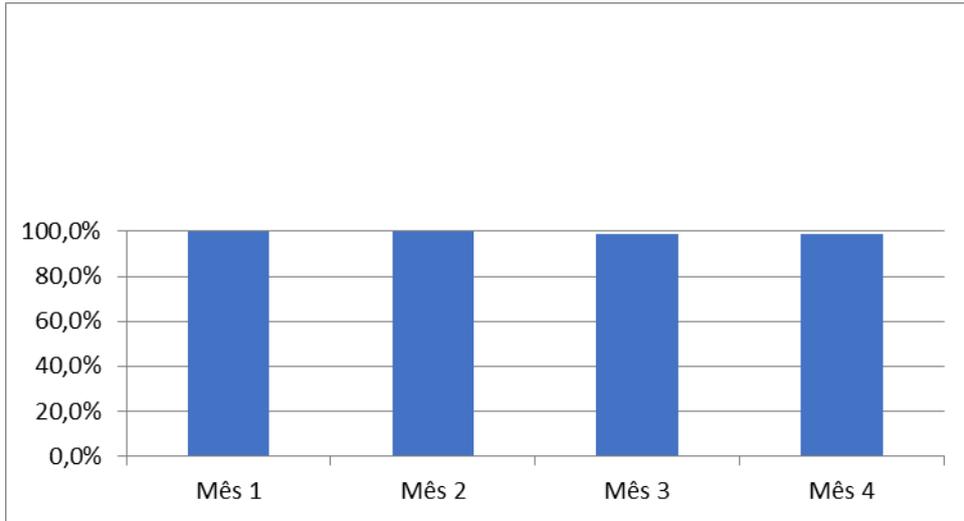


Figura 13- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. USF Dulce Sena Feijó, AC.

Com relação ao objetivo de promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos estabeleceu-se a quarta meta.

A décima segunda meta referente ao objetivo de promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos foi garantir orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. O desenvolvimento da meta comportou-se de maneira similar às anteriores, tendo um papel importante os diálogos e rodas de conversa oferecidos pelo dentista e médico da unidade.

Dos 201 usuários hipertensos acompanhados no primeiro mês, 200 deles receberam orientação (99,5%), no segundo mês de 261, receberam orientação 260 (99,6%), no terceiro mês de 375, receberam orientação 371 (98,9%), e no quarto mês de 382, receberam orientação 378 (99%).

Dos 50 usuários diabéticos acompanhados no primeiro mês, todos receberam orientação (100%), no segundo mês de 69 usuários acompanhados, todos receberam orientação (100%), no terceiro mês de 106 usuários acompanhados, receberam orientação 105 (99,1%), no quarto mês de 107 usuários acompanhados, 106 receberam orientações (99,1%).

Durante o período da intervenção observou-se nesta meta bons resultados desde o começo até o fim, já que contamos com uma equipe de saúde, que conta com a ajuda dos ACS nas visitas domiciliares, consultas programadas e em diálogos com usuários hipertensos e diabéticos, alertando-os sobre a importância da saúde bucal, dando-se ênfase aos usuários portadores das duas doenças, com prévia

realização de glicemia em jejum e aferição da pressão arterial antes de exame bucal ou procedimentos. Acreditamos que devemos melhorar ainda mais esta meta, incluindo nas rodas de conversa do grupo HIPERDIA, a presença do cirurgião-dentista da nossa área, e realizamos a programação para incluí-lo no segundo grupo HIPERDIA e em encontros posteriores.

