

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na USF Vila da
Amizade, Rio Branco/AC**

Ariel Augusto Terrazas Méndez

Rio Branco, 2015

Ariel Augusto Terrazas Méndez

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na USF Vila da Amizade, Rio Branco/AC

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

Orientador: Maria Emilia Nunes Bueno

Rio Branco, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M538m Mendez, Ariel Augusto Terrazas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na USF Vila da Amizade, Rio Branco/AC / Ariel Augusto Terrazas Mendez; Maria EmiliaNunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 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. Bueno, Maria EmiliaNunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

A Deus por ter me dado forças para superar as dificuldades, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, presente em todos os momentos da minha vida.

A minha esposa Jessica dos Santos Silva, a minhas irmãs Rossy e Paola Terrazas Méndez, que com muito carinho e apoio me empurraram para adiante.

A meus filhos Carmen Ariana e Nicolas Augusto que embora não tivessem conhecimento disto, mais iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos. E não deixando de agradecer a meus Pais que Deus guarde em sua santa gloria.

Resumo

MÉNDEZ, Ariel Augusto Terrazas. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na USF Vila da Amizade, Rio Branco/AC**. 2015. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública pois são a primeira causa de morte no Brasil. Neste contexto, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Dessa forma, torna-se essencial um acompanhamento adequado dessas doenças, para se prevenir ou retardar o surgimento de possíveis complicações que podem afetar negativamente a qualidade de vida desses usuários. Sendo assim, na UBS Vila Amizade foi desenvolvido um trabalho de intervenção entre os meses de fevereiro a maio de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção as pessoas portadoras de HAS e DM. Metodologicamente foram desenvolvidas ações correspondentes aos quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Propusemos cadastrar 70% dos usuários, no entanto conseguimos superar esta meta, alcançando um total de 206 (94,5%) dos hipertensos cadastrados e 52 (100%) diabéticos. Além do cadastramento, também conseguimos atingir bons resultados nos indicadores de qualidade, pois realizamos exame clínico adequado para 100 % dos usuários, nos exames complementares também foi atingida a meta de 100%, porém tivemos problemas na hora de marcar eletrocardiograma por ter muita demanda em nosso município. Os registros foram atualizados para 100% dos usuários portadores de HAS e DM. Um dos indicadores que não atingimos a meta foi no atendimento odontológico por que agendar uma consulta com o profissional dentista é muito difícil devido a carência deste profissional nas UBS. Temos que fazer um destaque neste trabalho para a educação em saúde, pois os 100% dos usuários acompanhados recebeu, desde orientação alimentar, tabagismo, orientação a atividade física regular, orientação a higiene bucal por meio de palestras e visitas domiciliares. Cabe salientar também a importância do ACS nestas atividades de educação em saúde. Ao conhecer melhor nossa população portadora de HAS e DM, observamos que mais de 60% dos hipertensos são fumantes e por isso que começamos com projeto de tabagismo que está acontecendo atualmente. Já tivemos palestras de capacitação e começaremos no mês de outubro com o primeiro grupo de tabagismo. Ao todo a nossa unidade conta com quatro grupos: hipertensos e diabéticos, grupo do idoso, grupo das gestantes e vai começar o grupo de tabagismo. O trabalho possibilitou a ampliação da cobertura, a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, embasado nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde, além da realização de diversas ações coletivas de promoção à saúde direcionada para a população da área de abrangência da UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1: Primeiro grupo de hipertensos e diabéticos realizado pós carnaval. Apresentação	46
Figura 2: Enchente no bairro cadeia velha e gameleira de Rio Branco – Acre, março 2015.	47
Figura 3: Manifesto dos agentes comunitários de saúde no terminal urbano de Rio Branco - Acre, junho 2015.....	48
Figura 4: Palestra de riscos cardiovasculares de HAS e DM2, no grupo hipertensos e diabéticos na USF Vila da amizade, Rio Branco – Acre 2015	48
Figura 5: Palestra sobre HAS e DM, grupo de hipertensos e diabéticos. USF	49
Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.	52
Figura 7: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.	52
Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.	53
Figura 9: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.	54
Figura 10: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.	55
Figura 11: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.	55
Figura 12: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.	57
Figura 13: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção primária em saúde
CAD -	Centro de apoio diagnóstico.
DM -	Diabetes Mellitus.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
HAS -	Hipertensão arterial sistêmica.
LACEN -	Laboratório Central
URAP -	Unidade de referência de atenção primária.
UPA -	Unidade de pronto atendimento
UBS -	Unidade básica de saúde
USF -	Unidade de saúde da família.
CEAFAM -	Central de Assistência Farmacêutica.
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2	Análise Estratégica	19
2.1	Justificativa.....	19
2.2	Objetivos e metas.....	20
2.2.1	Objetivo geral	20
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	20
2.3	Metodologia.....	22
2.3.1	Detalhamento das ações.....	23
2.3.2	Indicadores.....	36
2.3.3	Logística	41
2.3.4	Cronograma	44
3	Relatório da Intervenção.....	45
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	45
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	49
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	50
4	Avaliação da intervenção.....	51
4.1	Resultados	51
4.2	Discussão.....	59
5	Relatório da intervenção para gestores	62
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
	Referências	68
	Anexos	69

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Este volume abrange as seguintes partes: 1) Análise situacional, na qual é realizada a análise e descrição da unidade básica de saúde, incluindo a comparação da estrutura física, das atribuições dos profissionais e das atividades de controle social e educação em saúde com o marco legal e também a análise do processo de trabalho envolvido no atendimento à demanda e na atenção às ações programáticas; 2) Análise estratégica – Projeto de intervenção, seção a qual é definido o projeto de intervenção sobre a melhora da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade adstrita, onde são definidos objetivos, metas, ações necessárias em cada eixo – Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica - para atingir as metas; 3) Relatório da intervenção que aborda sobre as ações que foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu, qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referente às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS; 4) Avaliação da intervenção, etapa que aborda sobre a avaliação dos resultados alcançados; o atingimento das metas; a adequação das ações, registros e instrumentos de coleta de dados; o efeito da intervenção na unidade básica de saúde, na equipe, nos usuários do serviço e na população-alvo; 5) Relatório da intervenção para os gestores; 6) Relatório da intervenção para a comunidade; 7) Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, abordando sobre o desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais, o significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde a qual atuo é uma Unidade de Saúde da Família (USF), denominada Vila da Amizade. O atendimento é de livre demanda, não é de difícil acesso e fica no estado do ACRE no Município de Rio Branco. A equipe com a qual desenvolvo minhas atividades é composta dos seguintes profissionais: um médico, um técnico de enfermagem, um enfermeiro, uma pessoa na administração e sete agentes comunitários de saúde (ACS).

Até o presente momento ainda não houve adscrição da clientela, desta forma não há definido a área de abrangência, porém estima-se um total de 3576 pessoas dentro da comunidade. As pessoas que recebem atendimento são através de livre demanda, além dos usuários marcados do dia. Chegamos a atender em torno de 30 a 35 usuários em um período de seis horas, atualmente são atendidos no máximo 25 usuários sem ter um foco de prevenção, só tem um grupo de idosos funcionando na unidade.

O sistema de saúde funciona atendendo no modelo de Estratégia Saúde da Família, com uma estrutura pequena e com poucos recursos, quando não conseguem suportar a quantidade de usuários elas transferem para as URAPs, se o caso for emergência é enviada às UPAs e se as mesmas não suportar a demanda, são encaminhados ao pronto socorro.

A unidade a qual atuo falta estrutura para sala de medicações, curativos e esterilização, pois são realizadas em um mesmo ambiente. Temos um ambulatório para medicina, um para odontologia, porém desativado por falta de profissional dentista, sala de vacinação, uma cozinha, um almoxarifado, uma sala de administração, sala epidemiológica, e três sanitários. Com relação a disponibilidade

de recursos, geralmente a unidade está abastecida tendo os medicamentos e materiais básicos para a realização dos atendimentos

O Controle pré-natal é feito pelo serviço de enfermagem e quando precisam de atendimentos ou dúvidas clínicas recorrem ao atendimento do médico. Já as visitas domiciliares são realizadas uma escala de médicos, os quais são alocados de acordo com a necessidade. Os demais atendimentos são livre demanda, sem ter um agendamento com dia específico para alguma atividade, normalmente as crianças, as mulheres e idosos são atendidos pelo médico e somente controle pré-natal e PCCU e feito pela enfermagem.

1.2 Relatório da Análise Situacional

De acordo com o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 e atualizada pela secretaria municipal de saúde este ano 2015, o município de Rio Branco possui uma população de 355.759 habitantes. A rede de Atenção Primária do município está dividida em 13 Segmentos de Saúde, com a distribuição de 05 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP, 07 Centros de Saúde e 01 Centro de Formação sob a gestão do estado. Nas Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia, bem como os serviços de enfermagem, odontologia, imunização, farmácia dentre outros, com atendimento por demanda espontânea e também por referenciamento das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência. Também possui sistema de agendamentos de atendimentos para as especialidades de Média e Alta Complexidade, cujas ações são oferecidas pela Rede Estadual de Saúde.

Além das 43 Unidades Básicas de Saúde, a Atenção Primária conta ainda com 62 Unidades de Saúde da Família com equipes completas, destas 23 possuem equipe de saúde bucal (DATA-SUS agosto/2013), 06 equipes do Programa de Agente comunitário de Saúde- PACS, 02 Unidades Móveis de Saúde na Comunidade para atendimento à população rural e ribeirinha; 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, 01 central de abastecimento Farmacêutica – CEAFAM, 02 Centros de Apoio Diagnóstico, 01 Centro de Especialidade Odontológica – CEO, 01 dispositivo Consultório na RUA, e 01 Unidade de Acolhimento Adulto para atendimento das pessoas em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Esta estrutura vem ofertando à comunidade local também ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, através dos Serviços de Assistência Médica, Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Atenção ao Idoso, Saúde em Movimento, Saúde do Homem, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador, DST/AIDS, Saúde Mental, Educação em Saúde, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Leishmaniose, Tuberculose e o Programa Saúde do Homem.