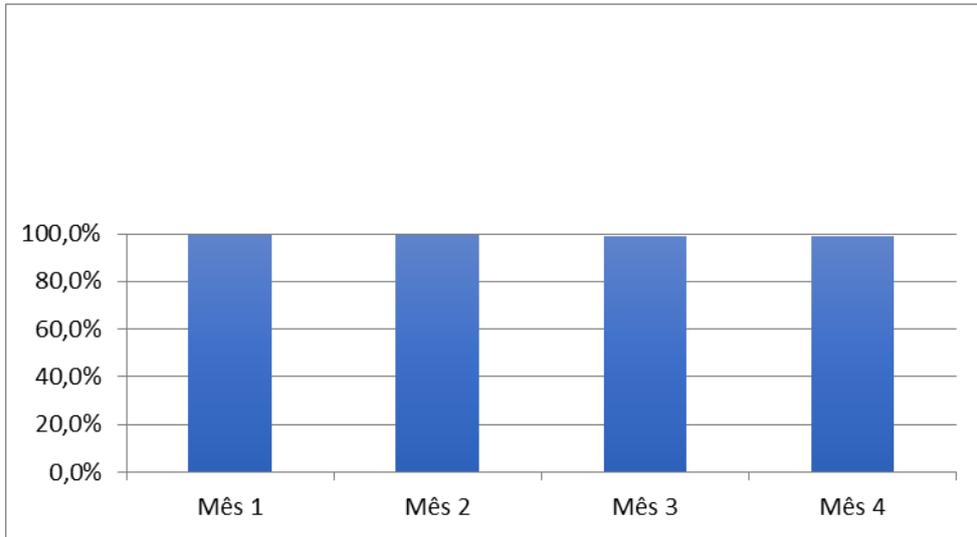


Figura 14-Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. USF Dulce Sena. Feijó, AC.

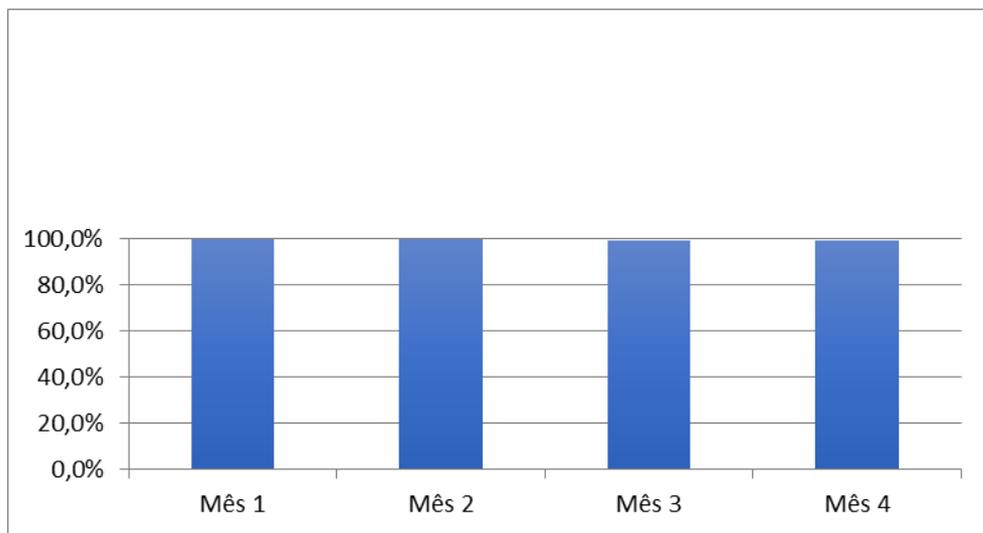


Figura 15-Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. USF Dulce Sena. Feijó, AC.



Fotos dos encontros com o Grupo HIPERDIA, USF Dulce Araújo Andrade Sena, Feijo/AC

4.2 Discussão

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira (SILVA, 2008), por sua importância se destacam duas doenças que são fatores de risco cardiovascular como são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM).

Na atualidade houve transformações quanto à incidência e prevalência das doenças, causando no Brasil altos índices de óbitos por doenças crônicas, que decorrem do estágio atual de transição demográfico-epidemiológica, resultando no envelhecimento populacional (MIRANZI, 2008).

A atenção básica de saúde promove a presença de hábitos de vida saudáveis e indicadores de saúde ideais como são: cifras de pressão arterial, cifras de colesterol e triglicéride e glicose em jejum dentro dos parâmetros normais.

Estas doenças devem ter um seguimento e acompanhamento adequado, pois podem trazer complicações que afetam e diminuem a qualidade de vida dele e sua família, as mais frequentes são: acidente vascular cerebral, infarto agudo de miocárdio, doença renal crônica, e em alguns dos casos amputações de membros inferiores, além gerando grande ansiedade para sua família.