Atualmente, a rede de Atenção Primária também é constituída por dois Centros de Apoio Diagnóstico. Dentre as ações realizadas por esses Centros, destaca-se a descentralização da coleta para a atenção básica com a instalação de laboratórios em 08 Centros de Saúde e 05 Unidades de Referência da Atenção Primária - URAP"s.

Atualmente os exames são realizados pelo Centro de Apoio Diagnóstico – CAD. Vale ressaltar, que toda a sorologia é feita pelo Laboratório Central – LACEN, cuja ajuda possibilitou a efetivação da descentralização, uma vez que havia necessidade de profissionais para executar as atividades nesse âmbito.

As ações de vigilância em saúde são desenvolvidas em toda a rede, com o propósito de prevenir doenças crônicas não transmissíveis e prover a saúde da população. A Secretaria Municipal de Saúde tem coordenado ações educativas interagindo com a comunidade, estimulando mudanças de atitudes e práticas no cotidiano das pessoas, no sentido de torná-las mais saudáveis, envolvendo a prevenção e controle do tabagismo, alimentação saudável, práticas corporais, controle de vetores, controle da qualidade da água e do solo, entre outras.

Com relação às ações de vigilância epidemiológica e ambiental desenvolvidas no município de Rio Branco, o mesmo foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica-PAB, segundo a Norma Operacional Básica-NOB/SUS/1996, em 07 de dezembro de 2000, com a descentralização das ações básicas de saúde, através do Termo de Pactuação CIB nº 22/2000. De acordo com a NOB/96, a criação de uma unidade de vigilância epidemiológica municipal é prerrogativa para a descentralização das ações.

No contexto local, o município de Rio Branco passou a executar as ações de promoção, prevenção e controle de doenças de interesse nacional, estadual e municipal, através de uma vigilância epidemiológica focada no propósito de fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre

a execução de ações de controle de doenças e agravos. A partir de abril de 2003, Rio Branco propôs à Secretaria Estadual de Saúde a Certificação para as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças conforme Portaria 1399/1999, passando a receber fundo a fundo os recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças-TFECED, atualmente denominado Teto Financeiro de Vigilância em Saúde. As ações referentes à Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS são selecionadas pelo Ministério da Saúde de acordo com as prioridades definidas, tendo em vista a redução, eliminação ou erradicação de doenças mais prevalentes em todo território nacional e em determinadas regiões, avaliando sempre o impacto social e financeiro dessas doenças.

O Departamento de Vigilância Sanitária realiza através das diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e das ações previstas no Plano de Ação em Vigilância Sanitária a fiscalização sanitária de produtos e serviços de interesse à saúde, dos ambientes e da saúde do trabalhador no âmbito da Municipalidade.

O Departamento de Controle de Zoonoses desenvolve ações de prevenção e controle de doenças em cães e gatos do município. Além dos serviços já mencionados, o município de Rio Branco utiliza a rede estadual de saúde para referenciar usuários ao atendimento na média e alta complexidade. Nesse âmbito, a rede está composta da seguinte forma:

Média complexidade:

- UPA do 2 Distrito e UPA do Tucumã; UPA sobral; UPA cidade do povo.

Alta complexidade:

a) 05 públicos:

- Hospital das Clínicas – antiga Fundação Hospitalar do Acre;
- Maternidade Bárbara Heliodora;
- Hospital de Saúde Mental do Acre – HOSMAC;
- Hospital de Urgência e Emergência – HUERB;
- Hospital da Criança e Maternidade Bárbara Heliodora.

b) 01 filantrópico:

- Hospital e Maternidade Santa Juliana.

Vale ressaltar, que está em fase de construção 01 (um) Instituto de Traumatologia que irá compor a rede do estado, financiado pela esfera federal.

A USF Vila Amizade, a qual estou atuando é uma unidade urbana, não existe nenhum vínculo com as instituições de ensino. Temos uma equipe de saúde composta de um médico clínico geral, um técnico de enfermagem, um enfermeiro e sete agentes comunitários.

A USF Vila Amizade encontra-se no bairro Santa Helena, composta de: um consultório médico um consultório da enfermagem, uma farmácia, uma sala de acolhimento, uma sala de curativo juntamente com a sala de nebulização, uma sala de vacina, dois banheiros, um banheiro para deficiente físico, uma cozinha, uma sala de reunião, uma sala de almoxarifado. Em geral a unidade não tem limitações de estrutura física para deficientes porque tem toda a unidade e plano, mas faltaria cadeira de rodas e que por falta de estrutura física temos por exemplo a recepção junto com a sala de administração ou a sala de curativos junto com a sala de materiais.

Cada membro da equipe tem atribuições diferentes de acordo com o Ministério da Saúde, mas temos duas áreas descobertas de agentes comunitários. Os agentes comunitários realizam visitas domiciliares uma vez por mês, realizando trabalho de prevenção e promoção da saúde. O pré-natal, puericultura e atendimento de clínica geral é feito pelo médico, os PCCU (prevenção do câncer do colo uterino) e atenção pré-natal são feitos pelo nosso enfermeiro; temos um administrador e nosso técnico de enfermagem confere pressão arterial e glicemias além da administração de vacinas e medicações, mas nossos agentes comunitários também fazem medição da pressão arterial e medida de glicemia, cada dia tem dois agentes comunitários que ficam de plantão na unidade de saúde colaborando na pesagem de crianças e às vezes a parte da recepção. Particularmente acredito que a quantidade de agentes comunitários de saúde para cada micro área está adequada, pois temos apenas duas áreas.

A população da área cadastrada na unidade é de 3576 pessoas. A demanda espontânea antes da chegada dos mais médicos era atendida de forma tradicional, atualmente é realizado agendamento todas as segundas-feiras para a semana toda, porém vimos por conveniente fazer agendamentos diários, por exemplo, se agenda segunda para terça e assim por diante. Além disso, contamos com dias específicos

para puericultura quinta a tarde e dia do idoso, hipertenso e diabético quinta de manhã.

As ações de atenção a criança de 0 a 72 meses são realizadas na puericultura e as demais crianças são atendidas de acordo a necessidade. A estimativa é de que há 71 crianças menores de um ano, sendo que destas apenas 55 estão em atendimento na unidade, alcançando uma cobertura de 77%. Quanto as crianças menores de cinco anos, o total é de 167, as quais são atendidas pelo clinico geral com o auxílio do técnico de enfermagem, se faz vacinação e orientações a mãe a respeito de alimentação, higiene, acidentes mais frequentes a essa idade. Adota-se o protocolo do Ministério da Saúde referente a seguimento vacinação, estatura, peso também temos um registro especifico de toda criança. Um dos aspectos positivos na unidade sobre a puericultura é que quando a carteira de vacinação encontra-se em atraso as agentes comunitárias estão sempre atentas lembrando as mães sobre a regularidade. Trabalha-se em equipe para que as crianças tenham as melhores condições de saúde.

As ações de atenção ao pré-natal são realizadas em nossa unidade através de orientações prestadas e medidas de prevenção adotadas, assegurando a evolução normal da gravidez, buscando minimizar os riscos ou identificando-os o mais precoce possível. A estimativa é de que há 53 gestantes na área da UBS, e destas apenas 15 (28%) estão em acompanhamento na unidade de saúde. Em nossa unidade as mulheres com maior escolaridade, maior faixa etária, maior paridade e que realizaram seis ou mais consultas apresentaram melhor adesão à consulta no primeiro trimestre. As principais complicações na gestação são anemia, hipertensão e hemorragia. Em 99% das gestações foi verificada a pressão e o peso em todas as consultas. As mulheres que residiam na zona rural e possuem cinco ou mais filhos apresentaram uma estimativa de risco, respectivamente, maior para a realização de menor número de consultas pré-natal comparativamente àquelas residentes na zona urbana. Realizamos ações programáticas para toda gestante fazendo os devidos cuidados, orientações e exames complementares de acordo com o estipulado, pelo protocolo. Contamos com um registro específico das mulheres gestantes de acordo com o monitoramento de área da cobertura.

Quanto aos aspectos positivos não contamos atualmente com mulheres grávidas de risco, no entanto ainda é preciso conscientizar algumas sobre a importância de realizar o pré-natal o mais precocemente possível, sendo estas

captadas antes de 8 semanas, já que o primeiro trimestre é uma etapa de muito risco de para acontecer qualquer alteração de malformação com o bebê. Dentre as atividades de educação de saúde ao pré-natal estão a importância do uso de vitaminas como ácido fólico com pelo menos três meses de antecedência a gestação, recomendações sobre atividades físicas, sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, dieta equilibrada, consultar o médico para tomar medicações, além sobretudo o acompanhamento ao longo da gestação na unidade referida.

Sobre as ações de saúde da mulher, temos uma população aproximada de 754 mulheres entre 25 a 64 anos, sendo que 502 estão sendo acompanhadas pelo serviço, com uma cobertura de 67%. Estas mulheres realizam na unidade o exame preventivo de câncer de colo do útero (Papanicolau) a partir da primeira relação sexual ou após os 18 anos. Este exame é feito com frequência anual. As usuárias com alteração de colo útero são encaminhadas para unidades de maior complexidade e seguimento para realizarem tratamento adequado.

Já as mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos, com maior risco para o desenvolvimento do câncer de mama, a estimativa é de que há 180 mulheres, sendo que somente 56 (31%) estão em acompanhamento, realizando o exame de mama, o qual é iniciado pela palpação das mamas realizado pelo médico e seguida da mamografia, sendo estes primordiais para uma detecção precoce desse tipo de câncer. Trabalha-se com orientações das mulheres para o autoexame, onde se ensina a forma da palpação da mama, a região da axila e a parte superior do tronco em busca de algum nódulo ou alteração da pele, como retração ou endurecimento, e de alguma alteração no mamilo.

Esses exames quando realizados anualmente ou mais frequentemente, dependendo da história individual da mulher como presença de fatores de risco ou história de tumores e biópsias prévias, podem diminuir a mortalidade por esse tipo de tumor, quando realizados entre os 50 e os 69 anos. Temos ações estruturadas de forma programática na unidade e realizamos o controle através de um registro e prontuários. Ainda não temos usuária com câncer de mama em nossa cobertura, situação esta que nos incentiva a manter o entusiasmo de lutar com toda a equipe de saúde.

Em relação aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) temos uma estimativa de que há 218 em nossa UBS e 52 usuários portadores de diabetes mellitus (DM). A realidade de nossa unidade quanto ao atendimento a estes

usuários é mais voltada para a recuperação do que para a promoção da saúde. Não contamos com cadastros atualizados, não se faz reuniões de grupos com atividades de educação em saúde e orientações. Não há atendimento priorizado e por consequência cresce o número de complicações decorrentes destas doenças, pois não há um seguimento clínico e laboratorial a longo prazo. Os usuários mantêm costume de renovar receita sem nenhum controle médico, realizando, muitas vezes, um tratamento inadequado.

A atenção à saúde dos idosos é realizada através de reuniões mensais em forma de palestras orientando sobre educação em saúde. Temos cadastrados 325 idosos na nossa comunidade. Foi criado um dia específico (quintas feiras) onde se tenha prioridade para este grupo populacional, o agendamento é feito as quartas no acolhimento, onde cada idoso apresenta sua carteira antes e cada consulta. Na consulta é feito o exame clínico, avaliando fatores de risco tipo osteoporose, doenças cardiovasculares entre outros e feito rotineiramente exames complementares anualmente. Porém se o usuário precisa acompanhamento mais rigoroso é feito trimestralmente. Contamos com registro específico de cada idoso.

Para finalizar não é possível ter uma boa qualidade de atendimento para a população sem um trabalho em equipe, nós como equipe tentamos fazer o melhor e buscando sempre a excelência. São muitas as dificuldades entre elas cadastros desatualizados, membros da equipe não engajados, população reticente a mudanças sobre acolhimento, dificuldade de encaminhamento para especialidades quando precisa, mas também é muita a vontade de tornar a saúde brasileira cada vez melhor.

As informações e/ou estimativas de cobertura e dados referentes à qualidade das diversas áreas programáticas foram extraídas dos Caderno das Ações Programáticas.

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

Quando da chegada do programa Mais Médicos no Brasil foi uma expectativa política, social e até econômica para a população, a qual estava temerosa dos novos médicos vindo de fora. Porém, pouco a pouco a população teve grande carinho por nós e soubemos retribuir com um trabalho consciente e

profissional. A relação entre os profissionais foi mudando, pois se criou vínculo o que auxiliou no enfrentamento da resistência por parte da comunidade em adequar-se as mudanças que foram surgindo no serviço, devido a análise situacional. A população estava acostumada com um modelo defasado, focado na doença e com os estudos e observações feitas, estamos tentando mudar esta realizada no serviço, a fim de realizar ações voltadas mais para a promoção e prevenção da saúde.

As mudanças foram percebidas pela população, sendo estas em benefício da melhoria da qualidade da assistência. Então, pouco a pouco eles se adaptaram ao agendamento e, além disso, em ter mais participação na unidade de saúde mediante os grupos criados até o momento (HAS e DM, gestantes, idosos). Já quanto a estrutura física, foram poucos os limitantes, os quais com uma reforma que está prevista para o próximo ano, será possível dar conta dos problemas. Em resumo a população, a equipe de saúde e nossos supervisores deram uma avaliação positiva para nosso trabalho e vem ainda muitas mudanças com o decorrer do tempo.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública pois são a primeira causa de morte no Brasil (BRASIL, 2006; OPAS, 2010). Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentosos e medicamentosos e dificuldade de adesão às recomendações prescritas (BRASIL, 2006b).

Diante do agravamento desse cenário o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o plano de reorganização da atenção a hipertensão e diabetes na rede básica do SUS para a prevenção e controle da HAS e DM (BRASIL 2001). Em 2002, novas estratégias foram incorporadas na rotina das unidades ambulatoriais do SUS, através do programa HIPERDIA (BRASIL, 2002). A partir do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos em formulário padronizado buscou favorecer sua vinculação e acompanhamento e garantir o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Além disso, através da análise dos indicadores do programa é possível conhecer o perfil epidemiológico da população assistida.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, relacionadas, como alteração cardiovascular e cerebral, dentre outras. A adesão do usuário a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem os relativos à relação médico-usuário, às questões subjetivas do usuário, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. Neste sentido, são de fundamental importância que se

esclareçam, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do usuário, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre profissional de saúde e usuário, para que este se sinta engajado no seu tratamento.

A USF Vila da Amizade, a qual será realizada a intervenção, localiza-se no município de Rio Branco, Acre, possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, um técnico de enfermagem, 7 agentes comunitários um auxiliar administrativo e uma atendente de serviços gerais. A unidade possui 3.576 pessoas em nosso território aproximadamente 12.00 famílias cadastradas, com 218 usuários portadores de HAS e 52 usuários portadores de DM de todas as idades.

Dentre os problemas enfrentados na USF Vila da Amizade na atenção a esta população destacam-se a ausência de ações programadas de promoção da saúde para HAS e DM, a baixa adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças e que um trabalho de promoção da saúde destes usuários fará muita diferença na melhoria da qualidade de vida dos mesmos, observa-se este trabalho como fundamental para que consigamos mudar a qualidade dos atendimentos prestados na UBS para a população da USF Vila da Amizade.

Como um aspecto que viabiliza a intervenção na USF, podemos citar a predisposição da equipe para realização deste trabalho, a qual poderá beneficiar a nossa comunidade, que apresenta complicações por realizar um tratamento inadequado e por possuir baixa adesão ao tratamento.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da USF Vila da Amizade, Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila da Amizade, no município de Rio Branco/Acre. Participarão da intervenção 218 usuários portadores de HAS e 52 usuários portadores de DM.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Realizaremos atividades e monitoramento do número destes usuários cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial sistêmica e à diabetes mellitus da unidade básica de saúde vila da amizade o monitoramento será feito pelo enfermeiro da unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: garantiremos a atualização do cadastro e registro no programa. Para isso será criado um cadastro destes usuários residentes na área de cobertura da USF e este será monitorado semanalmente pelo enfermeiro da unidade. Serão realizadas atividades e mutirões de atendimento na USF proporcionando o registro e acolhimento adequado, serão realizadas atividades para informar a comunidade sobre a ação de intervenção. Garantiremos o material adequado para o programa por meio de parceria com a secretaria municipal de saúde nosso coordenador da

unidade elaborará ofícios para pedido de material adequado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Informaremos a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde por meio de nossos agentes comunitários, além disso, criaremos convites para comparecer na nossa unidade. Informaremos a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos periodicamente e sobre a importância do rastreamento para diabetes mellitus criaremos panfletos ressaltando a importância dessas ações e além disso, será realizado as informações nos grupos de educação em saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

Detalhamento: realizaremos o aperfeiçoamento na qualidade do atendimento aos portadores de HAS e DM, além de ensinar um adequado cadastramento aos ACS. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial, está capacitação será realizada na primeira semana da intervenção pelo nosso

enfermeiro. Se capacitará a equipe sobre o uso correto do hemoglicoteste, esta ação será feita também na primeira semana da intervenção realizado pelo nosso enfermeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: realizaremos atendimentos na unidade, realizando exame clínico apropriado segundo o protocolo adotado pela equipe, esta ação será monitorada pelo médico e enfermeiro da unidade. Solicitaremos e garantiremos a realização de

exames laboratoriais, pactuando com o gestor municipal e garantindo vínculos com laboratórios municipais. Será priorizada a prescrição de medicamentos disponibilizados pelo SUS e será realizado controle de estoque (incluindo a validade) pelo nosso funcionário administrativo. Será monitorado e se realizará palestras do direito dos usuários de ter o acesso aos medicamentos da farmácia popular. Se anexará na parede endereços da farmácia popular, porém se tentará usar sempre os medicamentos que temos na nossa farmácia. Vai ter um monitoramento dos hipertensos e diabéticos por nosso enfermeiro para a necessidade do atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: será definido a atribuição de cada membro da equipe nas reuniões periódicas semanais.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Será feito além a qualificação aos profissionais que poderá ser realizada em forma de discussão de casos clínicos entre os profissionais em encontros disponibilizados durante a intervenção, inclusive se houver necessidade o convite a outros profissionais como os tutores do programa mais médicos.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: será feito com relativa periodicidade a atualização dos profissionais da unidade e se convidará profissionais do NASF para ter uma atualização com eles.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Será disponibilizada com recursos próprios da unidade o ultimo protocolo impresso e será deixado na unidade para todos os profissionais em saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: será garantido pelo médico o pedido de exames laboratoriais na unidade para todos os usuários com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: será convocado o gestor municipal para fazer parte de nosso programa e pediremos agilidade para a realização dos exames complementares com a espera por eles no máximo de 15 dias.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Se criará um registro de medicamentos pelo nosso funcionário da administração e manterá esse registro atualizado de acordo com as necessidades de cada usuário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Existirá orientação aos usuários sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes a hipertensão e diabetes para esta ação serão feitas palestras pelo médico. Os usuários da comunidade terão orientação para a realização de exames complementares e de ter a periodicidade para fazer exames complementares estas orientações serão por todos os membros da equipe. Terá cartazes nas paredes orientando aos hipertensos e diabéticos sobre os direitos da farmácia popular e endereços das farmácias na cidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A equipe terá palestras para realização de exame clínico apropriado podendo convidar a equipe responsável do HIPERDIA em Rio Branco ou tutor do programa Mais Médicos. A equipe terá capacitação pelo médico para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames complementares. A equipe poderá ter capacitação para alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular o pelo pessoal de HIPERDIA da secretaria estadual de saúde de rio branco. Se convidará a dentista por meio do coordenador do segmento para capacitar a equipe da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: criaremos uma ficha de acompanhamento para o cumprimento da periodicidade das consultas previstas de acordo com o protocolo, ficha que será feita pelo médico