Considerando-se a importância do conhecimento e seguimento correto destes fatores de risco cardiovascular, realizou-se o projeto de intervenção na USF Dulce Araújo Andrade Sena, no Município de Feijó, estado AC, que proporcionou a melhoria na atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos na USF, propiciou a ampliação da cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, com a meta de realizar cadastramento de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área. Existindo uma estimativa de 462 hipertensos e 114 diabéticos, finalizando em um total de 382 hipertensos, fechando com 82,7%, e diabéticos foi de 107 fechando com 93,9%.

A realização dos cadastros, atualização dos existentes, facilitou a melhoria na atenção, pois além do cadastro, utilizamos fichas-espelho para usuários hipertensos e diabéticos por microáreas, o que incluiu a ampliação dos exames dos pés dos diabéticos, e para classificação de riscos de ambos os grupos proporcionando um atendimento de qualidade.

A realização de atividades de promoção em saúde aos usuários hipertensos e diabéticos moradores da nossa área de abrangência, que foram previamente visitados por ACS das microáreas correspondentes, (com o objetivo de conscientizar a importância da sua assistência à consulta prioritizada de HIPERDIA, recebendo acompanhamento), facilitou que a sua chegada a USF receberam atendimento prioritizado, agendamento, e realização das consultas, melhorando assim a qualidade da atenção, com a realização de exame clínico e exames complementares aos usuários cadastrados.

Os usuários classificados de risco (HAS e DM, Hiperlipidemia e Obesidade) receberam atendimento em pré-consulta e consulta médica, com prioridade.

A intervenção permitiu implantação do cronograma do trabalho do médico, enfermeira e dos ACS, facilitando um trabalho organizado e incluindo o Grupo HIPERDIA como uma ferramenta importante de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, com realização de reuniões, uma vez por semana, na USF, com uma duração de cinco semanas, propiciando a revisão e realização de técnicas educativas como: diálogos, chuva de ideias, rodas de conversa com participação ativa dos usuários, que propiciaram o conhecimento de sua doença, tratamento adequado, alimentação saudável, prevenção da demência em usuários idosos, assim como a interação com equipe de saúde e multidisciplinar formado por Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicóloga, além da Médica e Enfermeira da USF.

A realização da intervenção na USF contribuiu para a integração, da equipe de saúde com outros profissionais especialistas, e facilitou a interação com a secretaria de saúde, trazendo mudanças positivas para trabalho em equipe.

A intervenção teve grande importância e impacto positivo para equipe de saúde, pois facilitou e exigiu aos membros da equipe sua capacitação conforme as recomendações do Ministério de Saúde, relativos ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, recepcionista e muito importante os ACS.

Durante a intervenção os ACS foram capacitados pela enfermeira da USF, em reuniões para explicar o acompanhamento correto dos usuários idosos com fatores de risco associados, os quais tinham prioridade de atendimento e agendamento de tipo continuado programado.

A recepcionista recebeu capacitação sobre agendamento priorizado aos usuários hipertensos e diabéticos segundo cronograma, facilitando um atendimento rápido com pré-consulta de qualidade.

A auxiliar de enfermagem com a chegada de balança digital e esfigmomanômetro calibrado recebeu capacitação em relação à aferição correta da pressão arterial, pesagem correta, aferição de temperatura, e realização de exame glicoteste em jejum, além disso, permitiu uma inter-relação entre enfermeira, médica e técnico de enfermagem na realização de trabalho em equipe com atendimento priorizando os usuários idosos com as duas doenças.

A intervenção impactou de maneira positiva no serviço, pois antes da intervenção os atendimentos eram de demanda espontânea, não existia cronograma do trabalho, e existia participação da equipe, mas não existia engajamento, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção organizada a um maior número de usuários. Além da melhoria do registro e agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos segundo cronograma, facilitou um trabalho mais organizado e atendimento de qualidade, conjuntamente com a realização de consultas de HIPERDIA.