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

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

Detalhamento: terá um sistema de registro para organizar e para agendar visitas domiciliares dos faltosos que terá um ACS como responsável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade terá palestras feitas pelo médico para informar e ouvir sobre estratégias para chamar aos usuários faltosos, sobre a importância das consultas dos usuários fazendo ênfases nos riscos a curto e longo prazo. A comunidade será esclarecida sobre a periodicidade preconizada pelo Ministério da

Saúde pelos ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS terão capacitação feita pelo médico a respeito da periodicidade das consultas.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico monitorará a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O enfermeiro será o encarregado de manter atualizadas as informações do SIAB.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: será adotado como rotina na unidade que cada usuário hipertenso tenha sua ficha de acompanhamento

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Fazer um acordo com todos os membros da equipe para o registros das informações na ficha do acompanhamento, principalmente os ACS de plantão na unidade.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O enfermeiro será o responsável do monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Essas situações serão sinalizadas em vermelho na ficha espelho do usuário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: o médico no momento de apresentação do programa para a comunidade orientará aos usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe terá uma capacitação feita pelo médico nas reuniões semanais ao respeito do preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Os ACS monitorarão e verificarão se os usuários hipertensos e diabéticos têm pelo menos uma estratificação de risco.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Terá no acolhimento do hipertenso e diabético a priorização de usuários com alto risco. Este acolhimento é realizado pelos ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão realizadas ações pelos ACS para orientar os usuários sobre o nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os usuários e a comunidade poderão esclarecer as dúvidas com qualquer trabalhador da saúde quanto a importância do acompanhamento regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: realizar estratificação de risco cardiovascular aos usuários cadastrados no programa de atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na USF sendo realizada atividade para qualificação dos profissionais para estratificação de risco cardiovascular segundo o escores de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. O Enfermeiro capacitará a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Os ACS terão como responsabilidade monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O enfermeiro será o responsável de organizar práticas coletivas sobre alimentação. Nosso coordenador procurará parceria com o gestor municipal para envolver no programa pessoal da nutrição e educadores físicos para coadjuvar a diminuir níveis pressóricos e de glicemia, além de verificar a possibilidade de acordo institucional junto ao gestor municipal, podendo referenciar os hipertensos e diabéticos a uma unidade odontológica específica previa avaliação pelos profissionais. Determinar em uma reunião com a equipe o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações individuais.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A equipe, orientada pelo médico fará palestras para orientar os hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, atividade física regular, sobre abandonar o tabagismo. Se tentará procurar parcerias com o CAPS para acompanhamento e prescrição adequada de medicamentos para o tratamento e abandono do tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O médico e o enfermeiro capacitarão a equipe da unidade de saúde para difundir na comunidade casa por casa sobre alimentação saudável, sobre atividade física regular, higiene bucal. Convidaremos um dentista para dar palestra para a equipe sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: 78 é o Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção utilizaremos o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, manual 36 e 37 (2013), assim como a ficha do hipertenso e diabético e a ficha espelho disponíveis pelo curso da UFPEL.

Para organizar o registro específico do programa, o agente comunitário revisará o livro de registro identificando todos os usuários que buscarem ao serviço para atendimento de hipertensão e diabetes nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso. Após registros dos dados os mesmos serão compilados na planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso (ANEXO B).

No início da intervenção serão capacitados os agentes comunitários para cadastrar usuários novos com HAS e DM. Serão também distribuídos panfletos

informativos para a comunidade informando sobre o programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade, bem como os riscos destas patologias.

Para a qualificação dos atendimentos prestados a esta população, o médico avaliará os exames laboratoriais de cada usuário seguindo o manual do Ministério da Saúde, acrescentando o pedido de ECG e viabilizará com o gestor municipal a realização do mesmo como rotina anual. Serão criadas fichas de controle laboratorial na qual estarão os resultados de laboratório comparando lado a lado com exames antigos para poder estabelecer os riscos precocemente. Será organizado junto a equipe um mutirão de consultas odontológicas na URAP Claudia Vitorino e disponibilizar duas fichas por semana exclusiva para nossa unidade de saúde.

Para facilitar a adesão ao programa, o técnico de enfermagem monitorará o cumprimento da periodicidade de consulta e terá o controle da agenda dos usuários e marcará a consulta para os faltosos. Será criado grupos de hipertensos e diabéticos com intuito de aderirem ao tratamento, ofertando através dos grupos novas alternativas de tratamento natural e educação alimentar. Construiremos uma ficha de adesão ao tratamento para conferir o uso adequado do tratamento e o uso correto da medicação ou simplesmente verificar se o usuário encontra-se comprometido com o tratamento.

Quanto a avaliação de risco, o médico avaliará os usuários em alto risco segundo os critérios de Framingan, as orientações serão passadas em reunião com o grupo abrangendo todos os riscos da HAS e DM. O médico elaborará uma ficha com todos os critérios de risco e outra ficha para o exame físico sem deixar de lado o exame dos pés nos diabéticos.

Para cumprir com as ações de promoção da saúde serão realizadas palestras, atividades em sala de espera, grupos, sobre a assuntos voltados ao DM e HAS. Toda a equipe será comprometida com estas atividades.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Semanas se passaram e o tempo sem piedade vai se aproximando o dia do TCC, foi um longo trabalho, mas com a sensação que ainda falta muito por vir pela frente, mesmo com as circunstâncias existentes, os contratempos, eventos naturais e outras causas, o trabalho foi avançando com a colaboração de uma equipe.

Quando o trabalho começou, o primeiro pensamento foi: Como pôde terminar em tão pouco tempo? Achei impossível, mas a realidade do trabalho era dar continuidade com o tempo, fazendo uma rotina na unidade de serviço para o futuro. Os objetivos foram traçados na unidade 2 e conseguimos alcança-los, foi um trabalho difícil, muitas vezes dava vontade de desistir. Porém a gratidão daquela comunidade injetava energias e amor pelo que se faz.

Desde a primeira semana se capacitou aos ACS para a correta interpretação da pressão arterial e glicemia. Realizamos encontro com a comunidade desde a primeira semana de intervenção e começamos exatamente na semana do carnaval (FIGURA 1). No princípio, houve certa resistência dos ACS, pois queriam limitar o trabalho para apenas algumas ações, não querendo participar de outras atividades. No entanto, através de muitas negociações nas reuniões, as quais foram importantíssimas para o seguimento e melhoria do trabalho, pudemos acordar e estabelecer normas para o bom seguimento das atividades e hoje devo reconhecer que sem a ajuda deles e demais membros da equipe não seria possível a conclusão do trabalho.



Figura 1: Primeiro grupo de hipertensos e diabéticos realizado pós carnaval. Apresentação do projeto para os usuários. USF Vila da Amizade, Rio branco, Acre, 20 fevereiro 2015.

Começamos falando que foi criado o dia de quinta-feira para atendimento exclusivo para usuários hipertensos e diabéticos e todos os dias para novos cadastramentos e rastreamento desta população. Foi delegada uma pessoa da equipe por dia para cadastramento. Quanto aos exames complementares, tivemos dificuldades para a realização dos ECG, pois o município possui apenas dois locais de realização do exame e há prioridade para os exames emergenciais. Este foi um fator que prejudicou o alcance da meta. Com relação ao material didático para as Rodas de conversa foi solicitado, porém só em uma das nossas rodas de conversa contamos com o apoio da secretaria, e assim, a maioria das palestras eram autofinanciadas pela equipe.

Quanto as medicações, tivemos facilidade em consegui-las, graças a farmácia popular que apresenta todos os fármacos necessários para a intervenção em variedade e número. Quando falamos no atendimento odontológico, podemos dizer que houve muitas dificuldades para execução do mesmo com êxito, pois a unidade não contava com dentista, mas tentamos diferentes estratégias para contornar esta situação que foi realizar o engajamento público com outros postos de saúde e assim conseguíamos consulta para 20% dos usuários. Após esta reflexão, percebemos, enquanto equipe, o quanto precisamos melhorar o sistema de atendimento odontológico. As fichas espelho disponibilizadas pelo curso e o correto exame físico de acordo com o protocolo foram 100 % cumpridas.

Uma das facilidades no começo do trabalho foi a boa receptividade da comunidade, bem como a união da equipe e as lideranças comunitárias que surgiram quase ao final da intervenção. Ao final também recebemos um excelente enfermeiro contratado, que fez muita diferença na realização desta intervenção.

Lamentavelmente o Acre viveu a maior enchente da sua história que acabou dificultando o trabalho logo na segunda semana. Nós médicos fomos voluntários para prestar atendimento para quem mais precisava, e assim, a intervenção acabou ficando em segundo plano, diante de um problema maior que estava acontecendo (FIGURA 2).



Figura 2: Enchente no bairro cadeia velha e gameleira de Rio Branco – Acre, março 2015.

Outro fator que atrapalhou o correto desenvolvimento do nosso trabalho foi a greve dos ACS por quase duas semanas sobre reivindicação salarial (FIGURA 3).



Figura 3: Manifesto dos agentes comunitários de saúde no terminal urbano de Rio Branco - Acre, junho 2015.

Mesmo sem ACS, o cadastramento teve continuidade pelo médico e enfermeiro, com o preenchimento da ficha espelho, com intuito de dar seguimento a intervenção. Todas as ações previstas foram desenvolvidas algumas parcialmente, porém com relativa normalidade com a contribuição da equipe e contra todas as dificuldades. Uma das maiores dificuldades foi não poder contar com dados atualizados dos cadastros de hipertensos e diabéticos e desta forma, tivemos que “partir do zero”. Também não existia fichas espelho suficientes, as quais foram adquiridas através da secretaria de saúde.

Quanto as atividades de promoção da saúde, realizamos encontros com os usuários na unidade de saúde, nos quais obtivemos uma boa adesão. Conseguimos com isso, conscientizá-los sobre a importância da realização de um tratamento adequado para a melhoria da qualidade de vida (FIGURAS 4, 5).



Figura 4: Palestra de riscos cardiovasculares de HAS e DM2, no grupo hipertensos e diabéticos na USF Vila da amizade, Rio Branco – Acre 2015.



Figura 5: Palestra sobre HAS e DM, grupo de hipertensos e diabéticos. USF vila da amizade, Rio Branco – Acre, 2015

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Mesmo diante de problemas todas as ações foram desenvolvidas, algumas não atingiram a totalidade no que tange os indicadores, como por exemplo, o exame do ECG que foram quase todos usuários que puderam realizar. Da mesma forma cita-se o atendimento odontológico que tivemos dificuldades para o desenvolvimento dessa ação, mas tentamos estratégias para contornar como já supracitadas.

É importante ressaltar a redução de 16 semanas para 12 semanas pelas enchentes que teve rio branco e porque tive dois locais a primeira era inviável para estratégia de saúde da família e fui relocado a uma que cumprisse com os requisitos do projeto por isso tive menor tempo para a intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação a coleta e sistematização de dados, logo no começo e quase até o final da intervenção, tivemos problemas para entender os cálculos dos indicadores, porém com ajuda da minha orientadora consegui terminar e entender. A maioria dos problemas era referente ao próprio preenchimento da planilha, pois muitas vezes ficavam mal registrados e acabava dando erro na geração dos gráficos. Podemos dizer que ao revisar com pouco de atenção conseguíamos identificar as falhas. Já na coleta dentro da UBS com as fichas espelhos, foi muito tranquilo, pois houve

capacitação entre os membros da equipe para o correto registro.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Aos poucos as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção têm se incorporando à rotina da unidade, assim posso falar da atualização constante da ficha espelho de HAS e DM. Nas atividades de promoção da saúde está sendo implementado um roteiro com as atividades educativas que respondam aos principais problemas encontrados no serviço, como por exemplo, tem sido notado que a comunidade apresenta muitas complicações com relação as amputações e AVC, logo se norteou palestras orientadas a estas problemáticas. O vínculo estabelecido com as lideranças comunitárias é nossa força, pois nesse espaço a gente se relaciona com aqueles que mais tem contato com eles (HAS e DM) instruindo-os em como identificar agravos, promover saúde e ajudá-los sempre que necessário.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O trabalho desenvolvido possui como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da USF Vila da amizade em Rio Branco/AC. O total de pessoas portadoras de HAS na área adstrita é de 218 habitantes e 52 habitantes são portadores de DM. Segue a descrição dos resultados obtidos com a intervenção, com suas respectivas análises e reflexões.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Conseguimos cadastrar 94,5% de usuários com hipertensão e 100% dos com diabetes. Desses, 72 (33%) pessoas hipertensas e 18 (34,6%) diabéticos foram cadastrados no primeiro mês. Conseguimos atingir 119 usuários (54,6%) hipertensos e 29 (55,8%) diabéticos acompanhados no segundo mês, e finalizamos com 206 usuários hipertensos e 52 diabéticos no encerramento do terceiro mês (FIGURA 6 e 7). Conseguimos com o nosso trabalho dedicado e focado aumentar a cobertura desta população graças ao trabalho em equipe, o que foi um ganho significativo para todos.

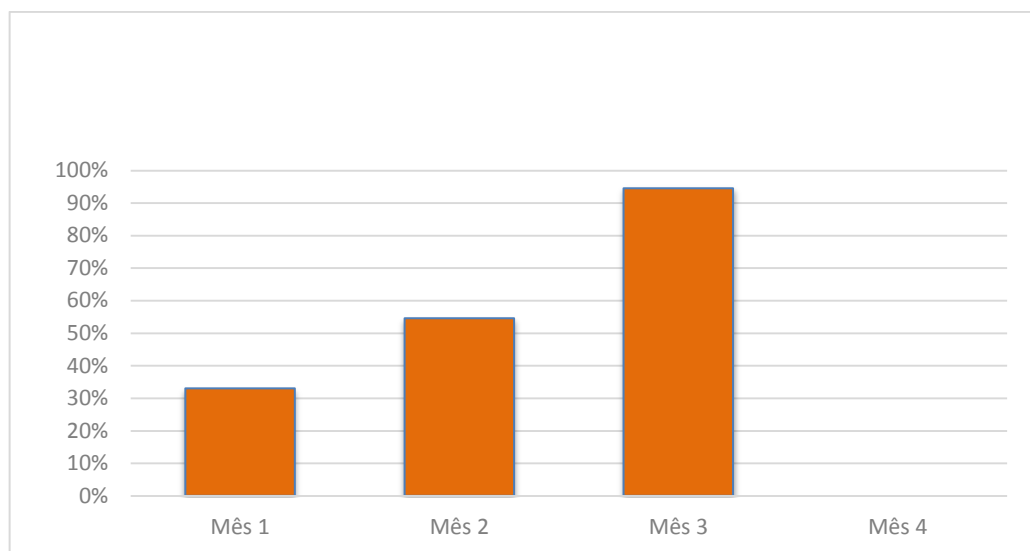


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.

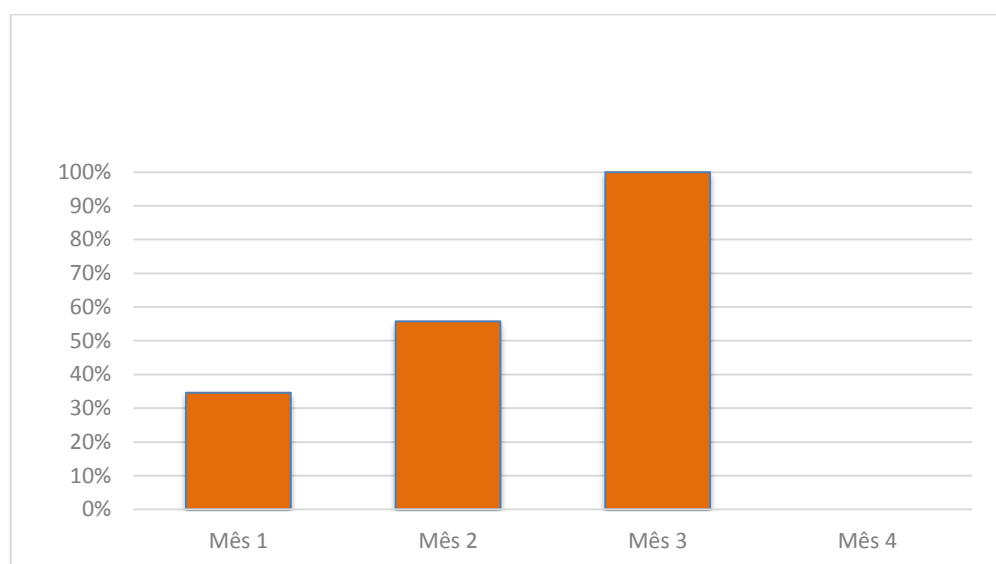


Figura 7: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

Do primeiro ao terceiro mês de intervenção realizamos exame clínico apropriado em 72, 119 e 206 hipertensos respectivamente, atingindo a meta em 100% em todos os meses da intervenção. O mesmo aconteceu para os usuários diabéticos, pois do primeiro ao terceiro mês realizamos exame clínico apropriado em 18, 29 e 52 usuários diabéticos respectivamente, atingindo 100% da meta e todos os meses da intervenção. Para a realização eficaz deste exame, seguimos as

orientações do Ministério da Saúde e assim foi possível conhecer a realidade individual de cada usuário o que possibilitou melhorar a qualidade desta ação.

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

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

Do primeiro ao terceiro mês de intervenção realizamos os exames complementares em 68, 113 e 206 hipertensos respectivamente, atingindo a meta em 94,4%, 95% e 100% em ordem sequencial do primeiro à terceiro mês. O mesmo aconteceu para os usuários diabéticos, pois do primeiro ao terceiro mês realizamos os exames complementares em 15, 26 e 52 usuários diabéticos respectivamente, atingindo 83,3%, 89,7% e 100% também em ordem cronológica do primeiro ao terceiro mês da meta e todos os meses da intervenção (FIGURAS 8 e 9).

Embora seja feito um acompanhamento sistemático destas pessoas, é muito importante a realização dos exames complementares, servindo estes para avaliação geral como é no caso do colesterol, dos triglicerídeos, da creatinina, glicemia e outros que trazem dados para um enfoque geral para avaliação dessas doenças especificamente e que havendo alterações podem servir para mudar tratamentos ou adotar estratégias. Auxiliou para o alcance destes resultados o monitoramento da realização destes exames, a coesão da equipe na realização do trabalho, bem como as ações educativas para a conscientização da população sobre a importância da realização dos exames. Tais ações auxiliaram para aumentar de forma progressiva nossos dados.