O impacto da intervenção para nossa comunidade foi relevante com a iniciação do primeiro grupo HIPERDIA, observou-se participação ativa da comunidade previamente convidada por os ACS, enfermeira, médica e Psicóloga da USF. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com os encontros semanais, com os diálogos, com os alimentos que podem ou não consumir, com as interconsultas com Psicóloga, Fisioterapeuta, Nutricionista, após encontros, e mostraram também satisfação com a prioridade no atendimento, o qual não gerou insatisfação na sala de espera, pois se adequou o cronograma de trabalho da USF, mas ainda temos muitos usuários hipertensos faltosos à consulta de algumas microáreas.

A intervenção poderia ter sido facilitada com maior qualidade se desde a análise situacional, houve-se existido reuniões semanais de Equipe de Saúde programadas pela coordenadora da USF, e supervisionadas pela Secretaria de Saúde, onde participaram recepcionista, ACS, técnico de Enfermagem, enfermeira e médica, onde eu tivesse discutido as diferentes atividades que vinha desenvolvendo com a equipe.

Também poderia ter sido com maior qualidade para meu atendimento se desde o meu começo na USF houvesse obtido meu cronograma do trabalho.

Também faltou uma articulação com a comunidade a qual constitui um cenário muito importante para escutar seus critérios, priorizando a atenção e realizando depois uma análise dos aspectos positivos a realizar pela equipe.

Percebe-se que a equipe de saúde nesta reta final está integrada e preparada para incorporar a intervenção à rotina do serviço, mas apesar das dificuldades encontradas, vamos continuar trabalhando, para buscar conscientizar nossos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância de comparecer à consulta e realização de exames complementares, em dia.

Além do trabalho realizado devemos melhorar e aperfeiçoar nossos prontuários com realização de mapeamento do total dos usuários cadastrados e continuar trabalhando para resgatar os usuários faltosos, com realização de visitas domiciliares, com ajuda da equipe e os ACS. Também continuar trabalhando nas fichas-espelho dos usuários hipertensos e diabéticos para poder monitorar todos os indicadores previstos anteriormente no projeto e devemos insistir na importância sobre higiene bucal dos usuários diabéticos e hipertensos evitando assim sepse e complicações futuras.

A partir dos próximos meses quando a equipe estiver completa com enfermeira com tempo completo e com a ajuda dos ACS, pretendemos começar nosso segundo grupo de HIPERDIA permitindo promover saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, com a realização de diálogos previamente discutidos e ampliando a cobertura aos usuários. Os profissionais que participaram de maneira integral foram: médico, enfermeira e psicóloga da USF, nutricionista de Posto Médico Esperança, fisioterapeuta do HGF (Hospital Geral de Feijó), com encontros semanais durante cinco semanas, uma vez por semana, fazendo acompanhamento e interconsultas por especialidades.

Para o começo do segundo grupo HIPERDIA sugiro, outro local mais amplo, dando cobertura a mais usuários hipertensos e diabéticos, e incorporação do odontólogo aos diálogos e rodas de conversa semanais, além disso, aumentar uma semana, também a organização dos aspectos que os usuários preferem conhecer, como alimentação saudável, dieta do diabético, importância de realização de

exercícios aos usuários hipertensos, prévia valoração por médico e fisioterapeuta, assim como a importância da higiene bucal na prevenção de sepse.

4.3 Relatórios da Intervenção para Gestores.

Excelentíssimos senhores: Prefeito Mêrla Albuquerque e Elisabete Lima Ferreira, Secretária de Saúde Municipal da cidade de Feijó.

Com grande satisfação venho através desta, dissertar a respeito do Projeto de Intervenção realizado por mim e a equipe, na USF Dulce Araújo Andrade Sena, no final do mês de julho e começo do mês de setembro, (depois de minhas férias no mês de agosto) até dezembro de 2014. Implantou-se o projeto na unidade para melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, pois sentimos a necessidade da melhoria da qualidade da atenção, uma vez que depois de um ano sem atendimento (antes da chegada de médicos do projeto Mais Médicos para o Brasil) na unidade, existia uma falta de atendimento organizada, prontuários e cadastros dos usuários hipertensos e ou diabéticos desatualizados. Além disso, não existia ficha-espelho para avaliação sistematizada e organizada durante os atendimentos e observei que muitas pessoas hipertensas e diabéticas chegavam à consulta com altas cifras de pressão arterial e glicemia. Então senti a motivação, pois a maioria destes usuários são idosos e, muitos deles, apresentam as duas doenças.