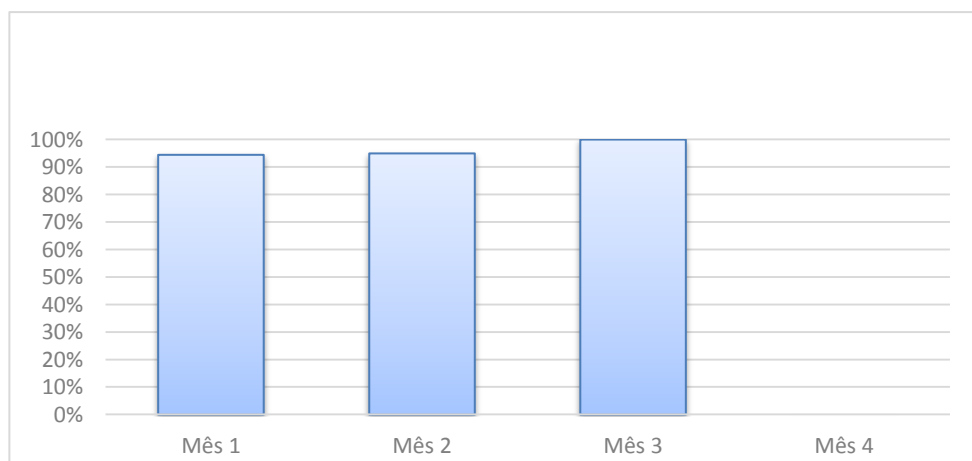


Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.

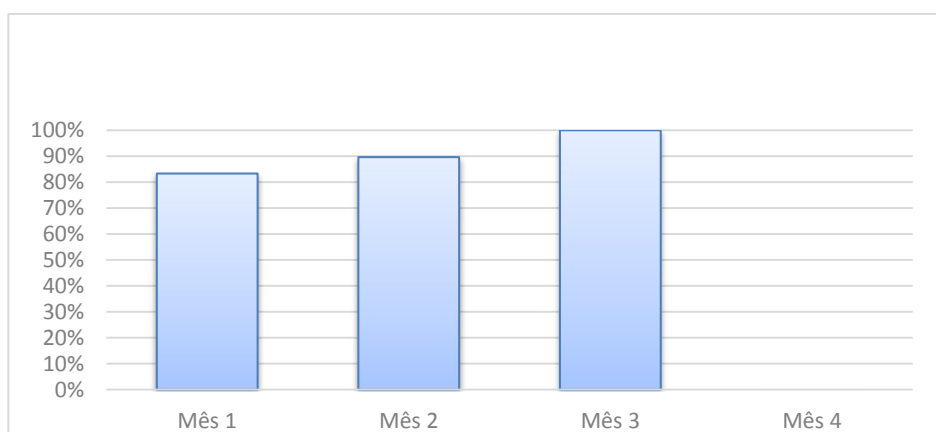


Figura 9: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Do primeiro ao terceiro mês 72, 119 e 206 hipertensos receberam a prescrição de medicamentos da farmácia popular, atingido 100% da meta proposta. Da mesma forma para os diabéticos do primeiro ao terceiro mês 18, 29 e 52 respectivamente atingindo 100% da meta proposta.

É muito importante falar dos esforços do governo estadual e municipal para não faltar os medicamentos em unidades de saúde da família isso facilita aos usuários para aderência ao tratamento porque todos os medicamentos estão perto da comunidade.

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

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

Iniciamos realizando avaliação para a necessidade de atendimento odontológico para 48 (66,7%) pessoas hipertensas e seguimos nos meses dois e três respectivamente com 95 (79,8%) e 182 (88,3%). Para os usuários diabéticos, iniciamos avaliando 15 (83,3%) pessoas e nos dois próximos meses, avaliamos 26 (89,7%) e 49 (94,2%) pessoas respectivamente (FIGURAS 10 e 11). Como não foi

atingida a meta em sua totalidade em nenhum dos meses, estamos realizando as ações de avaliação para atingir 100% dos usuários. Encontramos dificuldades para realizar o cumprimento destas metas devido à ausência da equipe odontológica e também porque percebemos inicialmente que o profissional médico poderia realizar a avaliação odontológica, sendo esta realizada pelo odontólogo. As consultas com este profissional geralmente eram muito demoradas e muitas vezes de difícil realização pela elevada demanda e pela pouca oferta.

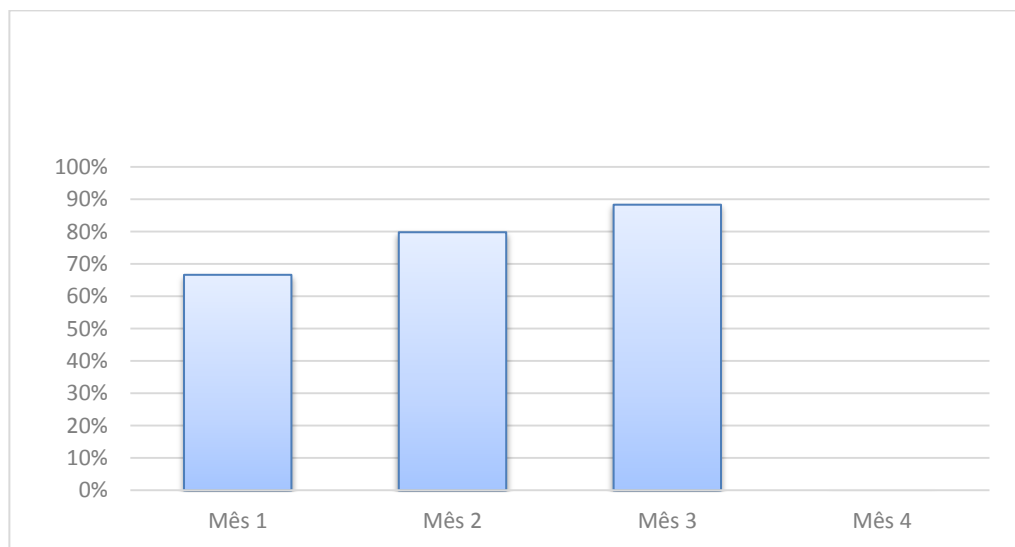


Figura 10: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.

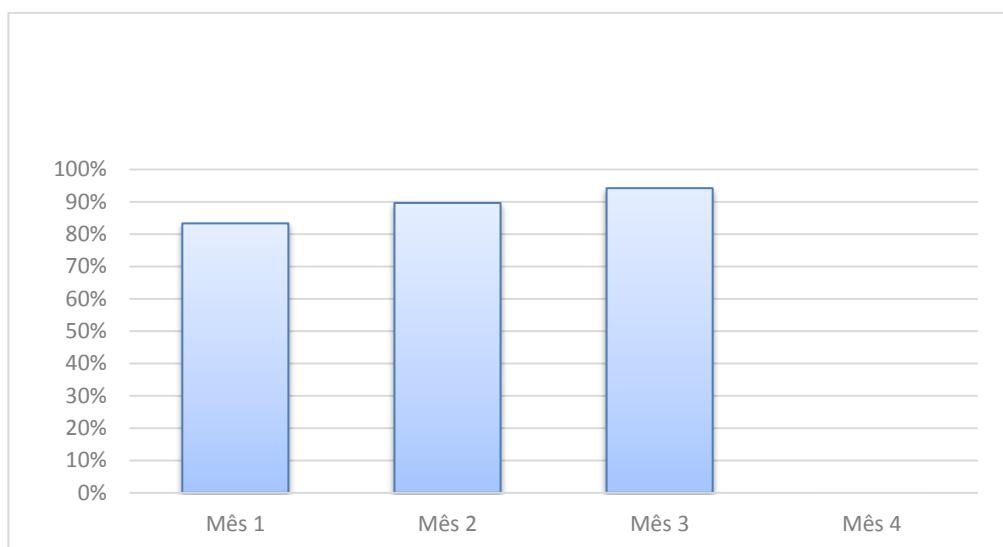


Figura 11: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

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

Conseguimos atingir estas metas em 100% tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos. Tivemos do primeiro ao terceiro mês 21, 27 e 30 hipertensos faltosos respectivamente. Para os diabéticos, faltaram a consulta 6 usuários no primeiro mês e 8 nos dois seguintes meses. Em todos os meses a meta foi cumprida em 100% tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos. De nada serve planejar, implementar e executar uma intervenção em hipertensão e diabetes e não procurar aqueles que faltam às atividades, pela importância da sistematicidade, pelo acompanhamento na evolução e por muitas outras razões pelas quais está ciente a nossa ESF que desenvolveu uma busca ativa daqueles faltosos. Após iniciar as atividades da intervenção e os alvos (hipertensos e diabéticos) perceberem a importância do ganho para a sua saúde e a preocupação com eles por parte da nossa ESF, foram-se sensibilizando na necessidade da sistematicidade nas atividades.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Foi realizado registro adequado para 72, 119 e 206 usuários hipertensos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, cumprindo a meta de 100% em todos os meses da intervenção. O registro também foi realizado de forma efetiva para os 18, 29 e 52 usuários diabéticos do primeiro ao terceiro mês respectivamente, com os quais também se cumpriu a meta em 100% em todos os meses da intervenção. As ações que contribuíram para estes resultados foram a adesão da ficha espelho proporcionada pelo curso e também a realização de uma

rotina de trabalho que nos permitisse a coleta de todos os dados por área de abrangência.

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

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

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

No primeiro mês 69 (95,8%) hipertensos receberam a avaliação de risco cardiovascular dentre os 72 cadastrados nesse período. Já no mês seguinte houve 116 (98,3%) usuários que receberam a avaliação, dos 119 hipertensos cadastrados. Concluímos com 100% das avaliações aos 206 hipertensos (FIGURA 12). Em comparação com os usuários diabéticos, no primeiro mês tivemos 17 (94,4%) de um total de 18 diabéticos cadastrados que receberam a avaliação e no segundo e terceiro mês atingimos 100 % dos 29 e 52 diabéticos cadastrados respectivamente (FIGURA 13). A realização desta avaliação permitiu conhecer melhor a realidade de nossos usuários hipertensos e diabéticos quanto ao risco cardiovascular e também trabalhar este assunto como uma forma de prevenir agravos.

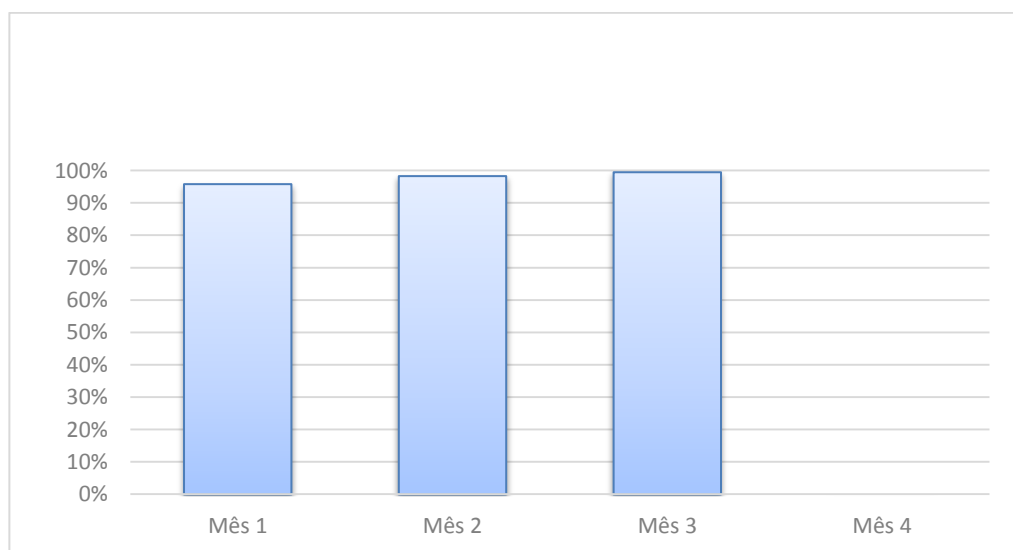


Figura 12: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Vila da amizade, Rio Branco/AC. 2015.

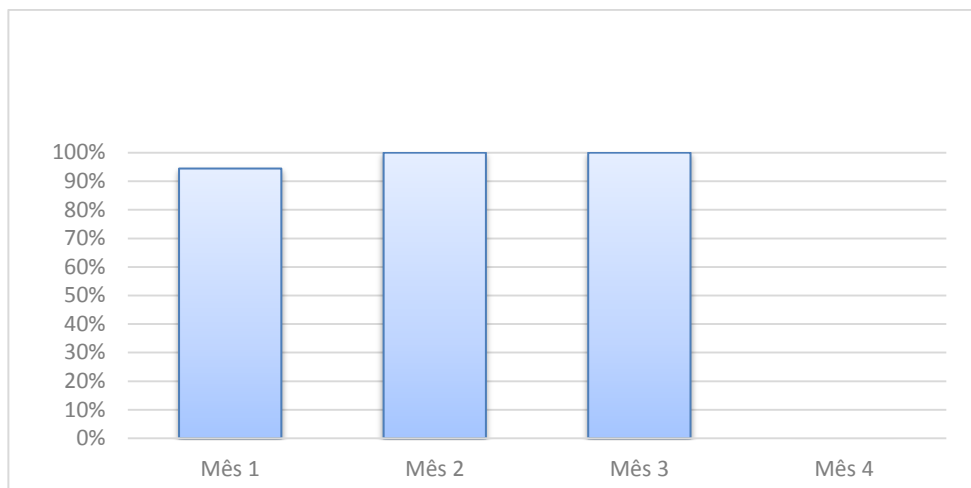


Figura 13: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Vila da Amizade, Rio Branco/AC. 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Realizamos orientações nutricionais para os 72, 119 e 206 hipertensos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, atingindo a meta em 100% dos usuários cadastrados. Para os diabéticos, realizamos tais orientações para os 18, 29 e 52 usuários cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente e assim atingimos a meta em 100% em todos os meses da intervenção. Para atingir 100% das metas utilizou-se palestras e demonstrando nas reuniões com os usuários a comida ao vivo para esses tipos de doenças.

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

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

Realizamos orientações sobre a prática de atividades físicas para os 72, 119 e 206 hipertensos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, atingindo a meta em 100% dos usuários cadastrados. Para os diabéticos, realizamos tais orientações para os 18, 29 e 52 usuários cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente e assim atingimos a meta em 100% em todos os meses da

intervenção. Esta meta foi realizada com sucesso com ajuda dos educadores físicos do SEST/SENAT perto de nosso serviço.

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

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

Realizamos orientações sobre os riscos do tabagismo para os 72, 119 e 206 hipertensos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, atingindo a meta em 100% dos usuários cadastrados. Para os diabéticos, realizamos tais orientações para os 18, 29 e 52 usuários cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente e assim atingimos a meta em 100% em todos os meses da intervenção. Esta ação merece outro planejamento porque só a orientação muitas vezes é difícil para os usuários deixarem de fumar, mas atingimos a meta por meio de palestras e panfletos a comunidade inteira foi orientada para deixar de fumar. Mas vai ser nossa prioridade em 2016.

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

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

Realizamos orientações sobre higiene bucal para os 72, 119 e 206 hipertensos cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente, atingindo a meta em 100% dos usuários cadastrados. Para os diabéticos, realizamos tais orientações para os 18, 29 e 52 usuários cadastrados do primeiro ao terceiro mês respectivamente e assim atingimos a meta em 100% em todos os meses da intervenção. Todas as orientações foram feitas em forma de palestras e tiveram um papel fundamental, os agentes comunitários de saúde levando essas orientações casa por casa.

4.2 Discussão

Para realizar a intervenção os recursos eram cognitivos e organizacionais. A falta de profissionais capacitados e a falta de tempo na agenda atrapalhavam o desenvolvimento de ações. A intervenção começou com a atualização dos cadastros defasados e ampliação da cobertura na unidade, os usuários hipertensos e diabéticos foram atendidos com dignidade tendo um dia especial para atendimento e

um dia para educação em saúde. As atividades das capacitações foram realizadas em forma de palestras informativas, com o objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população evitando o predomínio de ações individuais centrado na cura. Foi destinado um dia específico para atender os hipertensos, diabéticos e negociado com a comunidade que o dia de hipertensos e diabéticos possa também se atender os idosos. Vale fazer um destaque na educação em saúde que se realizava semanalmente em forma de rodas de conversa e ações para a comunidade, isso melhorava a adesão dos usuários para fazer mudanças no estilo de vida, ao uso correto das medicações estimulando a autonomia desse usuário em relação a melhorar seu estado de saúde.

A intervenção mudou alguns paradigmas dentro da unidade, no início o atendimento era demanda espontânea, com a intervenção começamos a fazer acolhimento na unidade e a demanda de hipertensos e diabéticos passou a ser agendada, diminuindo o tempo de espera. A organização do serviço mudou e, como toda mudança implica adaptação, pessoas que não eram parte do grupo de hipertensos e diabéticos reclamavam no começo, porém pouco a pouco aceitaram após a apresentação do projeto, o qual foi aprovado pela comunidade.

Na equipe de saúde foi possível o desenvolvimento das ações não centrando atenção apenas no médico, cada profissional participava e deixava seu legado. A intervenção teve o dobro de trabalho porque no começo fui locado em uma Unidade de referência de atenção primária que é totalmente diferente a USF, para depois ser mudado para uma unidade de saúde da família. Desta forma foi preciso recomençar com a análise situacional. A educação em saúde auxiliou grandemente nossa intervenção e como uma estratégia para adesão dos usuários, convidamos especialistas de outras áreas da saúde a fim de contribuir um pouco mais com estas ações.

A intervenção na comunidade foi percebida desde o começo, com a realização de visitas domiciliares, as quais eram realizadas semanalmente pelo médico e ACS. Aproveitávamos este momento para também fazer o convite e divulgar o trabalho que está sendo realizado no serviço de saúde. A comunidade foi muito participativa nas ações de educação em saúde, quando realizávamos orientações e todos começam a conhecer novas formas de prevenir agravos e também manter uma melhor qualidade de vida, não somente baseada no tratamento medicamentoso. Foi possível perceber que a comunidade obteve uma boa

receptividade ao novo modelo proposto pela equipe de saúde, baseado na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Esta intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, mas é importante considerar que avaliação da necessidade de atendimento odontológica é um indicador que precisa ser melhorado e segue se desenvolvendo. Atualmente acreditamos que dentro de um ou dois meses poderemos atingir esta meta. A unidade carece de atendimento de dentista e para concluir o agendamento das consultas é mais difícil no município. Mesmo tendo conseguido bons resultados, estamos buscando melhorar alguns indicadores, como a cobertura, pois no período da intervenção tivemos áreas descobertas por ACS o que interferiu no alcance da meta. Fizemos uma análise que permitiu observar que nossa comunidade teve uma alta incidência de tabagismo e além de ser um fator de risco direto para este tipo de doenças crônicas. Por isso estamos programando a criação de grupos de tabagismo e já se fez contato com a coordenadora de tabagismo no Rio Branco para nos apoiar nesta ação.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores!

Na UBS Vila Amizade foi desenvolvido um trabalho de intervenção entre os meses de fevereiro a maio de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Nosso plano de intervenção foi projetado pensando nesta população para contribuir e otimizar um adequado controle, dar certa independência ao usuário hipertenso e diabético por meio de educação em saúde, tratamento medicamentoso como não medicamentoso. O trabalho foi iniciado com muita dedicação e nem mesmo as inclemências do tempo como a enchente em março deste ano e a greve dos ACS entre outros problemas de força maior, impediram a conclusão do trabalho dando em longo prazo, bons frutos à nossa comunidade.