Sendo assim, há cerca de quatro meses em um projeto vinculado à Especialização em saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), tendo como base teórica os Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial (Número 37) e Diabetes Mellitus (Número 36), do Ministério da Saúde, implementamos o programa de saúde para a melhoria da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos na USF Dulce Sena.

Desde o começo da intervenção tivemos objetivos bem claros: ampliar a cobertura, melhorar a qualidade de atenção, melhorar a adesão, melhorar os registros das informações, assim como fazer atendimentos com estratificação de risco cardiovascular e promover saúde aos usuários cadastrados da área de abrangência. O período de implementação do Programa na unidade foi de quatro meses.

Os resultados alcançados durante as três primeiras semanas de trabalho e atividades na USF foram obtidos parcialmente, de acordo com as ações previstas, pois ainda não existia engajamento entre os integrantes da equipe de trabalho. Assim, realizamos uma reunião na Secretaria de Saúde, com os representantes do Programa mais médicos (cubanos e do estado) onde se falou da importância do curso de especialização para formar parte do programa, além da importância do trabalho e reuniões em equipe. Trabalhávamos nas consultas médicas agendadas aos usuários hipertensos e diabéticos, usando os dados da ficha-espelho, com estratificação de risco, assim como a busca ativa dos usuários faltosos à consulta médica.

Recebemos o supervisor de Rio Branco pela primeira vez no município de Feijó, o Dr. Marcos, que implementou mudanças muito importantes para a USF, quais sejam: a enfermeira ficou como coordenadora da USF voluntariamente, foi aprovado meu novo cronograma de trabalho, com importantes mudanças incluídas (como consultas de demanda espontânea, visitas domiciliares com prioridades para usuários idosos, consultas do grupo HIPERDIA programadas, consultas de pré-natal e consultas de planejamento familiar).

Nesta primeira etapa realizamos o cadastro de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, utilizando os cadastros antigos existentes por micro áreas da USF. A equipe de saúde realizou uma programação semanal de visitas domiciliares por ACS para buscar usuários faltosos e atualizar cadastros, fazendo um cronograma de trabalho semanal para cada ACS.

Ademais, foi implementado na USF o Grupo HIPERDIA, com reuniões semanais durante cinco semanas que teve grande impacto em nossa população pois, os usuários participaram com entusiasmo e disciplina nos dias planejados. Este grupo significou um grande avanço do projeto, pois os mesmos ganharam em conhecimento sobre sua doença, alimentação saudável, prática de exercícios, riscos do tabagismo, prevenção de quedas e prevenção da demência e viu-se a união da equipe de saúde, composta por médica, enfermeira, nutricionista, e fisioterapeuta e psicóloga.

Através do projeto, implementamos também a ficha-espelho da Atenção aos usuários hipertensos e diabéticos nas consultas do grupo HIPERDIA, permitindo uma padronização e sistematização da avaliação de saúde geral das pessoas com

doença crônica durante os atendimentos. A ficha é prática e possibilita avaliar e registrar os princípios e parâmetros do exame clínico, como as medicações de uso contínuo, fluxograma dos exames laboratoriais, pressão arterial, peso, IMC, estratificação de risco cardiovascular, exames dos pés, exame físico, orientações nutricionais, atividade física, tabagismo e data próxima consulta, assim como diagnóstico e dados gerais.

Os usuários tiveram prioridade na prescrição dos medicamentos da farmácia da USF, existindo um registro de necessidades de medicamentos. Realizamos também uma capacitação ministrada pela diretora, médica e enfermeira, para cada um dos integrantes da equipe, sobre protocolo de atendimento aos usuários com doenças crônicas.

Estou confiante na continuidade das ações implementadas, já que nesse momento todas essas mudanças foram incorporadas à rotina do serviço e os vínculos com Secretaria de saúde, Prefeitura, assim como com especialistas de nutrição e Fisioterapia já estão firmemente estabelecidos.

Realizou-se, por fim, algumas mudanças importantes na USF, sugeridas pela Secretária de Saúde, como a troca da direção de nossa USF, onde a direção da unidade foi passada para uma enfermeira (antes era de responsabilidade de uma técnica de enfermagem). Além disso, começaram as mudanças em relação à organização dos serviços e das Unidades de Saúde. Em reuniões posteriores, começaram outras mudanças em relação à melhoria do atendimento, como aconteceu com a aprovação do meu cronograma de trabalho, e a implantação das ações nas demais USF, instalação de um computador para cada médico, além dos já existentes, para que possamos fazer coleta de dados nos atendimentos e utilizarmos prontuários clínicos computadorizados, assim como facilitar a impressão das fichas-espelho restantes até completarmos o cadastro de 100% dos usuários.

Tendo em vista os aspectos abordados, espero que os senhores tenham tido uma boa impressão do projeto realizado e me coloco à disposição para esclarecimento a respeito da intervenção.

Por fim, aproveito para convidá-los para uma visita à USF Dulce Sena para que os senhores possam conferir de perto as ações implementadas.

Grata pela sua atenção.

Aimee Grave Peralta – médica da USF Dulce Araújo Andrade Sena

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.

Prezados senhores residentes no bairro Centro, pertencentes às micro áreas 17 e 18

Gostaria de relatar, com muita satisfação, o projeto de intervenção que realizamos com os usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, nos últimos quatro meses.

Sei que muitos de vocês participaram do grupo HIPERDIA e foram acompanhados e cadastrados por suas ACS e, muitas vezes, compareceram na unidade e observaram muitos atendimentos, sejam eles de crianças, usuários pertencentes às áreas rurais, ou de usuários hipertensos e diabéticos fazendo agendamentos em demanda espontânea no mesmo dia. Além disso, vocês compareceram na unidade nestes últimos meses e observaram muitas mudanças.

Isso aconteceu porque desde o final do mês de julho e começo do mês de setembro, depois de minhas férias no mês de agosto, implantou-se na unidade, o projeto de intervenção de melhoria na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da USF, Dulce Sena. A intervenção foi instituída com muita motivação, pois senti a necessidade da melhoria da qualidade da atenção de vocês. Mas no começo não foi fácil para mim, pois não existia uma equipe de saúde sólida, ademais não existia cronograma de trabalho do médico, nem de ACS, além disso, meus atendimentos eram de demanda espontânea. Sei bem que antes de nossa chegada à unidade, com o Programa Mais Médicos, levava-se mais de um ano para conseguir atendimento na USF, pois muitos somente vinham pegar remédios, sem fazer um acompanhamento. Então eu realizei ações do projeto de intervenção, junto com a equipe, com usuários idosos hipertensos e diabéticos, sendo a maioria de portadores das duas doenças. Muitos deles não tinham bom seguimento das consultas, então tive a motivação para fazer este trabalho com vocês.

Este projeto é um dos requisitos para a titulação de especialista em Saúde da Família. Foram 16 semanas de trabalho e atividades na USF, durante as três

primeiras semanas de trabalho no projeto foram desenvolvidas parcialmente ações previstas, pois ainda não existia engajamento entre os integrantes da equipe de o trabalho, e então realizamos uma reunião na secretaria de saúde, com os representantes do Programa mais médicos (cubanos e do estado) onde falamos da importância do curso de especialização para formar parte do programa mais médicos, assim como do trabalho em equipe e da participação ativa dos ACS nas atividades programadas e recebemos uma supervisão de Rio Branco (primeira visita) que trouxe mudanças muito importantes, quais sejam: a enfermeira ficou como coordenadora da USF, voluntariamente, foi aprovado meu novo cronograma de trabalho com importantes mudanças incluídas como as visitas domiciliares com prioridade para usuários hipertensos e diabéticos e consultas do grupo HIPERDIA, programadas pela equipe. Além disso, realizou-se a capacitação dos ACS, recepcionista e técnicos de enfermagem quanto ao preenchimento adequado e atualização dos cadastros já existentes.

Nesta primeira etapa realizamos o cadastro de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, utilizando os cadastros antigos existentes por microáreas, pertencente a seis microáreas, ajudando a ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área.

A equipe de saúde realizou uma programação semanal de visitas domiciliares por ACS para buscar usuários faltosos e atualizar cadastros, fazendo um cronograma de trabalho semanal para cada ACS. Além disso, os mesmos, trouxeram sete usuários hipertensos e diabéticos seguindo o cronograma. No início da décima primeira semana, foi constituído o grupo HIPERDIA. Os usuários hipertensos e diabéticos foram convidados previamente, cinco deles por cada ACS, dando início ao primeiro grupo, onde semanalmente participavam de 20 a 25 hipertensos e diabéticos. Eles foram acompanhados pela equipe de saúde, alguns deles foram cadastrados, tiveram seus prontuários atualizados, foi aferida sua pressão arterial, bem como a glicemia. Ademais, fizemos conversas educativas, com diálogo e todos vocês têm priorizada a prescrição dos medicamentos da farmácia da USF. Por isso contamos com a presença de vocês, todas as quartas às 8h.

Estes atendimentos já fazem parte da rotina diária da Unidade, com avaliação periódica e geral dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de

abrangência. Nossa comunidade obteve melhorias da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes através da intervenção. Foi uma experiência muito produtiva para a equipe, pois os cronogramas de trabalho do médico e ACS foram cumpridos, facilitando a eficiência do acolhimento, agendamento e realização de consultas programadas, proporcionando assim, mudanças positivas. A intervenção conscientizou a equipe de saúde para o cumprimento do horário e realização de atividades educativas dentro e fora da USF. Acredito que a comunidade possa apoiar o serviço para que a saúde na USF Dulce Sena seja cada vez melhor, no sentido de dar sugestões para o atendimento, através de conversa com a Coordenadora da USF, assim como a participação de um representante da comunidade em reuniões de equipe, quando forem convidados, ademais com a participação ativa da comunidade em encontros semanais no segundo Grupo Hiperdia, dar sugestões sobre as atividades a serem desenvolvidas nos encontros.

Observação: Para a confecção desse relatório, realizei uma entrevista com os senhores: Maria Dalva Firmo Sousa, moradora da rua Plácido de castro 240, Antônia Rivane de Sousa Damasceno, moradora da rua Plácido de Castro 300, e Jose Almir Moreira morador da rua Barão do Rio Branco 216, moradores da área de abrangência da nossa unidade.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Parabenizo a UNASUS/UFPel pela categoria do curso oferecido, representada nas pessoas dos professores, orientadores e apoio pedagógico, em especial na minha orientadora Dra. Wâneza Dias Borges Hirsch que além de toda sua ajuda e conhecimento teórico, ofereceu todo seu profissionalismo em cada semana do curso. O curso significou para mim o ensino gratuito e a distância. Foi um grande privilégio participar deste curso e sentir o orgulho de pertencer ao SUS.

A característica fundamental do ensino a distância foi sua qualidade, nunca antes havia experimentado este tipo de modalidade de ensino, o qual ofereceu para minha formação como médica familiar e comunitária uma excelente base teórica que foi levada à prática, além dos conhecimentos adquiridos na prática clínica que foi muito útil para meu desenvolvimento na unidade básica de saúde.

O ensino a distância partiu da realidade e do conhecimento prévio do estudante que foi enriquecido pelos conhecimentos oferecidos pelo curso, e as informações trazidas pelos outros estudantes, conheci muitos colegas do país inteiros, e foi de muita utilidade, pois conheci as realidades das regiões diferentes do Brasil o que enriqueceu este processo.

Esta nova modalidade de ensino exigiu para mim e outros colegas muita disciplina e ética profissional, além de organização do tempo e sacrifício, pois além de nosso trabalho do dia-a-dia, havia várias atividades semanais a serem realizadas num tempo e prazo determinado.

Ao começo não foi fácil para mim o desenvolvimento das atividades semanais, foi um grande desafio, pois exigiu estudo constante, não só nas tarefas a serem entregues, como também lidar com as questões da informática na hora de elaborar textos, planilhas e tabelas, que muitas vezes precisamos da ajuda de outras pessoas e tínhamos que aprender de maneira rápida pois quase não havia tempo e

devíamos ser disciplinados na hora de enviar as tarefas ao curso, mas isso constituiu uma grande superação, pois diariamente tínhamos que revisar os conteúdos e estudar, acredito que esta modalidade serviu para consolidar nossos conhecimentos adquiridos e levar o que foi aprendido para a prática médica.

Através do curso, foi possível realizar uma intervenção no local do trabalho, o que significou um grande passo para nosso trabalho, pois partindo da análise, pesquisa, planejamento e execução das ações propostas, conseguimos mudanças muito importantes para realizar um atendimento de qualidade, além de interagir com outros colegas de trabalho, escutar diversas opiniões que enriqueceram nosso atendimento, a o resultado final foi conseguido com profissionalismo, que foram transformadores da nossa realidade do dia-a-dia.

O resultado final trouxe para a unidade de saúde, resultados surpreendentes do nosso atendimento fora e dentro da USF.

Além de todo o conhecimento adquirido, o curso deixa uma sensação do dever cumprido, deixa um desejo pelo aperfeiçoamento constante e mostra que com empenho e organização é possível melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Referências

BORDEN, W.B.; DAVIDSON M.H. Updating the assessment of cardiac risk beyond Framingham. **Reviews in Cardiovascular Medicine**, v.10, n. 2, p. 63-71, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, ISBN: 85-334-0341-0 (Cadernos de atenção Básica, 7).

CHOBANIAN, A.; BAKRIS, G.; BLACK, H.; CUSHMAN, W.; GREEN, L.; IZZO, J.; JONES, D.; MATERSON, B.; OPARIL, S.; WRIGHT JR., J.; ROCCELLA, E. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Hypertension**, Dallas, v. 42, n. 6, p. 1206-1252, 2003.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciências Médicas. 2008, ISBN; 978-952212215-1.

DUEÑAS A.F.; HERNÁNDEZ, O.; ROJAS, N.A.; SOSA, E.; GARCÍA, R.N.; AGUIAR, J. Manejo Comunitário de la Hipertension Arterial en el municipio Jaguey Grande, Matanzas. **Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular**, v. 16, n. 3, 251-58, 2010.

LLOYD-JONES, D.M.; HONG, Y.; LABARTHE, D.; MOZA, F.; FARIAN, D.; PAPEL L. J.; VAN HORN, L. On behalf of the American Heart Association Strategic Planning Defining and Setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction the American Heart Association Strategic Impact Goal through 2020 and Beyond Circulation. **Circulation**, n. 121, p. 586-613, 2010.

MIRANZI S.S.C.; FERREIRA F.S.; IWAMOTO H.H.; PEREIRA G.A.; MIRANZI M.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com *Diabetes Mellitus* e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, 672-679, 2008.

SILVA, C.A.; WANDERLEY, C.; ROCHA, E.; SANTOS, F.; MARTINS, I.; BASTOS, L.; SACRAMENTO, M. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para autocuidado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n.1, 179-188, 2006.

VIGOA, A.V.; ARIAS, M.A.; ÁLVAREZ, N.M.; AZCANIO, Y.R.; CABALLERO, M.D.
Percepcion de la Hipertension Arterial como factor de riesgo. **Revista Cubana de Medicina**, v. 45, n.3, 2006.

Apêndice

Apêndice A



Fotos dos encontros com o Grupo HIPERDIA, USF Dulce Araújo Andrade Sena, Feijó/AC

Anexos

Anexo B – Planilha de coleta de dados saúde dos hipertensos e diabéticos

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês															
Dados para Coletar	Número do paciente	Nome 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 Hipertensão 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?	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?
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	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
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															
38															
39															
40															
41															
42															
43															
44															
45															
46															
47															

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Indicadores

Anexo c - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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