De acordo com Fernandez & Regules (1994) o conceito de promoção da saúde “aponta para uma visão holística do processo saúde-doença e da forma de intervir nesse processo”. Assim, a abordagem multiprofissional do indivíduo envia a essa visão própria do ser, reconhecendo que o indivíduo é físico e também psíquico, por isso, necessita de informações complementares dos profissionais de saúde sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença. Além disso, compartilhar a responsabilidade da transmissão das informações entre vários profissionais, contribuiu para o maior sucesso, principalmente quando a equipe trabalha de forma integrada.

Baseada nesta lógica a equipe teve um processo de capacitação e qualificação em um primeiro momento e uma mudança na forma de ver a doença, integramos e organizamos a nossa comunidade, mudamos a forma como o usuário enxerga a sua saúde e para isto a equipe teve que atuar de forma integrada.

A USF Vila Amizade começou a fazer acolhimento dos usuários em fevereiro deste ano, pasmos a um sistema de agendamento de acordo com as necessidades do usuário, o hipertenso, diabético e idoso tiveram um dia específico para atendimento (quinta feira) e se reservou um dia específico (sexta feira) para educação em saúde que era realizado semanalmente, as terças pela manhã foi instituído na unidade as visitas domiciliares para os usuários que não podem procurar a unidade, porém aquele mesmo dia a equipe utilizou junto com os ACS as visitas domiciliares de divulgação do projeto e para o cadastro de hipertensos e diabéticos.

Nós enquanto equipe, propusemos cadastrar 70% dos usuários, no entanto conseguimos superar esta meta, alcançando um total de 206 (94,5%) dos hipertensos cadastrados e 52 (100%) diabéticos. Além do cadastramento, também conseguimos atingir bons resultados nos indicadores de qualidade, pois realizamos exame clínico adequado para 100 % dos usuários, nos exames complementares também foi atingida a meta de 100%, porém tivemos problemas na hora de marcar eletrocardiograma por ter muita demanda em nosso município. Os registros foram atualizados para 100% dos usuários portadores de HAS e DM. Um dos indicadores que não atingimos a meta foi no atendimento odontológico por que agendar uma consulta com o profissional dentista é muito difícil devido a carência deste profissional nas UBS. Temos que fazer um destaque neste trabalho para a educação em saúde, pois a comunidade recebeu desde orientação alimentar, tabagismo, orientação a atividade física regular, orientação a higiene bucal a equipe conseguiu o 100 % de nossa meta orientamos a comunidade por meio de palestras, visitas domiciliares. Cabe salientar também a importância do ACS nestas atividades de educação em saúde.

Ao conhecer melhor nossa população portadora de HAS e DM, observamos que mais de 60% dos hipertensos são fumantes e por isso que começamos com projeto de tabagismo que está acontecendo atualmente. Já tivemos palestras de capacitação e começaremos no mês de outubro com o primeiro grupo de tabagismo. Ao todo a nossa unidade conta com quatro grupos: hipertensos e diabéticos, grupo do idoso, grupo das gestantes e vai começar o grupo de tabagismo.

Destacamos a importância do trabalho em conjunto com a gestão em saúde, e graças a isto, foi possível manter uma boa divulgação das ações de educação em saúde, por meio de cartazes disponibilizados pelo gestor e também manter o

estoque de medicamentos do grupo de HIPERDIA. Porém ainda necessitamos da contratação de um profissional dentista na nossa unidade, de insumos financeiros e multiprofissional para a realização de ações em educação em saúde.

A realização deste trabalho implica em mudanças não somente para este grupo populacional, mas também para as demais ações programáticas envolvendo também as mulheres, idosos, crianças, gestantes e puerperas, melhorando a qualidade do atendimento para a população como um todo. No entanto, para que seja possível colocarmos em prática nossos objetivos faz-se necessário o apoio e o trabalho em conjunto com os gestores de nosso município para que seja possível uma mudança efetiva em nossa unidade. Também gostaríamos de agradecer pelo apoio dispensado até o momento.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Dentre os meses de fevereiro a maio de 2015 realizamos um trabalho em parceria com a comunidade pertencente a área de abrangência da unidade de saúde Vila da Amizade com o objetivo de melhorar a atenção as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes na unidade. Este trabalho incluiu ações em conjunto com toda a equipe de saúde, a qual desenvolveu visitas domiciliares, realizou grupos na comunidade para fornecer orientações e divulgar nosso trabalho. A equipe também buscou hipertensos e diabéticos dentro das suas próprias famílias que ainda não estavam em acompanhamento na unidade ou se elas tinham algum outro tipo de risco de desenvolver diabetes ou hipertensão.

Nós, enquanto equipe de saúde, adotamos estratégias cujas ações foram de caráter participativa, informativa para vocês e seus familiares. É bem sabido que estas palestras e ações educativas influenciam no estilo de vida de cada um de vocês melhorando a relação entre a comunidade e a equipe de saúde. Baseada nessa relação de amizade e mútuo respeito, bem como no diálogo é que pudemos traçar idéias, discutir juntos tratamentos alternativos e tirar nossas dúvidas em nossas rodas de conversa.

É importante mencionar também que na nossa área de abrangência há um total de 3576 pessoas e foram atendidas e cadastradas na unidade 206 hipertensos e 52 diabéticos. Assim conseguimos atender mais de 250 usuários, beneficiando não somente a eles, mas a comunidade como um todo, pois a partir de agora mudamos para atendimento agendado, organizado por prioridade de atendimento, evitando a desordem. Em particular os hipertensos e diabéticos tiveram um dia específico para o atendimento, no qual se fez exame clínico apropriado identificando fatores de risco para complicações e exames complementares solicitados pelo

médico, tivemos um trabalho de orientação pelos agentes comunitários, médico, enfermeiro em fim toda a equipe esteve em algum momento nas suas casas e foi a mesma equipe que foi responsável pelas palestras na nossa comunidade. Trabalho que em longo prazo nos dará a satisfação de diminuir as complicações e controlar a doença com menor quantidade de medicamentos.

Este processo educativo será feito com regularidade dando ao hipertenso e diabético, ferramentas para melhorar, prevenir e controlar a sua doença, juntos com cada membro da equipe de saúde construiremos o melhor plano para a comunidade. Desta forma, saliento a importância de todos os moradores da área de abrangência de nossa unidade de saúde estar participando e auxiliando a divulgar este trabalho que terá continuidade em nosso serviço, trazendo melhorias para o atendimento. Contamos com a colaboração de todos da comunidade para formar uma parceria com a equipe de saúde a fim de somarmos forças para a continuidade deste trabalho e expansão do mesmo para os demais grupos da população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Não somos o que sabemos. Somos o que estamos dispostos a aprender.

Council on ideas

Em minha opinião o curso foi completo superou minhas expectativas de aprendizado, mudou minha opinião sobre especialização a distância e em todo momento tive ajuda dos meus orientadores que foram peça chave para a conclusão do curso. Tive o suporte técnico adequado, não poderia esperar menos de uma Universidade Federal reconhecida em todo o Brasil.

Na minha prática profissional o curso ajudou muito em todos os aspectos, na área acadêmica com a tele- consultoria, com o fórum de clínica e os demais fóruns me ajudaram a tomada de decisões clínicas, além de orientar a melhor estratégia para a minha comunidade.

Formar médicos da família é uma tarefa difícil, primeiro pelo pouco incentivo nacional, segundo por ensinar para os médicos recém-graduados uma visão diferente de medicina. Atualmente este modelo centrado na doença está tentando ser mudado no Brasil e por isso entre outras coisas que ressalto o aprendizado que tive este tempo de aproximadamente quase dois anos desde que começou o Programa Mais Médicos para o Brasil. Como profissional só tive a ganhar, aprendendo a fazer acolhimento, agendamento, a priorizar alguns tipos de usuários, a fazer educação em saúde primando a promoção e prevenção o curso me fez enxergar as falências da minha unidade e como eu posso melhorar. Importante que o curso também esteve acompanhando o ensino médico científico com as últimas atualizações de manejo clínico, e, portanto, posso dizer que foi um curso completo. Para terminar tive acertos e desacerto, porém é assim o processo de aprendizado

“O único modo de evitar os erros é adquirindo experiência; mas a única maneira de adquirir experiência é cometendo erros”. (Autos desconhecido).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 36**. Diabetes Mellitus. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 37**. Hipertensão Arterial. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MANSUR, A.P et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.6, p. 497–503, 2001.

Fernandez & Regules (1994) v. 72, p. 23-30, 2005.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Proª Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

G190										
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 2										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
198	195		0							
199	196		0							
200	197		0							
201	198		0							
202	199		0							
203	200		0							
204	201		0							
205	202		0							
206	203		0							
207	204		0							
208	205		0							
209	206		0							
210	207		0							

G190										
A	B	C	K	L	M	N	O	P	Q	R
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	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?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
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
198	195		0							
199	196		0							
200	197		0							
201	198		0							
202	199		0							
203	200		0							
204	201		0							
205	202		0							
206	203		0							
207	204		0							
208	205		0							
209	206		0							
210	207		0							

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

Eu, Ariel Augusto Terrazas Méndez, (Médico RMS 1200029, clínico geral) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Ariel Augusto Terrazas Mendez

Contato: (68) 99632306

Telefone: (68) 21031129

Endereço Eletrônico: tariel87@hotmail.com

Endereço físico da UBS: Rua Monte Sinai 324, Bairro Santa Helena

Endereço de e-mail do orientador: buenomariaemilia@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **ARIEL AUGUSTO TERRAZAS MENDEZ**, Documento **RNE V701606-W SSP/POL FEDERAL** declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante