

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA Nº 7**



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou com
Diabetes Mellitus na CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR**

Guido Alvarez Moraton

Pelotas, 2015

Guido Alvarez Moraton

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou com
Diabetes Mellitus na CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR**

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

Orientador (a): Rosângela de Leon Veleza de Souza

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M831m Moraton, Guido Alvarez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus na Cms/ESF Mecejana, Boa Vista/RR / Guido Alvarez Moraton; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientador(a); Ernande, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Ernande, , coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

MORATON, Guido Alvarez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus na CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.88f.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. A Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, junto com a HAS. O centro de saúde Mecejana, localizado no mesmo bairro em Boa Vista, RR, apresenta relevantes dificuldades quanto à cobertura e a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Analisando isso, o objetivo do presente trabalho foi melhorar a atenção à saúde desses usuários. Para isso, foi desenvolvida uma intervenção, no período de março a junho de 2015, durante 12 semanas incorporada à rotina do serviço da unidade. Foram traçados objetivos, metas, indicadores e ações com a intenção de ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, a adesão de hipertensos e diabéticos no programa, melhorar os registros das informações, avaliar o risco cardiovascular desses indivíduos e promover a saúde dos mesmos. As ações foram realizadas, considerando os seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Utilizou-se a planilha de coleta de dados e as fichas-espelhos fornecidas pelo curso para registrar, monitorar e avaliar os resultados alcançados. Após a intervenção, identificamos que a cobertura do programa de hipertensão e diabetes atingiram 53,6% e 61,5% respectivamente. Quanto aos indicadores de qualidade, muitos alcançaram as metas ou ficaram muito próximos de 100% como o caso da busca ativa aos faltosos, registro adequado na ficha de acompanhamento além de

ações relacionadas a promoção a saúde como as orientações nutricionais, sobre prática de atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal. Os indicadores que obtivemos maiores dificuldades foram a avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos que atingiram cerca de 88% dos usuários, exame complementares 77,6% e exame clínico em dia que alcançaram aproximadamente 85% dos usuários. Podemos afirmar que a intervenção constituiu um aprendizado dinâmico, para a nossa equipe. Consideramos que foi uma proeza, mas graças ao esforço, motivação, integração da equipe e apoio de nossos gestores, comunidade e orientadores foram cumpridas todas as ações planejadas e apesar de não conseguirmos alcançar 100% de todas as metas propostas, os resultados da intervenção foram bons e hoje forma parte de nossa rotina de trabalho, com planejamento e organização dos serviços e assistências prestadas à saúde da população.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Estado de Roraima – Fonte Wikipédia	13
Figura 2	Fotografia: Unidade de Saúde Mecejana	14
Figura 3	Fotografia: Reunião com Grupo de Hiperdia	15
Figura 4	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso da CMS/ESF Mecejana. Boa Vista/RR.	57
Figura 5	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	58
Figura 6	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	59
Figura 7	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	60
Figura 8	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	61
Figura 9	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	61
Figura 10	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	62
Figura 11	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	63
Figura 12	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	64
Figura 13	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas com busca ativada CMS/ESF	64

	Mecejana, Boa Vista/RR.	
Figura 14	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	66
Figura 15	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	66
Figura 16	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	67
Figura 17	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR	68
Figura 18	Fotografia: Palestra aos usuários hipertensos e diabéticos sobre os cuidados com pés.	68
Figura 19	Fotografia: Orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre os cuidados com pés.	69
Figura 20	Fotografia: Orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre os cuidados com pés.	69
Figura 21	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	70
Figura 22	Fotografia: Palestra sobre alimentação saudável, atividade física e risco de tabagismo.	70
Figura 23	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regulada CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	71
Figura 24	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	71
Figura 25	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.	72

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SisPréNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
2 Análise Estratégica.....	28
2.1 Justificativa	28
2.2Objetivos e metas	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	30
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2Indicadores.....	38
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4Cronograma	50
3 Relatório da Intervenção	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão	73
5. Relatório da intervenção para gestores.....	77
6. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	81
Referências	83

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). O trabalho realizado aborda a exposição da intervenção para lograr melhoria na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência do Centro de Saúde Mecejana, Boa Vista - RR. O trabalho está organizado em setecapítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatório para Gestores e Comunidade e reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, tratando da análise das necessidades de saúde desta população, e as ações desenvolvidas para melhorar uma ação programática identificada pela equipe como de maior prioridade. A análise Situacional apresenta uma breve análise inicial da Situação da ESF/APS em nosso Serviço, a continuação faz uma análise mais aprofundada e sistemática da unidade de saúde onde se desenvolve o trabalho, em relação ao sistema de saúde do município, às características da população, à estrutura da unidade, e o processo de trabalho da equipe de saúde. A Análise Estratégica compreende a elaboração do projeto de intervenção, com a justificativa da escolha do foco de intervenção, os objetivos e metas traçados, a metodologia e o cronograma do projeto, o qual foi tomado como base para o desenvolvimento da intervenção. O relatório de intervenção foi escrito ao final das 12 semanas de intervenção, fazendo o balanço entre as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades encontradas e o grau de implementação da intervenção à rotina da unidade. A avaliação da Intervenção apresenta os resultados obtidos com a intervenção e a discussão desses resultados, bem como apresenta os relatórios que foram apresentados à gestão e à comunidade. Finalizando com uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento desse projeto, assim como bibliografia e anexos utilizados para o desenvolvimento da intervenção.

1Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O centro de saúde Mecejana é uma UBS localizada no bairro do mesmo nome em uma zona urbana da cidade Boa vista, Roraima. A UBS é uma unidade pequena composta por duas equipes de saúde,tem uma recepção onde se faz agendamento de usuários que precisam atendimento, farmácia, sala de vacinação, preventivo e curativo, em nosso posto ademais se faz teste do pezinho a os recém-nascidos, teste rápido de HIV, HBsAG, VDRL.

Nossa equipe é o 2,5constam com uma população de 2.900 pessoas e 270 famílias atendidas por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem que faz a triagem a os usuários antes da consulta priorizando as emergências, idosos e crianças do colo, agora só têm três agentes de saúde, precisando de três para completar a equipe e melhorar o atendimento aosusuários que precisam visitas em domicílio. Pelo que representa uma grande área descoberta nas quais os usuários assistem a UBS pela demanda espontânea sem ter seguimento domiciliar, já que é difícil para equipe fazer visitas sem ter alguém que conheça devido às dificuldades para encontrar os usuários e o endereço certo.

Trabalhamos nos programas da atenção a criança fazendo puericultura aos menores de dois anos, a saúde da mulher, pré-natal, Hiperdia, idoso, saúde do homem e clínica geral, também fazemos reunião semanal da equipe para planejamento das atividades educativas a população e organização do trabalho que inclui a visita domiciliar a usuários acamado, idosos acima de 60 anos, deficientes físicos e motores, puerperais e recém-nascidos, grávidas, a demais de fazer palestras com grupos específicos: adolescentes, usuários com doenças crônicas, tabagismo, alcoólico entre outros.

Nossa equipe se propõe oferecer um atendimento de qualidade para melhorar a saúde da população e o Sistema de Atenção Básica. Existem grupo de Hipertensão e Diabetes, mais os encontros com este grupo são esporádicos não funciona de forma contínua, assim como saúde de usuário idoso que também não funciona, faltando orientador físico para realizar atividades com estes grupos. Não há uma mobilização e articulação entre todos os residentes da comunidade. Para superar essa fragilidade, é preciso trabalhar para criação do conselho local de saúde, e também todos os registros e cadastros encontram-se desatualizados pelo qual para iniciar qualquer intervenção começaremos de zero.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Roraima é uma das 27 unidades federativas do Brasil (figura 1). Possui apenas 15 municípios, caracterizando como o Estado Brasileiro com o menor número de municípios. Está situado na Região Norte do país, sendo o Estado mais setentrional da federação. Tem por limites a Venezuela ao norte e noroeste, Guiana ao leste, Pará ao sudoeste e Amazonas ao sul e oeste. No ano de 2014 sua população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) eram de 496, 936. O município possui instituições públicas de saúde, sendo 17 centros de saúde e 18 Unidades de Saúde da Família (USF), compostas por 55 equipes que se distribuem por todo o município para o melhor atendimento da população, destas apenas 22 equipes possuem equipe de saúde bucal.

O município possui um centro de especialidades médicas, onde são atendidos usuários das diversas localidades, um Centro de apoio psicossocial (CAPS), dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em implantação no momento, e uma policlínica. O CEO oferece os seguintes atendimentos à população: prótese dentária, periodontia, odontopediatria, cirurgia, endodontia, ortodontia, radiologia e estomatologia. O Município possui cinco unidades hospitalares: o Hospital Geral de Roraima, o Hospital da criança Santo Antônio, o Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, o Hospital do Rim de Roraima e o Hospital da Mulher.

O Hospital Geral de Roraima (HGR) é a unidade hospitalar de referência do Estado, sendo responsável pelo atendimento dos usuários referenciados dos 15 municípios, no entanto nem sempre os usuários conseguem atendimento, já que sempre está lotado e faltam leitos de internação. O HGR possui atendimentos para as seguintes especialidades: cirurgiabuco-maxilo-facial; cirurgia geral; gastroenterologia; nefrologia; urologia; neurocirurgia; oftalmologia; oncologia; ortopedia; traumatologia; otorrinolaringologia; e plástica torácica. Quando necessário atendimento em outras especialidades, os usuários são encaminhados para outros estados, a partir do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Por fim, vale destacar que o serviço de saúde de Roraima não está constituído em redes, visto que não há um fluxograma que possibilite encaminhar os usuários que necessitam atendimento de alta complexidade diretamente da unidade, sendo necessário acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que regula o acesso a alta complexidade, transportando o usuário da unidade até o hospital, onde este será triado e após sua classificação, colocado na fila de espera para atendimento. Segundo relatos, muitas vezes, o usuário aguarda por atendimento mais de quatro horas. Os exames complementares são realizados em vários postos de saúde e o município possui convênio com laboratórios particulares. No caso da unidade de Mecejana, onde atuo não contamos com serviço de laboratório, só fazemos testes rápidos.



Figura 1 - Estado de Roraima – Fonte Wikipédia

A Unidade que atuo esta localizada no Bairro Mecejana, recebendo o mesmo nome. É uma unidade urbana, localizada no centro do município, sendo composta por uma população com poder aquisitivo razoável, sendo acompanhadas pelos serviços particulares. O modelo de atenção à saúde é a estratégia de saúde da família, sendo composto por duas equipes, possuindo a perspectiva de expansão para três, devido o tamanho da população da área de adstrição. A unidade possui três médicos, sendo dois de saúde da família e um clínico, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS), um assistente administrativo e um gerente. Observa-se, pelo exposto, que a equipe necessita ser adequada ao mínimo previsto pela portaria nº 2488/11, considerando o número de ACS, dificultando a cobertura da população e o seu acompanhamento e monitoramento. A unidade não possui equipe de saúde bucal, logo os usuários que necessitam do atendimento odontológico, são encaminhados para outras unidades. A unidade não tem vínculo com instituições de ensino, logo não é campo de prática profissional.



Figura 2: Unidade de Saúde Mecejana

No que tange a estrutura física da unidade, esta é uma casa adaptada para o atendimento, logo não foi construída segundo o manual de barreiras arquitetônicas, impossibilitando que algumas ações sejam desenvolvidas plenamente pela equipe. A unidade têm dois consultórios médicos, e um consultório de enfermagem, na qual os enfermeiros das equipes se revezam para realizar o preventivo. A unidade possui

ainda uma pequena sala de vacina, uma pequena copa, farmácia, dois banheiros um para profissionais e outro para os usuários. A unidade não conta com uma sala para recepção, logo os usuários aguardam atendimento na varanda da casa, que é coberta de telhas de fibras de amianto, sendo um local quente, levando a inúmeras reclamações. A sala central do posto de saúde é grande e funciona como secretaria, nessa são realizadas marcação de exames e triagem, além de ser utilizada para a resolução de problemas trazidos pelos usuários e lotação da diretoria. Pelo exposto, observa-se que este cenário adaptado dificulta o andamento das ações a serem desenvolvidas pelas equipes. Enfatizamos ainda que não possuímos sala de reunião da equipe, nem sala de espera, onde possam ser realizadas as ações educativas, como palestras, que existem várias barreiras arquitetônicas de acesso à unidade, já que não existem rampas alternativas para garantir o acesso e o deslocamento seguro dos deficientes visuais, cadeirantes e idosos. Os banheiros da unidade não possuem barras de auxílio aos cadeirantes. Em suma, a equipe tenta viabilizar um bom atendimento da população, inclusive tem promovido horários flexíveis de atendimentos, para que se possa fornecer dentro do possível um maior conforto a população, garantindo ao acesso aos serviços.



Figura 3: Reunião com Grupo de Hipertensos e/ou diabéticos.

Na unidade básica de saúde do Mecejana, o trabalho é dividido por toda a equipe, os funcionários trabalham em equipe, exercendo suas atividades

adequadamente, além de serem movidos por um grande interesse em resolver os problemas da população. A equipe realiza suas atribuições, conforme definido pela portaria nº 2488/11.

A recepção é responsável por acolher e direcionar os usuários para os devidos atendimentos. A equipe de nível médio é responsável pela realização das atividades de suporte aos profissionais de nível superior. A equipe de nível superior realiza o atendimento, direcionando os usuários para o atendimento especializado quando necessário, bem como realiza ações de promoção, prevenção e tratamento. No entanto, um dos pontos negativos que merece destaque é a quantidade de ACS. Esta é insuficiente, impossibilitando que todas as famílias da área sejam acompanhadas adequadamente. Apesar dos nossos agentes de saúde se colocar sempre dispostos a ajudar, sendo o nosso vínculo com a população. Sua atuação merece destaque, tendo em vista que eles monitoram as necessidades das famílias que acompanham, indicando as que necessitam de um maior auxílio, e de visitas domiciliares. Um ponto que merece destaque é a organização do processo de visitas domiciliares pela equipe. A unidade realiza visitas todos os dias da semana, pois existe a comunicação por telefone da população com a unidade, que solicita as visitas por vezes em caráter de urgência.

A gerência da unidade é um ponto forte, pois organiza e direciona as ações a serem desenvolvidas, conforme planejamento da equipe, estabelecendo um grande vínculo entre os funcionários dos diversos setores.

Nossa equipe atende uma área adstrita com população aproximada de 2903 pessoas, população que se caracteriza como predominantemente jovem já que a faixa etária de maior prevalência é a da faixa de 15 anos a 49 anos, com predomínio do sexo feminino. Em minha área possuímos um maior número de pessoas do que a capacidade instalada, já que recebemos muitas pessoas de outros bairros e até mesmo de outros municípios, isso ocorre porque existe um centro de especialidades próximo a esta unidade e muitos usuários acabam por ir ao centro de especialidades, e após vão ao UBS em busca de atendimento. O fato de receber esses usuários de fora de área dificulta o trabalho da equipe e a implantação correta de alguns programas do Ministério da Saúde.

Assim como ocorre em outras unidades no município, não contamos com médico para atender exclusivamente os usuários fora de área (demanda espontânea). Os usuários fora de área são agendados para os médicos da unidade de saúde da família, conjuntamente com o restante da população da área de abrangência. Após o atendimento os usuários são orientados e encaminhados para continuarem seu acompanhamento na área, a qual pertence, ou seja, na sua unidade de referência. Acredito que o fato de que tantos usuários fora de área procurarem o atendimento em nossa unidade consiste por esta ser próxima ao Hospital Geral e ao Centro de Referência, que realizam apenas atendimento das emergências. Assim, quando os usuários não recebem o atendimento no hospital por não apresentarem situações de emergência procuram atendimento em nossa unidade. Esta situação é de conhecimento dos nossos gestores e ainda não temos resolução do problema, sendo motivo de discussão em várias reuniões da unidade. Ainda caracterizando a população da unidade do Mecejana, os usuários têm uma prática antiga: o número excessivo de solicitação de encaminhamentos, assim como de consultas rápidas. Por isso, não conseguimos seguir um roteiro de semana típica, diariamente a unidade atende todos os programas, impossibilitando que os usuários sejam capazes de diferenciá-los, dificultando as ações de promoção e prevenção voltadas para os grupos específicos. Muito do exposto acima já caracteriza que a equipe acolhe a demanda espontânea. Contudo, consideramos difícil trabalhar com um número de usuários além do previsto, visto que a nossa unidade é pequena e não tem como acolher um número excessivo de usuários, principalmente oriundos de fora da área. É notório que muitos usuários fora de área frequentam à unidade simplesmente pela facilidade do atendimento, considerando que é respeitado o princípio da universalidade do atendimento, levando a sobrecarga da unidade.

Por todo o exposto, acreditamos que nos encontramos em meio de uma situação muito complexa, já que o fato deste tipo de demanda determina a perda da essência da atenção básica. O acolhimento deve dar respostas à necessidade da população, porém nem sempre é realizado adequadamente, pois muitos dos usuários que buscam o serviço não fazem parte da nossa área de atuação, dificultando também o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção de saúde prevista para nossa comunidade. Destacamos que os nossos gestores sabem

que discordamos da forma como tem sido realizado o trabalho na unidade, mas até o momento nada foi feito para ajudarmos.

Com relação ao perfil demográfico, o registro da unidade não é por pessoa, somente por famílias, então nem todos os dados podem ser obtidos. Pelos dados atuais, existe a mesma quantidade de homens e mulheres, sendo 115 pessoas acima de 60 anos (idosos), e 448 mulheres entre 25anos a 64 anos. Esses dados são os que conseguimos obter dos registros da unidade. Cabe destacar ainda que grande parte da população da área realiza acompanhamento em serviços particulares, estimamos que mais de 30% dos atendimentos são realizados por usuários fora de área. Os agentes de saúde da unidade estão realizando uma atualização dados e do perfil demográfico da população, tendo em vista que esse bairro tem grande rotatividade de moradores, por abrigar uma área militar. Traçando um paralelo entre a literatura sobre a implementação do programa de saúde da família, diretrizes do SUS e a vivência nas Unidades de saúde, é notável um conflito de ideias, pois o Programa de Saúde da Família prioriza a realização da territorialização e da adstrição de clientela. No meu entendimento vejo isso como um ponto positivo, pois temos um número exato de pessoas a que temos que nos remeter, fazer busca ativa e implementar os programas, porém hoje, a nossa realidade é que nem todos os usuários se detém as suas unidades de saúde. Muitas vezes querem ser atendidos em outras unidades fora da sua área adstrita, dificultando o andamento das ações previstas para essas unidades.

Desta forma, apontamos como estratégia estimular o vínculo entre a unidade de saúde de cada bairro com a sua população, para que assim, realmente exista uma maior adesão de sua clientela, garantindo o funcionamento dos programas de saúde da família.

Na UBS do Mecejana, existe uma pediatra que fazia a puericultura, então o contato do clínico com a puericultura era mínimo, agora houve mudanças e a unidade realiza atendimento de puericultura para todos os grupos etários, (menores de 12 meses, de 12 a 23 meses e de 24 a 72 meses) os cinco dias da semana tanto de manhã como de tarde, além disso, tem atendimento para as crianças fora de área de cobertura. Referindo-se ao caderno de ações programáticas fazendo uma avaliação de indicador de cobertura nossa área tem 18 crianças menores de 12

meses sendo de 30% de 37 crianças para 61% da estimativa, toda fazendo acompanhamento na unidade para um 100% de indicador de qualidade.

Participa do atendimento de puericultura o médico, a enfermeira e o pediatra, com agendamento das consultas tanto para o médico de família como para a pediatria, após a consulta, a criança sai com agendamento feito para próxima consulta. Além das consultas programadas existem demandas de crianças com problemas de saúde aguda da área de cobertura e fora da área mais não existe excesso de demanda para os problemas de saúde aguda.

Para avaliar indicador de qualidade as 18 crianças menores de um ano tem feito o teste do pezinho até sete dias, tem realizada a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, com triagem auditiva feita na maternidade, com monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, têm as vacinas em dia, e orientação quanto à importância e promoção do aleitamento materno, prevenção de acidente, prevenção de anemia, de violência, imunizações e hábitos alimentares saudáveis, a utilização do sulfato ferroso profilático dos 6 meses até os 18 meses a 24 meses de vida para prevenção da anemia.

Os atendimentos da puericultura das crianças são registrados no prontuário clínico, formulário especial da puericultura, ficha espelho de vacinas, Não tem ficha de atendimento nutricional. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, que são revisados mensalmente ao fazer a produção, verificando crianças faltosas, vacinas, identificam-se crianças de riscos, assim como a qualidade do programa. Esta avaliação é feita pelo médico, enfermeiro, pediatra, técnico de enfermagem e ACS. Nos atendimentos a criança trabalha-se com a caderneta da criança, preenchendo as informações atuais orientando quanto alimentação saudável, significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, calendário de vacinas atualizado e data da próxima vacina. O técnico de enfermagem é o responsável pelo cadastramento das crianças no programa Bolsa Família onde se avalia medidas antropométricas e vacinas, além disso, os ACS encaminham para unidade se precisar. O envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é feito pela técnica de enfermagem, pessoal administrativo e diretor. Mensalmente ao realizar a

produção o médico, a enfermeira e os ACS trabalhamos com o planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura além nas reuniões da equipe quinzenalmente, verificando consultas no dia, crianças faltosas, registros de vacinas, pesquisa para programa bolsa de família.

Com relação ao pré-natal, este programa tem um dia específico para atendimento individualizado. Seguimos o protocolo de atendimento para o programa produzido pelo Ministério da Saúde ano 2013. Desta forma, tenta-se fornecer a gestante exatamente o que o ministério da saúde preconiza, contudo cabe destacar que cada profissional desenvolve as ações de pré-natal, conforme sua compreensão e conduta. Não há grupos de apoio a gestantes e suas famílias, pois como já relatado anteriormente não dispomos de sala para realização deste trabalho. No momento um dos objetivos da equipe é a criação de um grupo de gestantes, o qual desenvolveria as ações em espaços comunitários pela grande importância que tem. Espera-se que com a implantação do mesmo, seja alcançado impacto positivo que aporta para a saúde de mãe e feto.

Apesar de todas as dificuldades apontadas existem um bom vínculo com a gestante e a unidade de saúde, devido ao engajamento dos profissionais em acolher bem a gestante. Ao avaliar a cobertura do pré-natal, observamos que no momento, a nossa cobertura corresponde apenas a 46%, visto que possuímos 20 gestantes cadastradas e acompanhadas pela unidade. No entanto, a previsão do caderno é que a unidade possua 43 gestantes cadastradas e acompanhadas, que corresponderia a 100% de cobertura. O atendimento pré-natal a esse grupo é realizado pelo médico, pela enfermeira, pelo psicólogo e pela técnica de enfermagem. Dessas 20 gestantes, 18 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, correspondendo a um indicador de acesso de 90% enquanto 100% tiveram os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta. Nosso trabalho é norteado pelo protocolo do ministério da saúde publicado ano 2013. A equipe planeja o desenvolvimento das consultas, a partir do estabelecido nesse protocolo. Até 28 semanas realiza o acompanhamento semanal, da 28^o a 34^o semana, o acompanhamento é quinzenal e após a 34^o semana, a gestante retorna ao posto, sempre que achar necessário. Em todas as consultas é solicitado que a gestante traga um acompanhante, principalmente se esta é adolescente. Em cada atendimento os profissionais solicitaram o cartão de pré-natal, preenchendo-o com

as informações atuais da gestante, avaliando altura uterina e IMC. No momento da consulta as gestantes são sensibilizadas quanto à importância de uma alimentação saudável, o significado do ganho de peso semanal, bem como os cartões de vacina são avaliados, orientando-as sobre o agendamento das doses necessárias. Os exames ginecológicos por trimestres são realizados, assim como ações de promoção de saúde. As gestantes são orientadas quanto o aleitamento materno, os cuidados com o recém-nascido, os riscos de utilização de drogas, álcool e tabagismo na gravidez, bem como da necessidade de realizar atividades físicas. Todas as gestantes têm a suplementação de sulfato ferroso garantida, conforme estabelecido no protocolo. A qualidade do programa é avaliada pelo médico e enfermeiro da equipe, nas reuniões da equipe, que ocorrem quinzenalmente. Para tal, são utilizados como fonte, os registros específicos do programa pré-natal em prontuário. Normalmente, é realizada uma revisão nos registros mensais de produção e dados, debatendo-os com a equipe.

No que refere ao desenvolvimento do programa pré-natal, deve haver uma detecção precoce de qualquer fator que indique risco a gestação, sendo necessário referenciar a gestante, de imediato, para o atendimento de alto risco. A equipe, após análise do processo de trabalho definido para esta ação, aponta que há um atraso no início do acompanhamento pré-natal pelas gestantes na unidade do Mecejana. A equipe identificou que a maior parte das gestantes inicia o pré-natal somente, no fim do primeiro trimestre, prejudicando um acompanhamento efetivo, já que nem sempre são realizadas o número de consultas preconizados pelo protocolo, impossibilitando que sejam diagnosticados precocemente fatores de risco na gravidez. Tendo em vista, que o objetivo principal desse programa é o rastreamento de doenças e a garantia da boa saúde da gestante e do seu feto é necessário que o pré-natal se inicie precocemente, de modo que sejam estabelecidos vínculo entre a gestante, sua família e a unidade de saúde, garantindo uma gestação segura. A equipe debateu a necessidade de criar um registro ou ficha específica para armazenar informações sobre o atendimento das gestantes, facilitando o acesso da equipe, quando necessário.

Na unidade Mecejana, também realizamos a ação programática de acompanhamento ao programa de câncer do colo de útero e mama. O atendimento a esse grupo ocorre três vezes por semana, de modo que possa garantir o acesso do público alvo. A equipe realiza tanto ações de promoção, quanto prevenção e

cuidado. A equipe garante a toda mulher residente na área de atuação da equipe, na faixa etária de 25 a 59 anos, população alvo para a prevenção do colo de útero e mama, o atendimento no programa. Para tal, é disponibilizado a todas as mulheres o exame Papa Nicolau.

A unidade conta com um livro de registro, no qual anota o nome e endereço de todas as mulheres que realizam o exame, de modo que possamos realizar a busca ativa, quando necessário. Ao avaliar os dados desse caderno foi possível observar que o indicador de cobertura atual são de 72 %, visto que na área existem 448 mulheres de 25 a 64 anos e que somente 198 destas realizaram o exame. A equipe avaliou que necessita ampliar a cobertura, já que 28% das mulheres não estão realizando o serviço. Julga importante criar estratégias que aproximem essas usuárias da unidade. Para tal, aposta na sensibilização da comunidade, através de palestras e oficinas, quanto à necessidade de prevenir a ocorrência do câncer de mama e útero. Os dados possibilitaram ainda que a equipe avaliasse a continuidade do cuidado ofertado, já que observou que 52% das mulheres têm atraso de mais de seis meses na realização do exame. No momento da consulta, todas às mulheres têm o risco avaliado, bem como são orientadas sobre as causas do câncer de colo de útero e mama, e como preveni-los. Recebem também orientação sobre doenças sexualmente transmissível. Nas atividades desenvolvidas com o grupo de mulheres, essas além de serem sensibilizadas quanto a temática, debatendo-se os fatores de risco, que inclui, por exemplo, a multiplicidade de parceiros, recebendo orientação quanto a necessidade do uso de preservativo, em qualquer relação sexual. O trabalho na unidade é desenvolvido a partir das orientações contidas no protocolo de prevenção do câncer de colo uterino produzido pelo Ministério de Saúde no ano 2012. Os profissionais tanto de nível superior quanto médio, o utilizam como balizador. Apontamos como uma das dificuldades, a demora dos resultados, tanto da mamografia, quanto do preventivo. Os dados preenchidos no caderno de ações programáticas possibilitaram que a equipe avaliasse o acesso das usuárias a mamografia. Atualmente, na área existem 125 mulheres na faixa etária de 59 a 64 anos, sendo que apenas 73% dessas realizaram a mamografia, perfazendo uma cobertura de 93%. No entanto, pode-se observar que dos 7% restantes, 42% estão com atraso na realização do exame há mais de seis meses. Situação justificada pela demora no agendamento dos mesmos.

Por fim, no programa de atenção à mulher são realizadas ações de educação em saúde, que aborda temas importantes como: autoexame de mama, exame clínico de mamas realizado pelos profissionais de saúde e mamografia uma vez ao ano, após 40 anos ou com 35 anos com risco elevado, conforme preconizado pelo protocolo. A equipe disponibiliza atendimento a esse público em todos os turnos da semana, de modo que possibilite garantir o acesso. Na unidade não existe arquivo específico para os registros dos resultados da mamografia. A equipe observou a mesma situação para os registros do preventivo, sendo necessário planejar mudanças no registro, de modo que possibilite realizar a buscas ativa das usuárias quando necessário, bem como acompanhar as ações de prevenção e promoção do controle do câncer de mama. Diante dessa situação a equipe identificou ser necessário repensar a organização do processo de trabalho, de modo que o cuidado para esse grupo seja qualificado. Como medida imediata implantou um livro de registro para a mamografia e preventivo e criou o grupo de mulheres.

A ação programática do grupo de hipertensos e diabéticos é uma grande medida de prevenção e tratamento de doenças na atenção básica. Na unidade do Mecejana, pelas consultas serem agendadas de um dia para o outro, o atendimento a esse grupo ocorre todos os dias da semana. Na unidade possuímos 517 usuários cadastrados como hipertensos, mas somente 320 são acompanhados pela equipe, totalizando apenas 62% da cobertura. O processo de trabalho da equipe esta organizado da seguinte forma. São atendidos tanto usuários da área quanto fora de área que apresentem programas agudos relacionados à patologia. Aos usuários da área é garantida a continuidade do cuidado, saindo o mesmo com a próxima consulta agendada. Esses usuários também são acompanhados pelos ACS nas visitas domiciliares, os quais são responsáveis por sensibilizar os usuários faltosos ao retorno do acompanhamento agendados- os quando necessário. Os usuários fora de área são atendidos na primeira consulta e direcionados a sua unidade de referencia para o acompanhamento adequado. Destaca-se que não há um balizador para o desenvolvimento das ações e que as ações são resumidas ao acesso a consulta. A equipe não segue o protocolo ministerial. Da análise dos dados para essa ação têm-se os seguintes dados, a equipe realizou em 31% dos usuários, a estratificação de risco cardiovascular e solicitou os exames complementares. Do total de atendimentos, 94% foram orientados quando a necessidade de práticas de

atividade física e 91% receberam orientação nutricional. Foi observado ainda que as consultas de retorno são agendadas com atraso, em média 7 dias, correspondendo 88%. Outro ponto que merece destaque é a avaliação de saúde bucal. A equipe não possui equipe de saúde bucal e o indicador atual oscila em aproximadamente 2%, logo se torna necessário pensar estratégias que garantam o acesso dessa população a atenção odontológica. Assim como ocorre no atendimento aos hipertensos, o atendimento aos diabéticos é realizado de forma desarticulada e sem planejamento. Aos usuários apenas é garantido o acesso à consulta, na qual são desenvolvidas meramente ações curativas. Na unidade possuímos 148 usuários cadastrados como diabéticos, sendo que apenas 110 têm sido acompanhados pela equipe, correspondendo a 74% da cobertura. No que tange, aos indicadores de qualidade observou-se que apenas 43% dos usuários foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, 23% estão com os exames complementares em dia, 53% foram orientados quando a necessidade de realizar atividade física regular e 50% receberam orientação nutricional.

Em relação à continuidade do cuidado foi observado, que assim como para os hipertensos, as consultas de retorno são agendadas com mais de sete dias de atraso, correspondendo a 82% e que os usuários também não são acompanhados por equipe de saúde bucal. Na unidade, o processo de trabalho esta organizado da seguinte forma, os hipertensos e diabéticos são cadastrados pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Na sala de espera a população é orientada quanto os sinais e sintomas das complicações decorrentes dessas patologias. Os cadastros são enviados a secretaria municipal de saúde. Os dados do programa são monitorados pela equipe mensalmente, na reunião para avaliação dos dados, logo na há um profissional específico para monitorar o desenvolvimento do programa. As atividades realizadas com o grupo hipertensos e/ou diabéticos ocorrem a cada três meses, quando é ofertado um café da manhã. Nesse café, o grupo é orientado sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, realizar atividade física regular, orientando sobre os malefícios do consumo de álcool e tabagismo. Estas atividades são realizadas pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem, ACS, pessoal administrativo e direção. Como a unidade não possuía fichas específicas para registros, os dados para preencher o Caderno de ações programáticas foram encontrados no prontuário clínico, e ficha espelho de vacinas, além de não existir arquivo e registro específica para o acompanhamento dos usuários com DM.

A visita domiciliar para acompanhamento dos usuários cadastrados no programa de HIPERDIA é programada para duas vezes ao ano, exceto para os casos de usuários acamados, descompensados ou com alguma alteração sinalizada pelos ACS que necessitam de monitoramento imediato. Nesses casos, os ACS comunicam a equipe, no momento da reunião semanal, agendando a visita ou pelo médico ou pelo enfermeiro, conforme necessidade avaliada ou disponibilidade profissional. Ainda precisa-se de melhorias para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do programa. Devido que os aumentos dos níveis pressóricos assim como as cifras de glicemia são muito comuns no dia a dia de nosso trabalho. É importante ressaltar que existe o protocolo do ministério da saúde, porém que a equipe não o utiliza como balizador. Hoje, na unidade não existe um registro específico do atendimento para esse grupo. A falta de organização dificulta o acompanhamento dos usuários, bem como dificulta o cumprimento de metas e objetivos terapêuticos. Mesmo diante das dificuldades, as consultas seguem o preconizado pelo ministério da saúde, os usuários criaram um vínculo com a unidade de saúde, não faltando às consultas na maioria das vezes. Hoje, o acompanhamento a esse grupo se baseia no atendimento médico, na realização de exames complementares e nas visitas domiciliares realizadas pela equipe e pelos ACS. Sempre que necessário, os usuários são encaminhados para outras especialidades.

A unidade também acompanha os idosos da sua área de atuação. Esse grupo tem atendimento preferencial. São visitados pelos ACS e pela equipe. O registro das atividades desenvolvidas é realizado na caderneta do idoso. Essas ações ajudam no monitoramento e acompanhamento do programa. Atualmente, a unidade conta com 115 idosos cadastrados, o que equivale a um total de 72%, segundo as estimativas do caderno de ações programáticas, já que segundo este a área deveria ter 159 idosos. Levando em consideração nosso cadastro, no momento possuímos 71 usuários com acompanhamento em dia (62%), 66 portadores de hipertensão arterial e 49 diabéticos, totalizando respectivamente 57% e 43% de usuários acompanhados. Destacamos que somente 27 idosos têm avaliação de risco para morbimortalidade. Não existe um protocolo de atendimento ou manual técnico, e os usuários dispõem de atendimento em todos os turnos e em todos os dias da semana. Não são realizadas atividades em grupo, mas são ministradas palestras de forma periódica. Um dos nossos objetivos da equipe é a criação do grupo de idosos já que este grupo é voltado para uma população que necessita um

acompanhamento educacional e multidisciplinar. Precisa-se trabalhar na educação, utilização e disponibilidade da caderneta, seja para as consultas, para as visitas domiciliares, ou quando se precise dela, já que serão registradas informações importantes relacionadas às condições de saúde que ajuda à equipe para elaborar ações necessárias de prevenção, promoção e reabilitação assim como agravos sofridos, além de problemas sociais, higiênicos, desamparo familiar. No entanto, destacamos que nem sempre é possível garantir o preenchimento da caderneta, visto que os idosos vão à unidade sozinhos e esquecem-se dela. Os dados dessa caderneta são preenchidos pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou ACS. Como descrito anteriormente, ausência de equipe de saúde bucal não permite o desenvolvimento de ações curativas e a avaliação adequada dos grupos. No caso dos idosos, apenas cinco estão com a avaliação em dia.

A equipe compreende que é necessário criar estratégias que garantam o cuidado com a saúde bucal, principalmente para esse grupo, visto que, em geral, necessitam do serviço de próteses e de cuidados com a saúde bucal. O cuidado domiciliar dos idosos envolve toda a equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) dando sempre prioridade aos idosos doentes. A equipe avalia condições de risco de quedas observáveis no domicílio, orientando aos familiares ou cuidador sobre a correta utilização de medicamentos, identificação e acompanhamento dos idosos acamados e dos que moram sozinhos com problemas de saúde e problemas sociais. Em síntese, a equipe observou que para garantir a qualidade dos serviços de saúde deve modificar o processo de trabalho, de modo que este efetivamente monitore o desenvolvimento dos programas estratégicos.

Avaliando o disposto anteriormente, durante essas semanas houve um aprofundamento na análise situacional da unidade de saúde a qual faço parte, pudemos perceber as reais dificuldades e analisar o perfil da população e da equipe de saúde da família a que pertencemos. Percebemos que a falta de infraestrutura dificulta a realização de atividades em grupo e palestras. Existe ainda uma demanda espontânea, bem acima do esperado para unidade, o que sobrecarrega os serviços e causa insatisfação na população. Apesar de todas as dificuldades os profissionais da unidade são muito comprometidos com o trabalho, sendo esse ponto crucial, possibilitando a melhoria dos serviços prestados, minimizando as falhas no atendimento. Acreditamos que a criação dos protocolos de atendimento e a criação de atividades em grupo é a melhor maneira de melhorar a qualidade do atendimento

e acompanhamento dos usuários além do estabelecimento de um melhor direcionamento dos serviços os quais respondam e coloquem em prática os protocolos do MS. Temos chegado a uma etapa muito importante em nosso curso, com a conclusão da Análise Situacional em nossas unidades, acreditamos que o curso tem sido para todos nós uma importante ferramenta que nos está fazendo crescer já que nos mostra onde falhamos quais são nossas debilidades e fortalezas, em que ponto nossa unidade mais necessita de mudança, enfim o verdadeiro diagnóstico de nosso dia a dia. Como descrito ao longo de todo o relatório de análises situacional a UBS em que trabalhamos, é realmente um cenário adaptado para trabalhar com a população, isso dificulta muito o trabalho em grupo, pois não temos uma sala destinada às reuniões e palestras. Assim, a construção desse relatório facilitou que a equipe reconhecesse os pontos críticos do seu processo de trabalho, bem como delimitasse as dificuldades e facilidades que enfrentaria para adequar o trabalho a necessidade real da população.

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

O relatório de análise situacional, é muito diferentemente do texto inicial já que apresenta a situação real existente na UBS e as possíveis estratégias para superar as dificuldades encontradas, considerando a nossa governabilidade, uma vez que foi realizada uma avaliação profunda e mais detalhada dos programas preconizados pelo MS para a atenção primária. No texto inicial não foi realizada uma análise profunda, somente aponta uma pequena ideia das características estruturais da unidade e o funcionamento dos serviços de saúde, por meio de um ponto de vista menos extenso e delineado.

2Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Em países da América Latina e Caribe, os óbitos causados por essas enfermidades nas últimas décadas corresponderam a 72% do total das causas de mortes. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertam que, para o ano de 2020, as mortes por DCNT representarão 73% dos óbitos no mundo. A Hipertensão arterial sistêmica HAS é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. A Hipertensão provavelmente está envolvida em 50% das mortes causadas por doenças cardiovasculares. Estimam-se um percentual de 20% da população adulta maior que 20 anos têm hipertensão arterial e um percentual de 7,6% da população tem diabetes, ambas constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 100% dos casos poderia ser tratado na rede básica.

A unidade de saúde do Mecejana tem uma adstrição de clientela de aproximadamente 2903 pessoas, o ministério da saúde estima que para esta população tenhamos 517 hipertensos e 148 diabéticos. O número estimado de cobertura da unidade de aproximadamente 320 usuários hipertensos (62% de cobertura) e 110 usuários diabéticos (74% de cobertura). Até o momento não são disponibilizadas atividades em grupo para esta população, por falta de local apropriado. A unidade realiza as visitas domiciliares e as consultas médicas, a cada três meses. Na varanda coberta da unidade é ofertado um

café da manhã ao grupo de Hiperdia onde tem como objetivo palestras ações e promoção de saúde. Considerando o exposto, a equipe debateu sobre as dificuldades e facilidades na implantação deste programa e escolheu trabalhar na intervenção com o foco no programa de usuários hipertensos e diabéticos. Ao refletir sobre as dificuldades e facilidades que terão que superar para alcançar os objetivos e metas propostos elencou as seguintes facilidades: união da equipe, organização do processo de trabalho e desejo de trabalhar, e como dificuldades a ausência de agentes comunitários e de local adequado para realizar palestras e reuniões. Ainda merece destaque, as demais ações de acompanhamento desse grupo como avaliação do risco cardiovascular e retorno as consultas que configuram indicadores não satisfatórios.

Assim, com este projeto de intervenção buscaremos ampliar a cobertura de atenção, a qualidade do atendimento médico ofertado, a adesão da comunidade aos serviços ofertados pela unidade e o registro das ações pela equipe. Além de apoiar o desenvolvimento de ações de promoção em saúde sobre alimentação saudável, prática de atividade física regularmente, tabagismo e higiene bucal. Dessa forma, este projeto irá iniciar um protocolo de atendimento e registro específico para esta população alvo, bem como realizar atividades em grupo educacionais. Enfim, este projeto visa iniciar uma nova abordagem de atendimento e acompanhamento do usuário hipertenso e diabético, o que é um ponto essencial a atenção básica de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/Roraima.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência da equipe de saúde inscritos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde inscritos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de 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 da UBS para 100% dos hipertensos cadastrados na equipe da unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na equipe da 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 hipertensão e/ ou diabetes 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 a doença cardiovascular .

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

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

Objetivo 6:Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Meta6.2 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.

Meta6.4 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.

Meta6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Mecejana, no Município de Boa Vista / Roraima. Os números totais de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área a serem acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso e diabético e que participarão desta intervenção corresponde 442 hipertensos e 109 diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Depois da reunião da equipe na qual escolhemos o foco da nossa intervenção: o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus precisávamos detalhar como deveriam ser realizadas as ações para qualificar o acesso a esse programa, considerando que a equipe apontou essa ação programática como de maior dificuldade de operacionalização. Nesse sentido, torna-se necessário descrever como serão realizadas para cada um dos eixos programáticos propostos pelo curso. Sendo assim, tentaremos abordar no texto abaixo, todos os aspectos relevantes para o desenvolvimento das ações previstas, de modo que garanta o cumprimento dos objetivos e metas pactuados.

Monitoramento e avaliação

Para ampliar a cobertura do programa de atendimento a pessoa com hipertensão e/ou na unidade de Mecejana, buscando a meta de 85% de cobertura, o monitoramento das ações será realizado através do acompanhamento mensal realizado pela equipe, do livro de controle instituído para registros do atendimento e das demandas dos usuários. A equipe avaliou

a necessidade de criar um arquivo específico para esse programa, de modo que permita a equipe, acompanhar o seu desenvolvimento na unidade, avaliando e monitorando as ações realizadas. Também foi discutida a necessidade de melhorar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos, reconhecendo as suas necessidades e demandas. Para tal, os profissionais da unidade devem estar aptos para reconhecer os sintomas dessas patologias, de modo que possa identificar precocemente potenciais usuários hipertensos ou diabéticos, encaminhando-os em tempo oportuno para o atendimento médico e/ou enfermagem, de modo que essas patologias (hipertensão e diabetes) possam ser diagnosticadas e tratadas precocemente, diminuindo a ocorrência de cronificação dos casos.

Para garantir a melhoria da qualidade da atenção às pessoas com hipertensos e/ou diabetes, esses devem ter a garantia de realização do exame clínico apropriado, aos exames complementares solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, acesso aos medicamentos da farmácia popular e garantia do atendimento odontológico. No que se refere realização dos exames complementares e a garantia de distribuição dos medicamentos para a unidade. Torna-se necessário sensibilizar a gestão, de modo que esta crie mecanismos que agilizem a realização dos exames, assim como garanta o acesso aos medicamentos de todos os usuários hipertensos, tanto na farmácia popular como na unidade. Nesse sentido, deve ser realizando o controle mensal de estoque, mantendo um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados no programa. Os usuários e a comunidade devem ser orientados quanto à necessidade de realização de exames e sobre o direito ao acesso aos medicamentos. Desta forma, será identificado na equipe, dois responsáveis para acompanhar o desenvolvimento dessas atividades e a qualidade dos registros, mantendo-os as informações atualizadas. Entre elas devem sinalizar para equipe sobre as situações de atraso na realização de consulta, exames complementares e estratificação de risco. Toda a equipe será capacitada e poderá realizar o preenchimento de todos os registros.

Com relação ao atendimento odontológico, torna-se necessário sensibilizar a gestão de modo que esta garanta o atendimento dos usuários que apresentam problemas bucais associados às patologias. Assim, é

importante instituir um fluxo de referência para esses casos, enquanto a equipe de saúde bucal não é implantada.

Como estratégia de melhoria da adesão ao programa deve ser monitorado o cumprimento das consultas previstas no protocolo.

Para a melhoria do registro de informação será monitorado os registros realizados pela equipe. A equipe deverá manter a ficha preenchida de todos os usuários atendidos pelo programa na unidade. Uma vez por mês a equipe, avaliará se algum dos usuários atendidos não teve a sua ficha preenchida.

A equipe deverá implantar como procedimento de rotina na avaliação clínica, a estratificação do risco cardiovascular para os usuários hipertensos e diabéticos. Assim, ao final de um ano, todo usuário hipertenso e/ou diabético deve ter realizado pelo menos uma verificação.

Como ações de promoção, devem ser abordadas as seguintes temáticas com a comunidade: orientação nutricional, prática regular de atividade física, tabagismo e saúde bucal, tornando necessário o seu monitoramento e registro pela equipe. Assim, é importante que seja avaliadas e planejadas em reunião de equipe, identificando responsáveis pela sua realização.

Organização da gestão e do serviço

Para ampliar cobertura do programa de atendimento a pessoa com hipertensão e/ou diabetes na unidade de Mecejana, buscando a meta de 85% de cobertura, torna-se necessário capacitar os ACS sobre os sintomas e riscos dessas patologias, de modo que este encaminhe o usuário em tempo oportuno para atendimento. É importante também que todos os casos identificados, inclusive dos usuários que utilizam o sistema privado, pois assim a equipe possui a cartografia do seu território, possibilitando realizar a análise situacional, planejando ações conforme a necessidade de seu território de atuação. Todos os profissionais da unidade devem estar aptos para realizar a triagem dos usuários, assim todos os adultos maiores de 18 anos que busquem atendimento devem ter sua pressão aferida, bem como o teste de hemoglicose realizado.

Para garantir a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, os profissionais da unidade devem estar capacitados sobre as

necessidades previstas no protocolo. Assim, quando necessário, os usuários devem ser encaminhados aos serviços que necessitam, tendo o seu caminhar pela rede acompanhando pela equipe, de modo que garanta a integralidade do cuidado e da atenção.

Como estratégia de melhoria da adesão ao programa será implantada a busca ativa dos hipertensos e diabéticos que faltam à consulta programada. Para tanto, os ACS realizaram visita domiciliar para identificar os motivos que levaram a ausência.

Em relação à melhoria do registro das informações, as ações que serão realizadas pela equipe referem-se a manter as informações do sistema de informação constantemente atualizadas, cor responsabilizando todos os integrantes da equipe. No entanto, um dos integrantes da equipe será responsável por supervisionar o cumprimento do pactuado.

A agenda da equipe deve está organizada de forma que os usuários diagnosticados como de alto risco tenham acesso ao acompanhamento regular, e sejam visitados mensalmente pelos ACS.

No que tange a promoção de saúde, esse eixo se caracteriza pela organização de atividades que versem sobre a temática: alimentação, prática regular de exercício, tabagismo e cuidados com a saúde bucal. Essas temáticas podem ser abordadas a partir de práticas coletivas de cuidado e da abordagem individual. O apoio do NASF é de suma importância para o desenvolvimento dessas temáticas, a equipe conjuntamente com o NASF pode pensar em ações de mobilização da comunidade e implantar grupos de apoio.

Engajamento público

Como ação de engajamento público capaz de ampliar a cobertura do programa, a equipe aponta a importância da comunidade está informada sobre as patologias, o programa de atendimento a pessoa com hipertensão e/ou diabetes, as ações e atividades desenvolvidas pela unidade. Para tal, a comunidade deve estar informada sobre a existência do programa de hipertensão e diabetes programa na unidade de saúde, sobre a necessidade de acompanhar os adultos que apresentam pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, estar apta a reconhecer os fatores de risco e esta alerta quanto

a necessidade de aferir a pressão arterial, pelo menos uma vez ao ano, após 18 anos.

Para garantir a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, esses devem ter a comunidade deve ser orientada quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, destacando o cuidado com os pés. Assim como, sobre a necessidade de realização dos exames complementares, conforme solicitação médica e da avaliação da saúde bucal. Na sala de espera os ACS e profissionais da unidade podem realizar palestras que tratem sobre essas temáticas, demonstrando à necessidade da prevenção a saúde.

Como estratégia de melhoria da adesão ao programa, a comunidade será envolvida nessa busca, de modo que se torne protagonista do processo de monitoramento do grupo de hipertensos e diabéticos da unidade. Os ACS e a comunidade serão capacitados quanto à realização de consultas de acompanhamento e periodicidade das mesmas. Um ponto muito importante a ser realizado são reuniões onde a equipe possa escutar as demandas da comunidade e compreender os motivos que leva a evasão. Deve-se aproveitar o espaço com a comunidade para sensibilizá-la quanto à necessidade de acompanhamento e a realização das consultas. Nos casos que são atendidos por clínicas particulares, o ACS deve registrar em ficha específica que este usuário esta em dia com o acompanhamento. Os usuários serão orientados quanto o direito ao acesso a informação a sua situação de saúde.

Os usuários devem ser orientados quanto à necessidade de acompanhamento regular, principalmente o grupo de maior risco cardiovascular. Devem ser implantadas ações de promoção que apontem para a comunidade a importância de controle dos riscos modificáveis. Essas ações devem orientar a comunidade sobre a importância de hábitos que garantam a qualidade de vida e auxiliem na prevenção dessas patologias.

Qualificação da prática clínica

De modo a ampliar a cobertura do programa, toda a equipe da unidade será capacitada, de modo que qualquer profissional técnico da unidade possa verificar a pressão e realizar o glicoteste em adultos, principalmente nos que já foram diagnosticados e mantém a PA maior 135/85.

Para garantir a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, a equipe deve ser capacitada sobre o protocolo adotado na unidade, assim como se deve manter atualizada sobre o conhecimento das patologias.

Como estratégia de melhoria da adesão ao programa e de acompanhamento aos riscos cardiovasculares. A equipe priorizará o atendimento dos usuários com HAS e DM de alto risco, estabelecendo uma agenda para esta demanda com acompanhamento regular. Para tal, os usuários e a comunidade devem ser esclarecidos quanto à importância do adequado controle de tais fatores de risco. A equipe será capacitada para realizar a estratificação de risco segundo escala de Framingham e estratégia de controle de fatores de risco modificáveis. Todos os integrantes da equipe estarão aptos para abordarem temas de educação em hipertensão e diabetes respectivamente, fatores de risco, dieta adequada, prática sistemática de exercícios físicos, importância de realizar exames complementares, atuação sobre condições agravantes das doenças como a utilização de hábitos tóxicos e diminuição do estresse. Nesse sentido, serão oferecidas atividades educativas com mais frequência e qualidade onde sejam abordados temas que constituam um impulso para modificar estilos de vida, motivando aos hipertensos e diabéticos e a suas famílias para assistir a consulta programada e, fazendo que os usuários participem de seu tratamento e acompanhamento.

Como a unidade não conta com serviço odontológico, os usuários do programa serão encaminhados para atendimento odontológico na unidade de saúde mais próxima. Sendo assim, será pactuado com a gestão e com a equipe de saúde bucal da unidade. Com esta ação busca-se promover e orientar o grupo de hiperdia sobre a importância da higiene bucal de forma individual. Na unidade será criado um registro e a equipe será capacitada, de modo que realize ações de educação em saúde bucal no âmbito coletivo.

Em relação à melhoria do registro das informações, toda a equipe será capacitada quanto ao preenchimento do acompanhamento e registro dos procedimentos realizados, assim como em práticas de alimentação saudável, atividade física regular, tabagismo e cuidados com a saúde bucal. A equipe deve estar apta a realizar orientações de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência da equipe de saúde inscritos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

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

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

Denominador: número total de hipertensos residentes na área de abrangência da equipe.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde inscritos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

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

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

Denominador: número total de diabéticos residentes na área de abrangência da equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de 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 em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: número total de hipertensos pertencentes da área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: número total de diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia da UBS/Hiperdia priorizada.

Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia da UBS/Hiperdia.

Denominador: número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia da UBS/Hiperdia priorizada.

Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia da UBS/Hiperdia.

Denominador: número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 equipe.

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 equipe.

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

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme 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 faltosos às consultas pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 faltosos às consultas pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 área de abrangência da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de hipertensos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 área de abrangência da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de hipertensos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 área de abrangência da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

Meta6.2 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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

Meta6.4 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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

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 pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

Meta6.6 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 diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: número de diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

Meta6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de hipertensos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

Meta6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de hipertensos pertencentes à área de abrangência da equipe e inscritos no programa.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atendimento a pessoa com hipertensão e/ou diabetes na unidade de Mecejana vamos adotar os manuais técnicos de estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica - HA e DM do Ministério de Saúde datado do ano de 2013. Na primeira reunião da equipe será apresentado os manuais técnicos, a organização do Projeto de Intervenção e os instrumentos que serão utilizados.

Os usuários serão encaminhados pelos ACS para a unidade por meios próprios, não necessitando de transporte, onde serão recebidos pela técnica da equipe, avaliados pela enfermeira ou médico da unidade, confirmado o diagnóstico, o mesmo será cadastrado e passará a ser acompanhado pelo serviço. Utilizaremos os prontuários dos usuários e a ficha espelho disponibilizada pelo projeto de intervenção, os registros serão feitos a partir do preenchimento da ficha espelho em cada consulta do usuário hipertenso e diabético. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, assim como utilizaremos 15 cartazes que colocaremos na unidade e áreas da comunidade para a divulgação do projeto precisando de 10 folhas de cartolina branca, canetas coloridas, pincel atômico, 2 livros para registros e pastas para colocar os prontuários e ficha espelhos.

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde, e do registro desses usuários no programa, Será realizado de forma quinzenal pelo médico e enfermeira depois da reunião com a equipe, onde revisaremos a ficha espelho a qual contém todas as informações necessárias como também será avaliada mensalmente pelo médico, a realização de exame clínico dos usuários, periodicidade das consultas e retorno, exame complementares, qualidade dos registros desses usuários acompanhados na unidade, do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização

deestratificação de risco por ano e da avaliação da necessidade de tratamento odontológico, assim como orientação enquanto a alimentação saudável, atividades físicas e risco de tabagismo.

Os usuários que buscarem os serviços com demanda espontânea, estes serão inicialmente encaminhados pela recepção para o acolhimento. Esse acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem que depois de aferir a PA e realizar hemoglicotes, e classificação de risco, avaliará a necessidade de agendar a consulta do mesmo. Nos casos dos usuários que já fazem parte do programa, mas que estão com atraso nas consultas, esses devem ser atendidos em tempo oportuno, a fim de minimizar as complicações do quadro.

Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (02 esfigmomanômetro, manguitos, 01 fita métrica) e o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde precisando de 02 aparelhos, a enfermeira elaborará um documento relatando os materiais que precisamos solicitando a direção de nossa UBS, se fará uma verificação mensal, pela enfermeira da equipe, sobre a existência desse material. A unidade deve dispor da versão atualizada do protocolo para o atendimento de usuários hipertensos e diabéticos, impressa, para isso a enfermeira da equipe arranjará uma revisão, ao início da intervenção, da disponibilidade deste na UBS. Nas reuniões da equipe a enfermeira capacitará os ACS, sobre a importância de orientar aos usuários hipertensos e diabéticos com respeito à necessidade de realizar atendimento odontológico uma vez ao ano, alimentação saudável, risco de tabagismo e atividades físicas. Para a qual utilizará a pirâmide alimentar, folder e cartazes solicitando apoio do nutricionista, odontologista e orientador físico.

No início da intervenção, o médico e a enfermeira deverão definir as atribuições de cada membro da equipe no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, elaborar com a equipe o registro das informações e definir o responsável pelo monitoramento dos registros. Além disso, organizar as visitas domiciliares para buscar os faltosos às consultas onde os ACS utilizaram seus próprios meios de transporte ao igual que os usuários. Ademais será feita capacitação dos ACS, nas reuniões da equipe, pelo médico, sobre como preencher a planilha, o registro específico de acompanhamento para desenvolver a intervenção.

Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, será feita uma revisão quinzenal pelo médico e enfermeira, após as reuniões da equipe, dos dados recolhidos dos usuárioscadastrados alvos de nossa intervenção.

De forma que toda a equipe seja inserida no processo podendo avaliar e monitorar os dados do cuidado a usuários hipertensos e diabéticos, tornam-se necessário capacitar todos os profissionais da equipe. Foi decidido em reunião de equipe que a capacitação seria realizada, utilizando os cadernos do MS, eo responsável pela condução da capacitação será o médico da unidade, que uma vez por semana, no horário da reunião de equipe, convidará um integrante da equipe a abordar um tema proposto pela equipe. A capacitação utilizara o método Paidéia através das rodas de conversa.

Como estratégia de organização dos serviços, a equipe julga importante melhorar o acolhimento dos usuários com HAS e DM, agendando 2 turnos de atendimento por semanas mais a captação na demanda espontânea diária com todos os moradores da área de abrangência com 18 anos ou mais que foram a unidade de saúde ou participarem de ações coletivas de promoção de saúde, serão investigados pelo médico ,enfermeiro e técnico verificando pressão arterial, controle de peso, glicose capilar.Também encaminhando a consulta médica todo usuário com algum fator de risco para essas doenças captando os usuários faltosos e cadastrando os novos, encaminhando os usuários adequadamente aos serviços necessários, assim como seu caminhar pela rede, de modo que garanta a integralidade do cuidado e da atenção.

Para a divulgação e o fortalecimento das ações do projeto serão realizados encontro com as lideranças da comunidade. No primeiro momento será realizada uma reunião ampliada, onde toda equipe estará presente, de modo que esses possam identificar os integrantes da equipe, iniciando a criação de um vínculo com a mesma. Nesse momento, a equipe visa sensibilizá-los sobre a existência do programa, solicitando apoio e parceria das mesmas para a divulgação do projeto na comunidade. Como forma de ampliar a divulgação do programa e apoiar o desenvolvimento do projeto, também será realizada reuniões nos espaços sociais da comunidade, a exemplo da igreja da comunidade, em uma escola de formação de vigilantes, dentre outros. Como

dito anteriormente, os ACS têm um papel fundamental nesse processo de divulgação, pois utilizará o momento das visitas para divulgar o programa e o projeto para a população alvo, explicando os objetivos do projeto, de modo que garanta uma maior adesão dos usuários ao projeto, obtendo melhores resultados.

A comunidade deve ser informada da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Ademais orientar sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, tanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Para isso, os ACS realizarão palestras na comunidade, em suas visitas as famílias e na UBS à população relacionada aos temas. Além disso, se oferecerá capacitação, pela enfermeira nas reuniões de equipe aos ACS, para informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas aos usuários hipertensos e diabéticos para orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares, orientarem quanto à periodicidade com que devem ser realizados esses exames, informar sobre a importância de realização das consultas na UBS, para envolvimento da comunidade nas estratégias para ajudar a recuperar as consultas dos hipertensos e diabéticos faltosos e para orientar à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A avaliação clínica deve ser realizada de forma apropriada. No caso dos diabéticos deve classificar o risco segundo o nível glicêmico, sendo a frequência das consultas estimadas a partir dessa avaliação. Em todas as consultas, realiza-se aferição da pressão arterial, medição da glicemia, exame dos pés dos diabéticos, orientações sobre alimentação saudável, atividade física e risco de tabagismo. Semestralmente, a equipe deve avaliar a A1c (hemoglobina glicosilada), glicemia de jejum e outras medidas de controle metabólico (conforme o protocolo estabelecido), a classificação de risco, medição e registro do IMC. Já anualmente, a equipe deve realizar o exame de

fundo de olho e a investigação de neuropatia periférica e de nefropatias diabéticas.

Dever-se-á capacitar a equipe para verificação da pressão arterial, quanto à realização do hemoglicoteste, também para a realização de exame clínico, exames complementares, para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários, para realizar o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, quanto a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Esta capacitação será realizada pelo médico e a enfermeira nas duas primeiras semanas da intervenção na sala de reunião da unidade no horário após da consulta de Hipertensão, utilizaremos cartolina e canetas coloridas para fazer cartazes assim como aparelhos de glicoteste e esfigmomanômetro. Também utilizaremos 01 pacote de folhas em branco e 15 canetas ou lápis.

2.3.4Cronograma

AÇÕES	SEMANAS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Capacitação dos profissionais da equipe.	X	X											
Estabelecer na ação programática o papel a desempenhar cada integrante da equipe.	X	X											
Cadastramento e atendimento clínico de usuário hipertenso e diabético da área adstrita.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com a comunidade e lideranças populares.	X			X				X					X
Grupo de Educação em Saúde		X		X		X		X		X			X
Levantamento e planejamento da busca ativa de faltosos a consulta por meio de visitas domiciliares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar estratificação de risco assim quanto estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis.		X		X		X		X		X			X
Avaliação e monitoramento.		X		X		X		X		X			X

Nota: A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade acontecerá nas respectivas datas: 18, 19 e 20 de agosto de 2015.

3 Relatório da Intervenção

Considerando a realidade epidemiológica da área de abrangência da unidade de saúde bem como as fragilidades do processo de trabalho de nossa equipe, escolhemos a ação programática relacionada ao programa de atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes como foco de intervenção, a qual foi planejada para ser realizada em um período de 12 semanas. Iniciando a partir do dia 20 de março e finalizando no dia 18 de junho de 2015.

Quanto o cadastramento, conseguimos cadastrar 237 (53,6%) usuários com hipertensão e 67 (61,5%) usuários com diabetes. Todos receberam orientações em quanto a fatores de risco cardiovascular, prato saudável, atividades físicas regulares e risco de tabagismo. Assim como também foram desenvolvidas atividades e ações tanto individuais como coletivas no grupo de Hipertensão.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maior parte das ações previstas no cronograma das atividades foram desenvolvidas integralmente. Entre os aspectos que facilitaram isso, encontram-se a dedicação de toda a equipe, o apoio da comunidade e dos gestores, a periodicidade

do grupo de Hiperdia, o estabelecimento do papel de cada profissional no início da intervenção e as capacitações oferecidas para a equipe que foi desenvolvida no decorrer da intervenção, assim como a melhoria contínua no acolhimento destes usuários na unidade.

Ações como capacitação da equipe de saúde nas duas primeiras semanas, avaliação de atendimento odontológico, estratificação de risco cardiovascular, realização de exame clínico, a solicitação de exames complementares periódicos aos hipertensos e/ou diabéticos, verificação da PA, hemoglicoteste, atividades de orientação nutricional, realização de atividade física, risco de tabagismo, busca ativa dos usuários faltosos a consulta, atividades educativas com o grupo de Hiperdia. Foram ações desenvolvidas integralmente, sem maiores dificuldades.

O acolhimento na unidade foi melhorado e ainda continua-se trabalhando neste sentido, principalmente com os usuários alvos de nossa intervenção. Não houve dificuldades para o desenvolvimento das ações de monitoramento. No entanto, como essa ação era realizada após as reuniões de equipe, o tempo era pouco, mas bem aproveitado.

Apresentamos dificuldades com a realização dos exames complementares, e o atendimento odontológico, devido a pouca disponibilidade de vagas, situação que ocasionou demora nos retornos a consulta e avaliação de risco cardiovascular. Com o aparelho para a realização do hemoglicoteste, também existiram dificuldades, pois há somente um na unidade, mas, conseguimos realizar todos os testes.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Quanto às ações as quais não foram possíveis serem atingidas as metas propostas, as principais dificuldades foram em determinados momentos, a falta de motivação da equipe, assim como às vezes a sobrecarrega de trabalho, devido às férias de alguns profissionais, bem como a continuidade concomitantemente de outras ações programáticas que também devem ser desenvolvidas na atenção primária, cabe mencionar também alguns feriados prolongados e afetação pelas condições climáticas com muita chuva.

Foram oferecidas orientações individuais de cuidados de saúde bucal na consulta, a todos os usuários hipertensos e diabéticos, devido a que nossa unidade carece desse serviço, apresentando dificuldades para marcação da consulta odontológica.

Devemos ressaltar que tivemos dificuldades para cumprir com os objetivos traçados relacionados à participação do educador físico e nutricionista nas atividades, estes profissionais foram convidados para participar no grupo de Hipertensos e/ou diabéticos, porém, não têm disponibilidade para participar nos horários solicitados. Para contar com a participação dos mesmos temos que realizar algum acordo ou alterar os horários para desenvolver as atividades que coincidam com o horário do nosso grupo de Hiperdia.

Também tivemos problemas relacionados com a área descoberta, todavia, a este respeito fomos informados que vai ter um seletivo para contratação de novos ACS e com isso esperamos resolver a situação.

A parceria com a comunidade para desenvolver a intervenção não foi alcançada como gostaríamos, pois ainda não há um Conselho Local de Saúde (CLS). A equipe é apoiada por alguns usuários, sendo que estes oferecem os locais para desenvolver o grupo de Hipertenso e/ou diabéticos. No entanto, não há uma mobilização e articulação entre todos os residentes da comunidade. Para superar essa fragilidade é preciso trabalhar com o intuito de criar o CLS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, houve dificuldades, em quanto a número de ficha espelho, pois, além da boa vontade de nossa gestora só a unidade conta com uma impressora, mas as fichas que faltaram resolvemos imprimir em uma escola da área. Durante o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, às vezes, surgiram pequenas alterações que foram corrigidas com a ajuda do orientador.

Não foi utilizado termo de consentimento para autorização das fotos já que as fotos utilizadas são de forma geral o médico fazendo palestras a grupos de hiperdia.

No entanto, eles assinaram a ata da palestra sendo informados que poderia ser utilizadas para a divulgação de nosso projeto tendo boa aceitação de nossa população alvo.

Devemos sinalar que as elaborações dos diários semanais foram de grande ajuda no projeto, já que mediante eles avaliamos as dificuldades encontradas na semana assim como novas ideias que surgiram para aprimorá-las, para fazer o cadastro adequado dos usuários com HAS e DM, orientamos como deve ser feita a busca ativa deste grupo e estratégia a seguir para os faltosos a consulta, a elaboração e atualização da ficha espelho, conseguindo uma adequada sistematização de dados.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.

A intervenção conseguiu melhorar e garantir o atendimento de qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, é certo que foi um número menor que o esperado, mas pelo menos conseguimos inserir esse atendimento como parte da nossa rotina de trabalho, deixando o caminho feito sobre bases sólidas para dar continuidade. Acreditamos que a equipe conseguirá manter as ações incorporadas, considerando os inumeráveis benefícios promovidos no processo de trabalho da UBS e na qualidade de vida da população.

Os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto aconteça são os seguintes: a garantia de vagas para realização de exames complementares em dia tema já avaliado pela gestora da unidade a qual pretende garantir as mesmas; ampliação à avaliação odontológica, pelo menos uma vez ao ano, para esse grupo populacional. A situação foi analisada como chefe do macro área que conseguiu uma unidade de saúde onde os odontologistas se comprometeram que uma vez por semana serão atendidos oito usuários de nossa UBS, dando prioridades a gestantes, idosos e incluindo os usuários do nosso projeto. Além disso, serão contratados novos ACS para cadastrar e atender os usuários das áreas descobertas e também a realização de atividades no grupo de hipertenso e/ou diabéticos com orientador físico e nutricionista.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo fundamental a melhoria da atenção à saúde da população alvo de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da CMS - Mecejana, da cidade de Boa Vista/RR.

Quando demos início a nossa intervenção não foi possível realizar o cadastro pelos registros existentes na unidade em relação à cobertura devido ao fato de se encontrarem desatualizados. Pelo considerando a população total da área de abrangência da equipe é de 2.903 pessoas, a estimativa de usuários com 20 anos ou mais é de 1.945 (67% da população total). A estimativa de usuários hipertensos é de 442 (22,7%) e diabéticos 109 (5,6%) segundo os dados do VIGITEL 2011. Sendo assim, foram utilizados estes valores nos denominadores dos indicadores de cobertura.

A unidade atende uma grande demanda de usuários fora de área os quais são agendados para os médicos da unidade, conjuntamente com o restante da população da área de abrangência. Após o atendimento os usuários são orientados e encaminhados para continuarem seu acompanhamento na área, a qual pertence, ou seja, na sua unidade de referência. Acreditamos que o fato de que tantos usuários fora de área procurarem o atendimento em nossa unidade consiste por esta ser próxima ao Hospital Geral e ao Centro de Referência, que realizam apenas

atendimento das emergências. Assim, quando os usuários não recebem o atendimento no hospital por não apresentarem situações de emergência procuram atendimento em nossa unidade.

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

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência da equipe de saúde inscritos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

O número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área da abrangência acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso no primeiro mês foi 84 (19%), no segundo mês 158 (35,7%) e no terceiro mês 237 (53,6%) conforme apresenta a **Figura 4**.

O encurtamento para 12 semanas da intervenção, as condições climáticas devido às chuvas, alguns feriados prolongados, falta de motivação da equipe em algumas semanas da intervenção, as férias dos integrantes da equipe, a falta de ACS para área descoberta e em ocasiões a sobrecarga de trabalho da equipe para dar conta das outras ações programáticas, foram alguns dos motivos que impossibilitaram o cumprimento da meta proposta.

A divulgação do projeto pelos integrantes da equipe junto com as lideranças da comunidade, a melhora no acolhimento destes usuários pela equipe de forma contínua, assim como o trabalho dos ACS nas visitas domiciliares e busca ativa como pilar fundamental, foram às ações que mais ajudaram a obter os resultados alcançados.

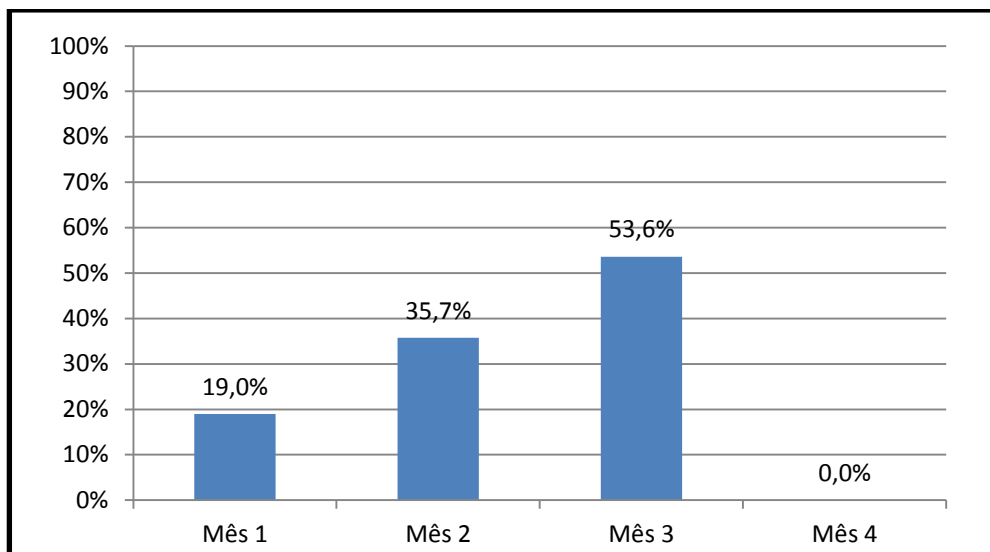


Figura 4: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso da CMS/ESF Mecejana. Boa Vista/RR.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde inscritos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

A meta de cobertura no programa de atenção ao usuário com diabetes foram alcançadas em 61,5%, após a intervenção. No primeiro mês, foram cadastrados 18 (16,5%) usuários, no segundo 42 (38,5%) e terceiro 67 (61,5%) conforme está sendo evidenciado na **Figura 5**. As dificuldades por não termos conseguido atingir a meta foram as mesmas relatadas que influíram na cobertura do usuário hipertenso assim como as ações que ajudaram a alcançar, foi o cadastramento oportuno de todos os diabéticos da área correspondente a equipe. Isso foi realizado pelos ACS durante suas visitas domiciliares e também durante o acolhimento realizado pela equipe na própria unidade.

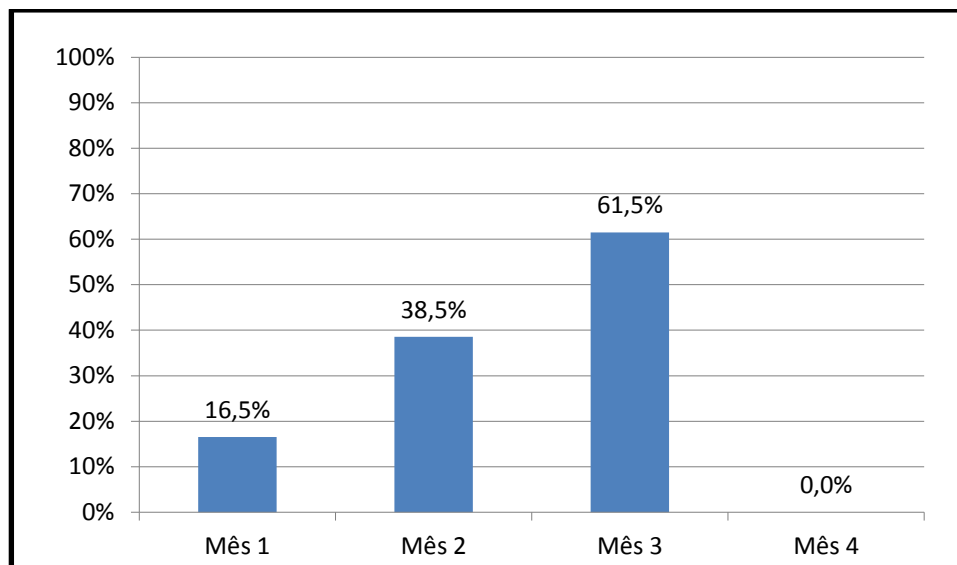


Figura 5: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a diabéticos da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

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

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

A proporção de usuários hipertensos com exame clínico em dia teve uma melhoria e foi aumentando se mantendo estável nos dois meses subsequentes. No primeiro mês, foi realizado o exame clínico apropriado a 70 usuários hipertensos (83,3%). No segundo mês aumentou para 136 (86,1%), no terceiro 204 (86,1%) e no final apresentavam uma igualdade de dois meses com exame clínico em dia (**Figura 6**).

Esta meta não foi atingida mas, ao longo da intervenção conseguimos melhorar os resultados, aumentando para duas seções de trabalho para a população alvo da intervenção que no primeiro mês não existia. A ação que contribuiu para atingir esse resultado foi à dedicação dos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento.

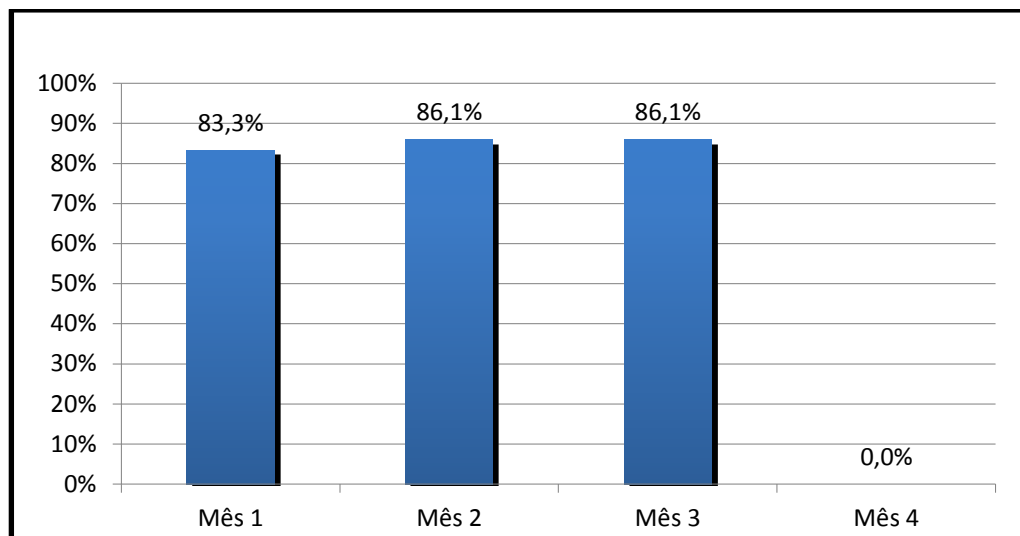


Figura 6: Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

No caso dos usuários diabéticos com o exame clínico em dia apresento resultados semelhantes aos hipertensos não sendo atingida a meta de 100%. Mas, ao longo da intervenção, conseguimos bom resultados. No primeiro mês foi realizado o exame clínico em dia, a 15 usuários diabéticos (83,3%), no segundo mês 36 (85,7%), no terceiro 57 (85,1%) mantendo também estável nos últimos dois meses (**Figura 7**). Além da dedicação dos profissionais para atingir este resultado influenciou muito as atividades com o grupo de Hipertenso e/ou diabéticos e os usuários diabéticos como são em menor número participam com mais frequência destas atividades. As atividades de capacitação realizadas semanalmente nas reuniões de equipe também contribuíram com o resultado final.

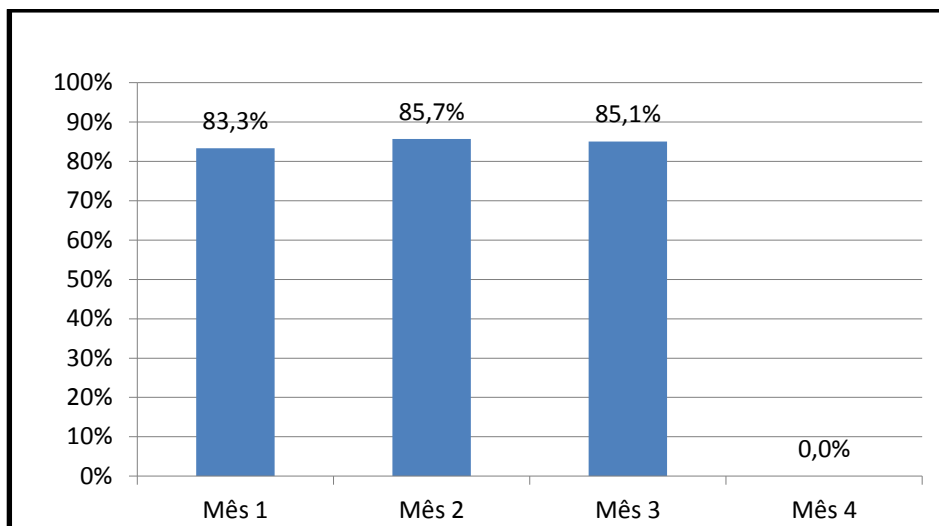


Figura 7: Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram realizados exames complementares somente a 61 usuários hipertensos (72,6%). No segundo mês a 126 (79,7%), no terceiro mês a 184 (77,6%) conforme apresenta a **Figura 8**.

Quanto aos usuários diabéticos, a meta também não foi atingida. No primeiro mês foram realizados exames complementares somente em 15 diabéticos (83,3%). No segundo mês em 35 (83,3%), no terceiro mês 52 (77,6%) como pode ser visualizado na **Figura 9**.

Essas metas não foram atingidas, devido às dificuldades apresentadas na UBS que carece de laboratório não ofertando esse serviço. Os usuários são encaminhados para outras UBS dependendo da quantidade de vagas, material disponível para realização dos exames e grande demanda. Trazendo como consequência uma grande demora entre o intervalo de tempo entre o agendamento e a liberação do resultado dos exames. Além de não alcançar 100% da meta tanto para diabéticos e hipertensos cabe mencionar que tivemos sucesso devido a insistência da equipe com nossa gestora que providenciou com outras unidades a realização destes exames.

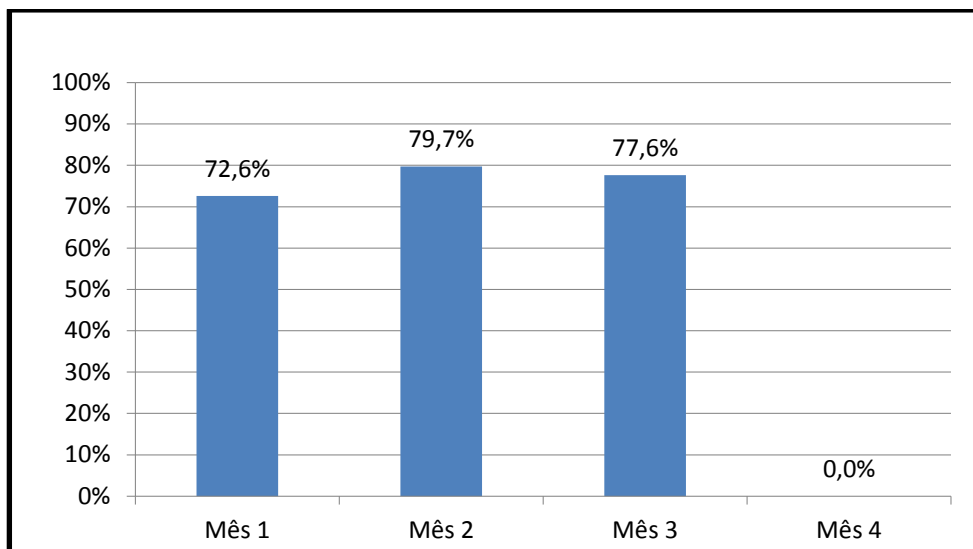


Figura 8: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

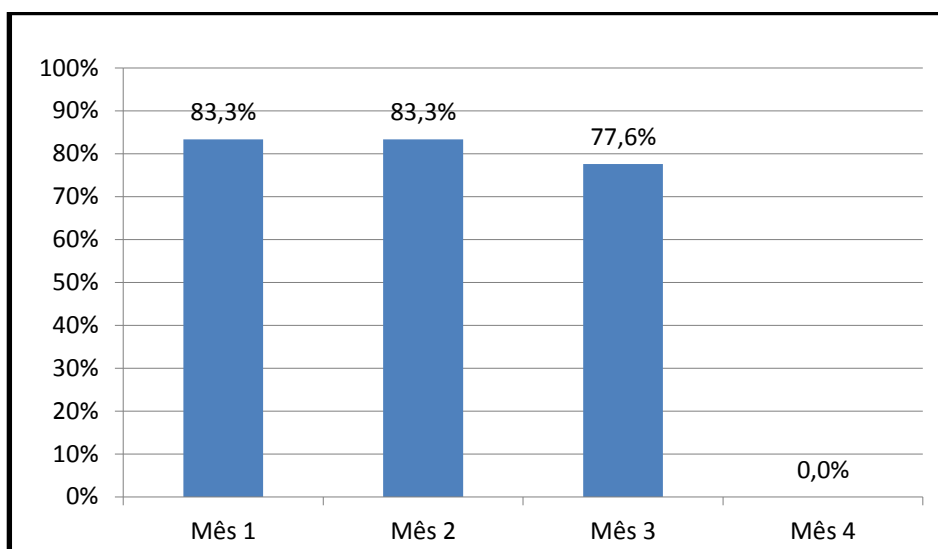


Figura 9: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia da UBS para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe da unidade de saúde.

No primeiro, segundo, e terceiro mês, para o programa de atenção ao usuário hipertenso, foi alcançado, respectivamente, 76 (92,7%), 150 (96,2%), 229 (97,7%) indivíduos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia (**Figura 10**). Já em relação aos diabéticos, no mesmo período foi alcançado, respectivamente, 18 (100,0%), 42 (100,0%), 67 (100,0%).

Essa meta, para usuários hipertensos, embora não tenha sido atingidos durante os três meses, os resultados obtidos foram satisfatórios. Em relação aos usuários diabéticos alcançamos a meta de 100%. A ação que favoreceu este alcance foi à prescrição, por parte dos profissionais, dos medicamentos existentes na rede pública. Não apresentamos dificuldades com a prescrição, mas sim com a disponibilidade, às vezes, também existem usuários hipertensos que não aceitam ou desconhecem a mudança de remédios com nome comerciais pelo genérico existente nas unidades.

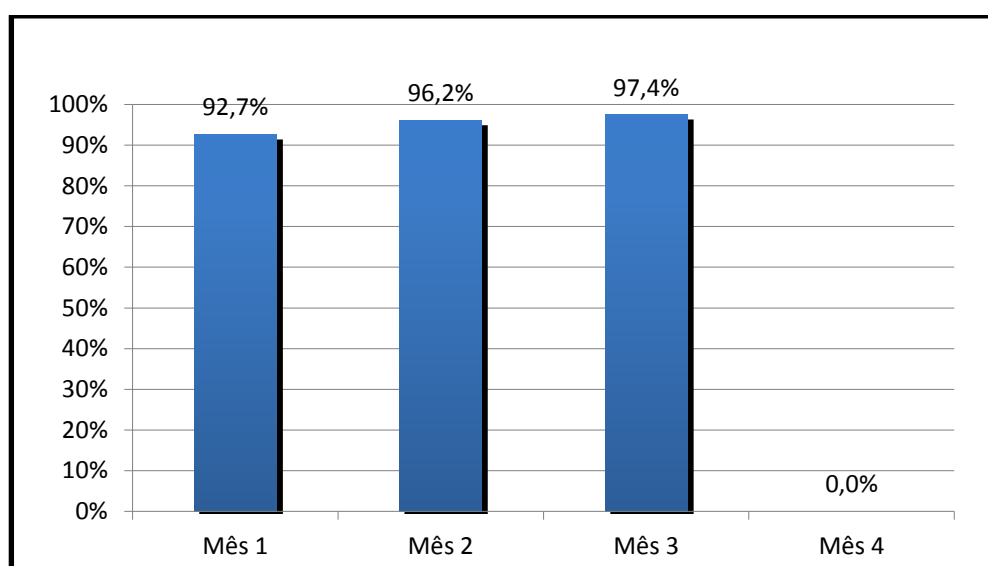


Figura 10: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdiapriorizada CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Na semana sete cadastramos dois usuários hipertensos Carlos e Vera com 66 e 67 anos¹, respectivamente. O casal de idosos manifestou haver abandonado o tratamento devido ao fato de não terem condições, para continuar comprando os medicamentos indicados pelo cardiologista em uma consulta de avaliação. Quando indagamos sobre qual medicamentos tomavam tratasse de Zart H 50mg/12.5mg. Informamos a eles que esses remédios existem com nome genérico losartanopotassica e hidroclorotiazida podendo adquirir na farmácia popular de graça. De início não acreditaram mas, depois de uma boa explicação, exame físico e orientação saíram contentes da consulta, lamentando-se pelo tempo que passaram sem a medicação.

¹ Nome fictício, situação real.

Meta 2.7e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

A meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos não foram atingidas. No primeiro mês foram avaliados 76 (90,5%), usuários hipertensos, no segundo 142 (89,9%) e no terceiro 210 (88,6%) conforme pode ser visto na **Figura 11**. Enquanto os números de usuários diabéticos nesse mesmo período foram respectivamente, 17 (94,4%), 38 (90,5%), 59(88,1%) de acordo com o apresentado na **Figura 12**. As dificuldades enfrentadas para atingirem 100% dos portadores desta doença foi a sobrecarrega de pessoas na agenda para consulta diariamente, que diminuiu a qualidade, tendo em vista o tempo para fazer o exame detalhado do usuário atendido, também os faltosos a consulta que não foram avaliados e outros que recusaram. Nesta ação foi feito um interrogatório para determinar sintomas e sinais que pudessem orientar o diagnóstico.

As ações que facilitaram o alcance desse resultado foram às capacitações recebidas pelos ACS para detectar a necessidade dos usuários da sua área nas visitas domiciliares

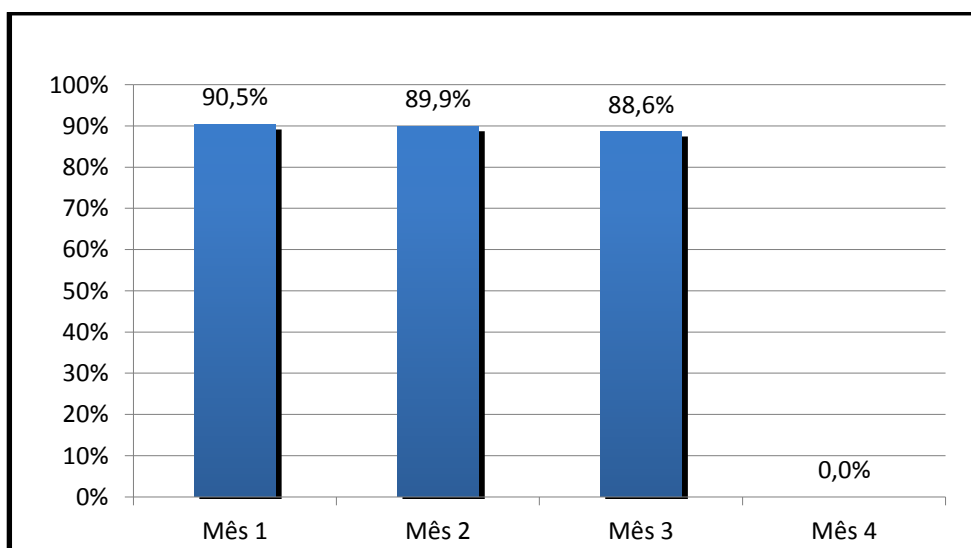


Figura 11: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

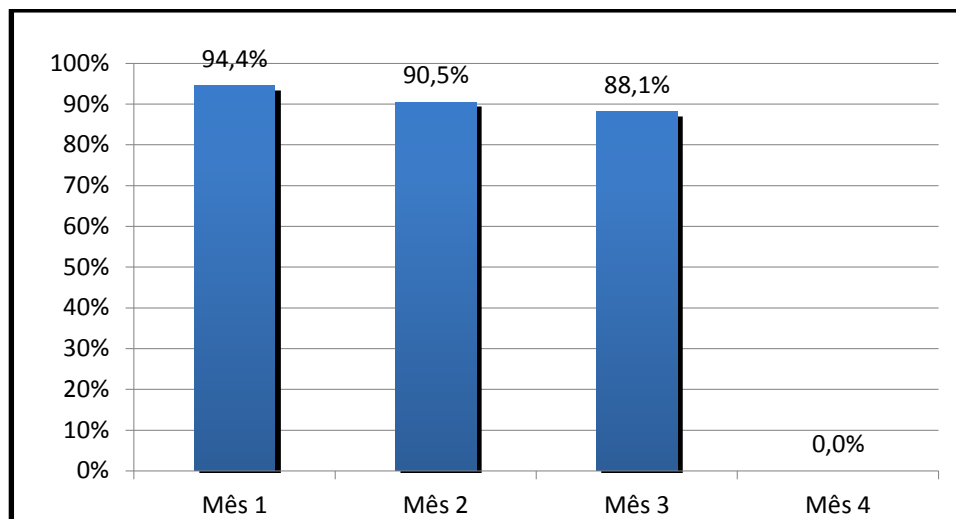


Figura 12: Evolução mensal do indicador de proporção de usuáridiabéticos com avaliação da necessidade de atendimentoodontológicoda CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

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

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

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

Em relação aos hipertensos faltosos às consultas, 28(96,6%) no primeiro mês, 36(97,3%) no segundo e 47(97,9) terceiro mês (**Figura 13**). Além de que são maior número de usuáridos ACS apresentaram dificuldades na busca ativa por muitos não serem encontrados em suas casas em horário laboral dos ACS,outros estavam viajando e uma área descoberta com dificuldades para a localização destes usuáridos.

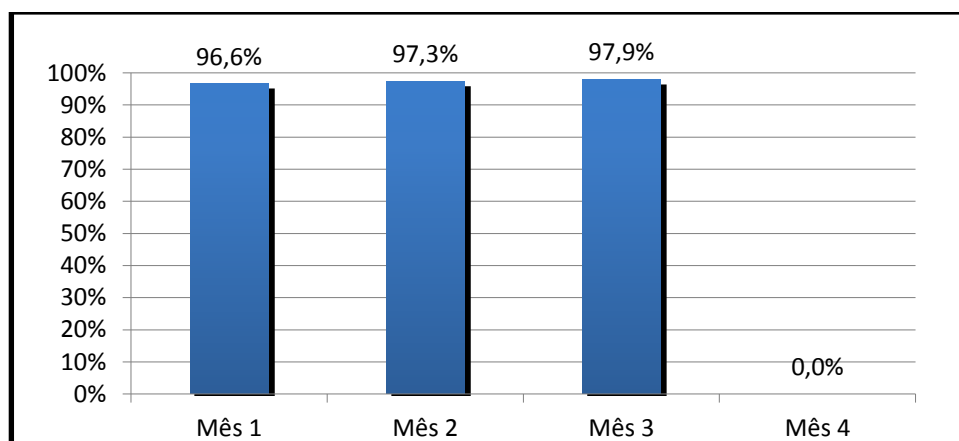


Figura 13: Evolução mensal do indicador de proporção de usuáridoshipertensos faltososàsconsultascombuscaativada CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

A busca ativa dos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, conforme a periodicidade recomendada, também foi uma meta atingida em todos os meses da intervenção em relação aos usuários diabéticos. Deles 100% receberam busca ativa, respectivamente. O número de diabéticos faltosos, nesse mesmo período, foram seis no primeiro mês, oito no segundo e doze no terceiro. Isso foi possível, devido ao trabalho realizado pelos ACS na comunidade, as palestras no grupo de Hipertensão, e as conversas realizadas nas reuniões de equipe, informando para os ACS o nome dos usuários faltosos.

Dentro da elaboração de nossos diários cabe destacar alguns usuários atendidos na unidade que formaram parte de nossa rotina de trabalho. Foram resgatados dois usuários faltosos da semana, nove anterior e um deles, João Carlos de 75 anos², que os ACS convenceram a comparecer na consulta uma vez que se recusava foi encaminhado para atendimento na atenção secundária devido a diabetes descompensada com hemoglicoteste 358, falta de ar, pressão 18/11mmHG, edema em membros inferiores e insuficiência cardíaca. Foi medicado na unidade com os recursos que possuíamos e encaminhado por meio do SAMU para internação e tratamento.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Esse indicador comportou-se da seguinte forma: No primeiro mês 80 usuários (95,2%), no segundo mês 154 (97,5%) e no terceiro mês 233 (98,3%) estavam com registro na ficha espelho (**Figura 14**). Este indicador foi aumentando pelo interesse da equipe que em conjunto procurou uma solução. Principalmente pelas dificuldades que apresentamos na unidade para conseguir imprimir um número suficiente de fichas de acompanhamento, tendo que solicitar ajuda nas escolas adjacentes para conseguir fazer o acompanhamento. O mesmo ocorreu quanto à proporção de usuários diabéticos, no primeiro mês 17(94,4%), segundo 41(97,6) e no terceiro mês 66(98,5%) conforme apresenta a **Figura 15**.

Apesar desse indicador não ser alcançado, teve um ganho progressivo nos resultados. Ações como a falta de gestão atrapalharam garantir o objetivo proposto.

² Nome fictício, situação real.

O município tem disponibilidade de folhas e impressora, mesmo sendo comunicado e solicitado para a gestão, a quantidade entregue para a equipe foi insuficiente.

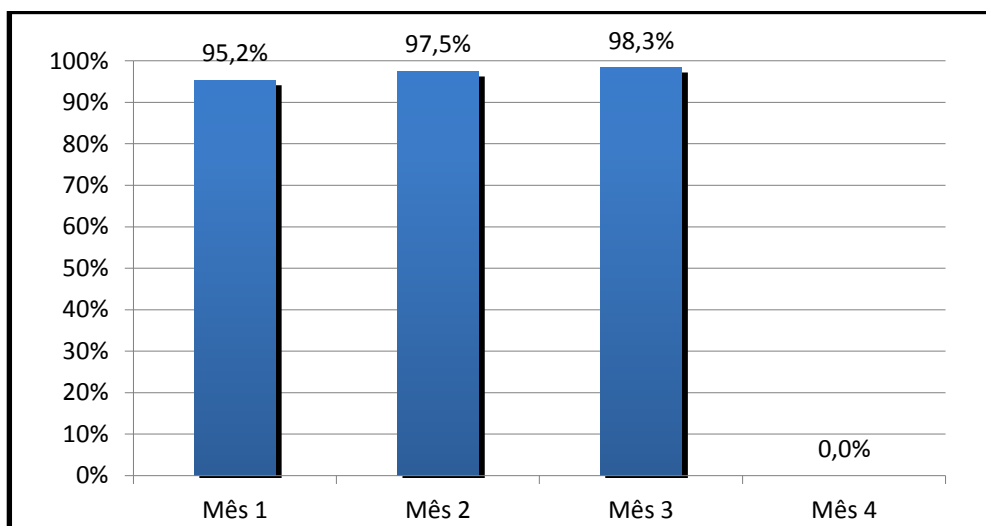


Figura 14: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

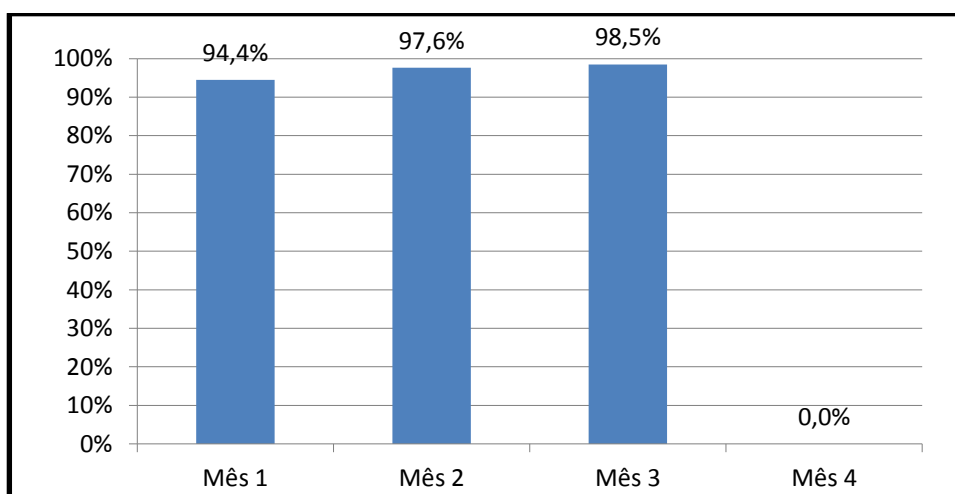


Figura 15: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

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

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos foram atingidas nos últimos três meses da seguinte forma: No primeiro mês foi realizada a estratificação a usuários hipertensos 68(81,0%). No

segundo 133(84,2%) e no terceiro mês 191(80,6%), apresentavam a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia (**Figura 16**).

Quanto aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi feita a estratificação 16 (88,9%), no segundo e no terceiro mês 37 (88,1%) e 54 (80,6%) usuários diabéticos apresentavam a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico (**Figura 17**).

O que dificultou obter melhores resultados durante os três meses foi o número de faltosos a consulta, também à sobrecarga da agenda de trabalho e as dificuldades com a internet na unidade que impossibilitou a aplicação do Escore de Framingham. A ação facilitadora neste caso foi à realização de atividades de capacitação para os profissionais da unidade e a criação de uma agenda de trabalho mais organizada.

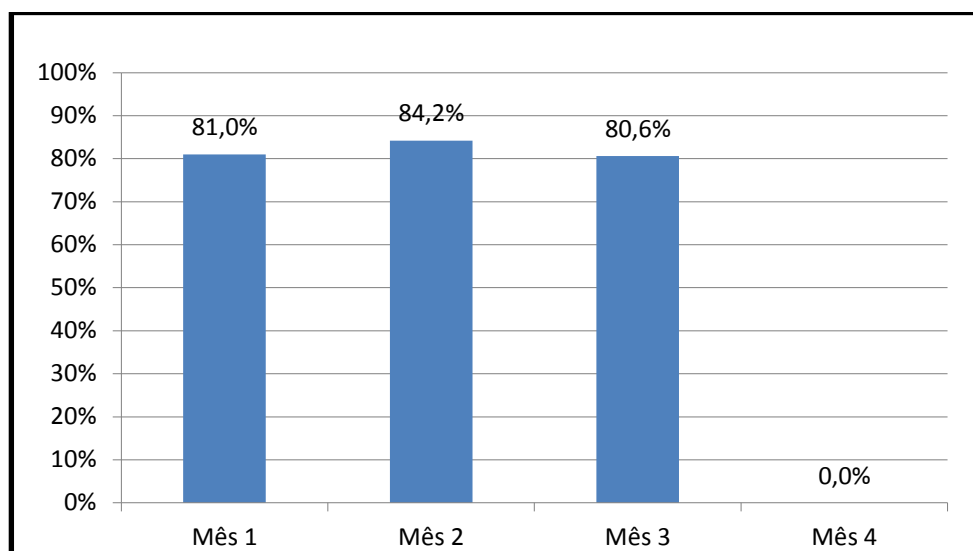


Figura 16: Evolução mensal do indicador de proporção de usuáriorshipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

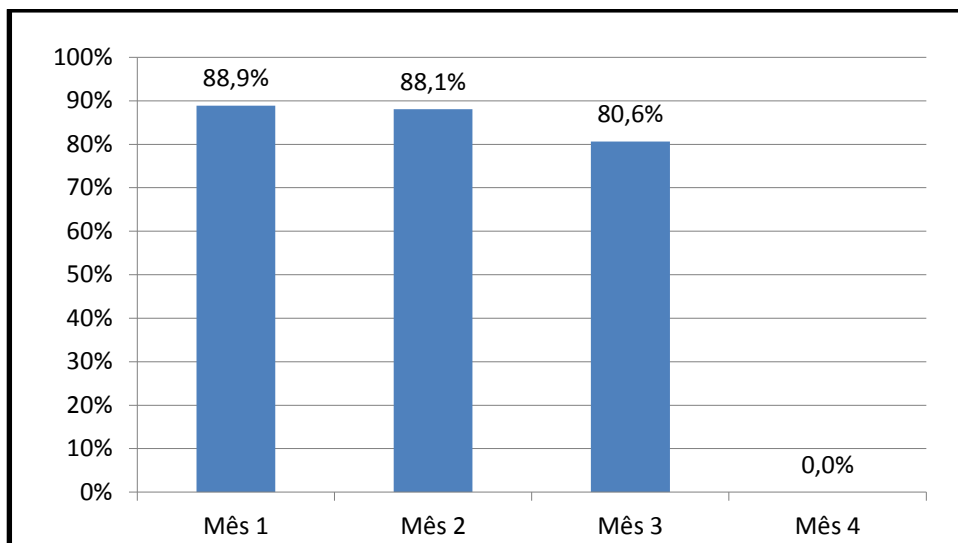


Figura 17: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Estamos sendo elogiados por muitos usuários no final do atendimento já que nos relatam que nunca em sua vida nenhum profissional havia feito exame físico neles da cabeça aos pés. Acho que se deve ao fato que no atendimento encontramos dois usuários diabéticos: Maria da Graça de 73 anos que ao exame físico dos pés apresentavam ressecamento assim como feridas sépticas no calcâneo e Francisco de 63 anos³ que apresentava unhas com unicomioses. Desta forma, além do tratamento medicamentoso foram orientados olhar os pés diariamente para ver se possui bolhas, rachaduras, lesão, alteração na temperatura e coloração da pele assim como hidratar os pés a noite, cortar as unhas em linha reta e arredondar os cantos com lixa, não cortar os calos, preferencialmente ir a um profissional especializados, usar sapatos confortáveis, macios e sem costura interna e não andar descalços, nem dentro de casa.



Figura 18: Palestra aos usuários hipertensos e diabéticos sobre os cuidados com pés.

³Nomes fictícios, situações reais.



Figura 19 e 20: Orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre os cuidados com pés.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos e diabéticos.

A meta foi alcançada parcialmente em todos os meses durante a intervenção. Devido o início da intervenção, nas duas primeiras semanas, dois dos usuários hipertensos cadastrados não receberam orientação nenhuma sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e orientação sobre risco de tabagismo, isso aconteceu porque ditos usuários moram na área, mas os filhos compartilham o cuidado deles, porém não permanecem no domicílio durante os dias úteis de trabalho, sendo que ao término do terceiro mês, ainda não foi possível oferecer ditas orientações a esses usuários. Justificamos o acontecido devido a sobrecarga de trabalho dos ACS na divulgação da intervenção, falta de organização no início do projeto e que foram usuários faltosos a consulta de área descoberta, pelo que não receberam de início esta orientação.

Comportando-se os indicadores, no primeiro, segundo e terceiro mês, 82 (97,6%), 156 (98,7%), 235 (99,2%) dos usuários hipertensos receberam tal orientação (**Figura 21**). Já em relação aos diabéticos 18 (100,0%), 42 (100,0%), 67 (100,0%) deles receberam orientação nutricional.

A meta é garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas hipertensas e diabéticas foi atingida de forma escalonada em todos os meses durante a intervenção.

As ações favorecedoras desta meta foram às orientações realizadas pelos profissionais, nas consultas e pelos ACS na comunidade. Além disso, foram feitas palestras no grupo de Hipertensão, com uma periodicidade de duas vezes no mês.

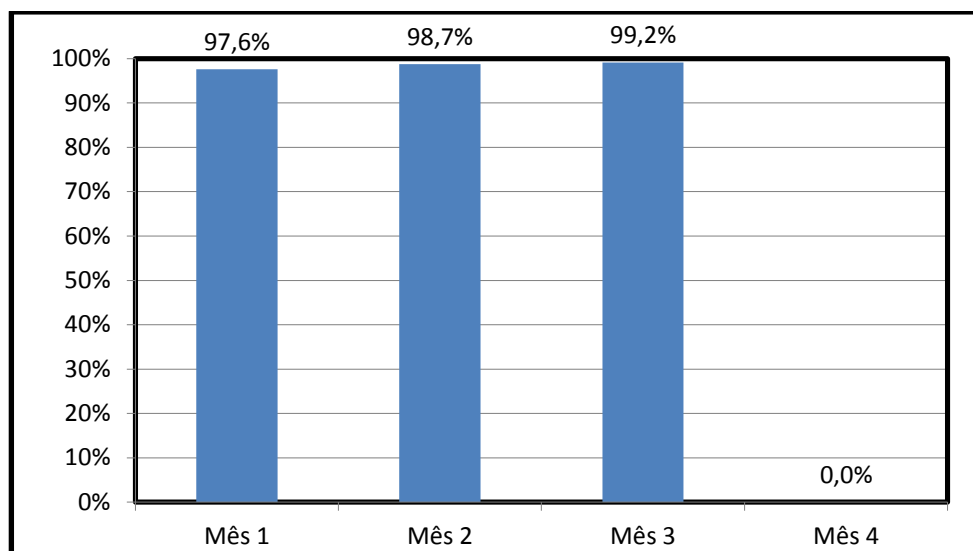


Figura 21: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.



Figura 22: Palestra sobre alimentação saudável, atividade física e risco de tabagismo.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Mesmo não sendo possível inserir o educador físico nas atividades educativas realizadas, os resultados foram bons, devido aos esforços e a dedicação dos profissionais da equipe que orientaram os usuários hipertensos e diabéticos durante as consultas, nas ações de engajamento público e no grupo de usuário alvos da intervenção.

Os indicadores foram iguais aos mencionados anteriormente, no primeiro, segundo, e terceiro mês, 82 (97,6%), 156 (98,7%), 235 (99,2%) dos usuários hipertensos receberam tal orientação (**Figura 23**). Já em relação aos diabéticos 18

(100,0%), 42 (100,0%), 67 (100,0%) deles receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

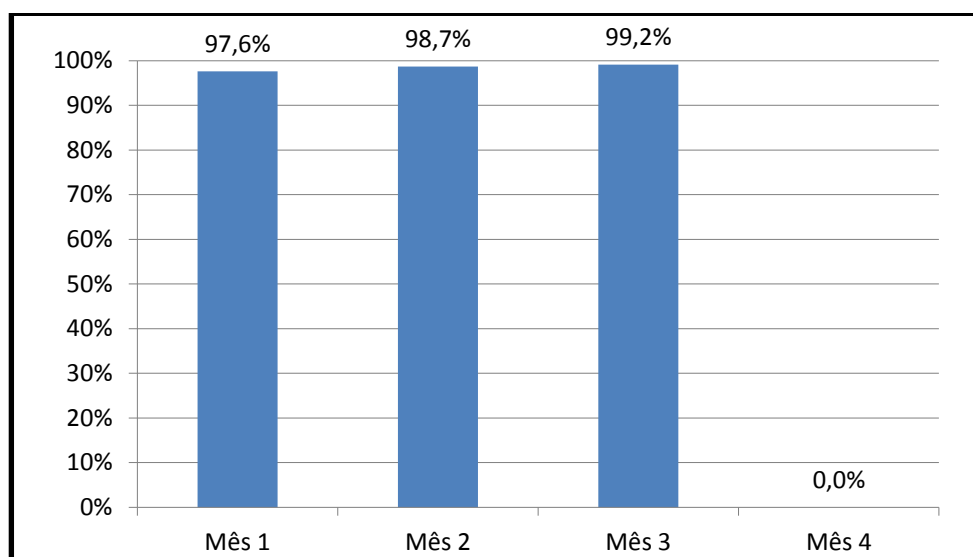


Figura 23: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regularada CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos

A meta foi atingida da mesma forma como explicamos anteriormente no primeiro, segundo, e terceiro mês, 82 (97,6%), 156 (98,7%), 235 (99,2%) dos usuários hipertensos receberam tal orientação (**Figura 24**). Já em relação aos usuários diabéticos 18 (100,0%), 42 (100,0%), 67 (100,0%) deles receberam orientação sobre risco de tabagismo.

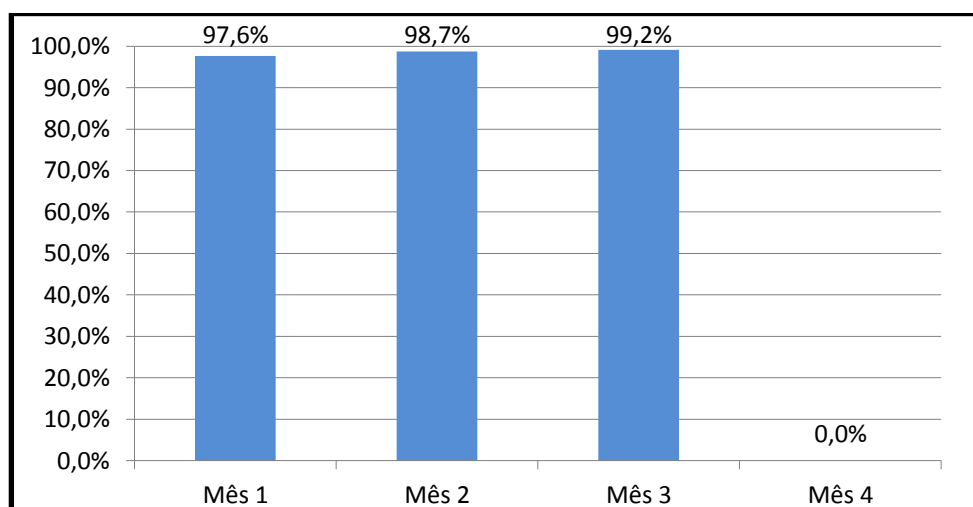


Figura 24: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Meta 6.7 e 6.8:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

No primeiro, segundo e terceiro mês, 82 (97,6%), 156 (98,7%), 235 (99,2%) dos usuários hipertensos receberam tal orientação. Já em relação aos diabéticos 18 (100,0%), 42 (100,0%), 67 (100,0%) deles receberam orientação sobre higiene bucal (**Figura 25**).

A orientação sobre higiene bucal aos hipertensos foi realizada chegando a 99,2% dos casos ao longo da intervenção. Essa meta foi atingida em todos os meses, uma vez que as orientações foram realizadas nas consultas com os profissionais, na comunidade pelos ACS e profissionais nas visitas domiciliares e durante as palestras oferecidas no grupo de Hipertensão.

Cabe destacar que depois de tanta insistência e pressão pela equipe sobre o atendimento odontológico sobre os nossos gestores, conseguimos uma unidade de saúde onde os odontologistas se comprometeram que uma vez por semana seriam atendidos oito usuários de nossa UBS, dando prioridades aos usuários gestantes, idosos e incluindo os usuários do nosso projeto. A equipe ficou muito contente já que além de não satisfazer nossa demanda pelo menos é um pequeno avanço nesta grande batalha.

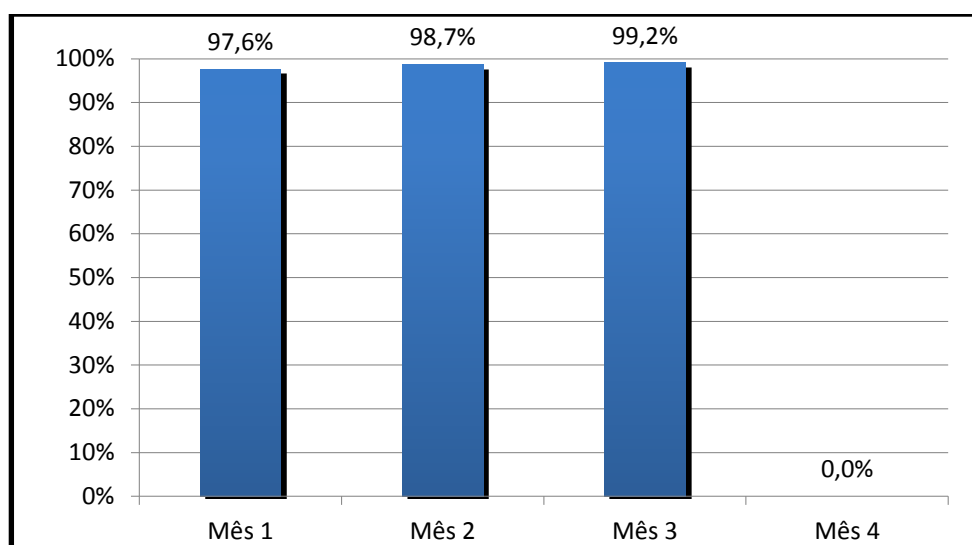


Figura 25: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal da CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR.

Contudo, é válido ressaltar que as ações sobre alimentação saudável, atividade física, risco de tabagismo, e saúde bucal, são ações realizadas em conjunto, porém os resultados obtidos foram similares, sendo que somente dois usuários no primeiro mês da intervenção não receberam ditas orientações.

4.2 Discussão

Na unidade de saúde a intervenção realizada pela equipe conseguiu melhorar a atenção à saúde dos usuários alvo com HAS e DM. Este objetivo foi alcançado ao ampliar a cobertura de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorando a qualidade da atenção, conseguindo a adesão desses indivíduos ao programa. Assim como também a prevenção em quanto a risco cardiovascular e ações de promoção de saúde enfocadas em fatores de risco destas doenças crônicas.

A equipe considera que a intervenção teve grande importância, devido que após os três meses a equipe ficou muito mais integrada, preparada e juntas elaboramos novas ideias para vencer as dificuldades, o que permitiu qualificar o atendimento dos usuários e organizar o processo de trabalho, isso foi conseguido graças ao impulso positivo que ocasionaram as capacitações e atualizações recebidas pela equipe. A intervenção contribuiu para melhorar o acolhimento das pessoas estabelecendo a prioridade, segundo a avaliação do risco, a qual não seria alcançada sem uma boa capacitação da equipe.

Em relação ao serviço, antes da intervenção os atendimentos estavam principalmente voltados na demanda espontânea e aos poucos eram cumpridas as ações programáticas. O grupo de Hiperdia funcionava com pouca frequência. A intervenção possibilitou rever as atribuições da equipe viabilizando um maior número de atendimento, melhorando a demanda espontânea e conseguindo melhorar grandemente o acolhimento, avaliação e orientação de nossa população alvo de usuários hipertensos e diabéticos.

Para a comunidade teve um impacto que foi bem percebido. As informações acerca dos usuários com HAS e DM foram registradas adequadamente, eles receberam visitas domiciliares para agendar suas consultas e receberam orientações sobre muitos temas de interesse. Fortalecendo ainda mais o vínculo com nossa unidade. Até mesmo os usuários de áreas descobertas foram beneficiados com a intervenção, por meio das visitas domiciliares e o grupo Hiperdia que atualmente funciona com maior frequência.

No caso de começar a realizar a intervenção neste momento, iria favorecer um maior envolvimento e aproximação dos gestores e a comunidade com suas lideranças do projeto. O trabalho poderia ter sido mais facilitado se tivesse sido executado com uma melhor articulação nesse sentido. No entanto, com a incorporação da intervenção na rotina do serviço com o tempo conseguiremos melhorar a articulação e vencer algumas dificuldades encontradas ao longo do desenvolvimento da nossa intervenção.

A meta de cobertura no programa de atenção ao usuário com diabetes na foi alcançada chegando a um (53,6%). O encurtamento para 12 semanas da intervenção, as condições climáticas devido às chuvas, alguns feriados prolongados, falta de motivação da equipe em algumas semanas da intervenção, as férias dos integrantes da equipe, a falta de ACS para área descoberta e em ocasiões a sobrecarga de trabalho da equipe para dar conta das outras ações programáticas, foram alguns dos motivos que impossibilitaram o cumprimento da meta proposta. A meta de cobertura no programa de atenção ao usuário com diabetes foi alcançada em 61,5% após a intervenção, as dificuldades por não termos conseguido atingir a meta foram as mesmas relatadas que influíram na cobertura do usuário hipertenso.

A divulgação do projeto pelos integrantes da equipe junto com as lideranças da comunidade, a melhora no acolhimento destes usuários pela equipe de forma contínua, assim como o trabalho dos ACS nas visitas domiciliares e busca ativa como pilar fundamental, e a incorporação na rotina diária, serão as ações que mais ajudaram a obter melhores resultados.

No caso da meta dos usuários diabéticos com o exame clínico em dia apresento resultados semelhantes aos hipertensos não sendo atingida a meta de 100%, devido à quantidade de pessoas agendada diariamente para consulta (estabelecido pelo Ministério de Saúde), o tempo para fazer o exame clínico

adequado diminuiu e interferiu na qualidade. A ação que contribuiu a lograr essa meta foi a dedicação dos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento.

A meta garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Essas metas não foram atingidas, devido às dificuldades apresentadas na UBS que carece de laboratório não ofertando esse serviço. Os usuários são encaminhados para outras UBS dependendo da quantidade de vagas, material disponível para realização dos exames e grande demanda.

A meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia da UBS para 100% dos hipertensos, não foi cumprida para os usuários hipertensos. Não apresentamos dificuldades com a prescrição, mas sim com a disponibilidade, às vezes, também existem usuários hipertensos que não aceitam ou desconhecem a mudança de remédios com nome comerciais pelo genérico existente nas unidades.

A meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. As dificuldades enfrentadas para atingir 100% dos portadores desta doença foram a sobrecarga de pessoas na agenda para consulta diariamente, que diminuiu a qualidade, tendo em vista o tempo para fazer o exame detalhado do usuário atendido, também os faltosos a consulta que não foram avaliados e outros que recusaram. Nesta ação foi feito um interrogatório para determinar sintomas e sinais que pudessem orientar o diagnóstico.

A meta buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Não foi atingida, além disso o maior número de usuários os ACS apresentaram dificuldades na busca ativa por muitos não serem encontrados em suas casas em horário laboral dos ACS, outros estavam viajando e uma área descoberta com dificuldades para a localização destes usuários.

A meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não foi atingido. O que dificultou obter melhores resultados durante os três meses foi o número de faltosos a consulta, também à sobrecarga da agenda de trabalho e as dificuldades com a internet na UBS que impossibilitou a aplicação do Escore de Framingham.

Uma vez que a intervenção esta inserida na rotina do serviço, pretendemos melhorar o atendimento odontológico, priorizar a realização dos exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, trabalhar mais com o grupo de

Hipertensos o/ou diabéticos intuito de melhorar a qualidade da assistência juntamente com o orientador físico e nutricionista assim como fazer o possível para ampliar o trabalho na área descoberta intensificando as ações desenvolvidas até o momento. Incorporando estas atividades a outras ações programáticas segundo o Ministério da Saúde para serem desenvolvidas em conjunto com outras equipes e/ou UBS.

5Relatório da intervenção para gestores

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

A intervenção foi realizada pela equipe 2.5 da Unidade de Saúde Mecejana, Boa Vista - RR com o projeto intitulado *Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na CMS/ESF Mecejana, Boa Vista/RR*. Esse projeto foi desenvolvido durante um período de 12 semanas entre os meses de março a junho de 2015. O objetivo principal foi ampliar a cobertura de assistência e qualificar a atenção dos usuários com hipertensão e diabetes. Para a escolha do foco foi levado em consideração à situação desta ação programática após a realização de uma análise situacional sistemática da unidade assim como a realidade epidemiológica da área de abrangência desse serviço.

Assim, ao longo das 12 semanas de intervenção, foram realizadas múltiplas ações que já foram incorporadas a rotina do serviço. Entre os aspectos qualificados com a intervenção, destacam-se o acolhimento realizado pela equipe com instrumento de avaliação de risco cardiovascular e o agendamento das consultas a partir de prioridade. Foi criado o grupo de usuários hipertensos e diabéticos que

funciona com uma frequência quinzenal, ou seja, nas primeiras e terceiras quartas-feiras do mês. Neste grupo são oferecidas palestras e orientações aos usuários e familiares sobre alimentação saudável, práticas de exercícios físicos e risco de tabagismo.

Vale ressaltar que com a reorganização do processo de trabalho e uma melhor integração e comunicação entre os membros da equipe que conseguiu uma melhor identificação das pessoas acometidas com essas doenças na área de abrangência. Além disso, aprimorou o acolhimento e ficou desenvolvendo ações permanentes na avaliação do risco e acompanhamento desses usuários.

Com o desenvolvimento das ações o número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS aumentou respectivamente, de 84 no primeiro mês (19%), no segundo mês 158 (35,7%) e para 237 (53,6%) no terceiro mês. E usuários diabéticos de 18 (16,5%) para 67 (61,5%) no terceiro mês. Pelo que foi ampliada a cobertura de atenção às pessoas hipertensas e diabéticas da área de abrangência da equipe.

A equipe reconhece o apoio oferecido pela gestão da unidade para desenvolver as ações. Para a realização do projeto, a gestão nos apoiou disponibilizando medicamentos, material para realização de hemoglicoteste, assim como facilitando o acesso ao para o atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos. No entanto, o serviço ainda enfrenta algumas dificuldades com as vagas no laboratório para a realização dos exames complementares, devido à grande demanda de pessoas que procuram esse serviço. O mesmo acontece com o atendimento odontológico para a população alvo de nossa intervenção, pois nem todos os usuários conseguem atendimento. Desta forma, consideramos importante que esses aspectos sejam analisados e, com apoio da gestão municipal, poder facilitar oferecimento desses serviços para a população.

Temos convicção de que a intervenção contribuiu ativamente na melhoria da assistência à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos além de já ter sido incorporada à rotina da UBS garantindo uma continuidade das ações.

A equipe acredita e já planeja a possibilidade de ampliar a intervenção a outros programas, tais como, Atenção ao Pré-natal, Puericultura e Atenção ao Usuário Idoso. Assim, seria interessante a continuidade do apoio dessa gestão às atividades proposta pela equipe mantendo um trabalho de parceria e engajamento público.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso de suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB).

A equipe desenvolveu uma intervenção na comunidade da UBS no Bairro Mecejana durante três meses (março a junho de 2015). Durante esse período foi desenvolvido o Projeto *Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na CMS/ESF Mecejana, Boa Vista - RR*. Por meio da realização desse trabalho atingimos o objetivo proposto de ampliar a cobertura e melhorar o atendimento aos usuários com essas doenças.

A atenção à população alvo da intervenção teve como benefícios, a criação do grupo de usuários hipertensos e diabéticos, o qual funciona com uma frequência quinzenal ou mensal nos casos onde temos que desenvolver outras ações programáticas que também exigem de atenção. Neste grupo todos os participantes e seus familiares recebem orientações sobre temas de saúde relacionados com as doenças mais frequentes para este grupo, a prática de exercício físico, orientação nutricional além de possibilitar trocas de vivências entre os participantes e outras atividades que permitem melhorar a qualidade de vida de nossos usuários.

O trabalho favoreceu a melhora no acolhimento dos usuários na unidade de saúde além de estar sendo garantido o agendamento desses usuários para as consultas priorizando os que apresentam maior risco. Os atendimentos

estão garantidos duas vezes por semana para essa população o que garante qualidade na assistência.

Para uma melhor qualidade dos atendimentos, ainda faltam alguns aspectos que almejamos conquistar futuramente, como garantir as vagas para o atendimento odontológico, uma vez ao ano, assim como garantir a prioridade para a realização dos exames complementares em dia. Além de outras dificuldades a serem resolvidas, como a integração e participação ativa da comunidade, a criação dos Conselhos de Saúde, a inserção de outros profissionais como nutricionista e educador físico, para as atividades no grupo de hipertensão e diabetes, sendo essa uma das metas a serem desenvolvidas no futuro.

Todas as ações desenvolvidas durante esse período já estão formando parte da rotina do serviço. A comunidade pode apoiar a equipe na busca ativa de faltosos as consultas, facilitar os locais para a realização das atividades do grupo de hipertensão e diabetes nos micro áreas assim como divulgar as atividades que estão sendo desenvolvidas na UBS. Sendo assim, solicitamos o apoio da comunidade, pois o trabalho em conjunto facilitará alcançar melhores resultados nas ações, melhorando e facilitando o desempenho do trabalho em nossa UBS. Convidamos toda a comunidade da área de abrangência para participar da reunião do grupo hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Mecejana que será realizado quinzenalmente nas terças-feiras no horário das 09h00.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciamos a intervenção fiquei preocupado e ao mesmo tempo curioso, pois nunca tinha participado de um curso a distância. Foram muitas as dificuldades com as redações dos textos, os vocabulários precisos para eu expressar minhas ideias, a falta de habilidade para desempenhar as atividades no computador solicitando às vezes ajuda dos colegas da turma. Desse modo, no final quase acabei fazendo um curso de computação dentro do curso a distância. Mesmo com todas essas dificuldades fiz um grande esforço para entregar as tarefas em dia cumprindo sempre às determinações do orientador estabelecidas pelo curso.

Desta maneira, foi muito interessante à participação no fórum devido à possibilidade de intercâmbio com outros colegas e apresentações de casos clínicos para discutir, ajudar e a resolver, assim como o fórum de avaliação com os quais são os resultados da intervenção realizada no serviço semanalmente. Também considero que as práticas clínicas assim como os casos interativos foram de grande interesse para todos, como os testes de qualificação cognitiva. Deste modo, o processo pessoal de aprendizagem foi desenvolvido adequadamente e com a ajuda dos orientadores conseguimos aumentar os conhecimentos sobre o SUS, conhecer os protocolos de atendimentos e reforçar temáticas médicas realizando um grande aporte ao melhoramento da qualidade dos atendimentos.

Outra coisa que cabe destacar são os temas estudados em quanto à atenção básica de saúde, como princípios e diretrizes do SUS já que nos ensinaram a entender melhor o fluxo de atendimento para os diferentes grupos da população. Como aspectos mais relevantes, trago o reconhecimento das necessidades de

saúde individuais e coletivas; conhecemos princípios e diretrizes do SUS; os princípios da Atenção Primária à Saúde; a Política Nacional da Atenção Básica; aspectos básicos da pesquisa em Atenção Básica; o significado da Educação e da Participação Popular na Saúde como instrumentos de promoção da equidade, da integralidade e da construção participativa do cuidado em saúde. Permitiram-nos adequar os dados da população alvo e monitorar os indicadores previstos na intervenção para obter os resultados satisfatórios ao final da mesma.

A especialização me proporcionou conhecimentos para o meu aperfeiçoamento profissional, como também sobre a importância de um cuidado humanizado, buscando construir uma atenção primária mais estruturada, acolhedora e resolutiva. Para realizar esta especialização foi necessário muito esforço, pois foi preciso capacitar toda a equipe de saúde em relação a intervenção, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

Portanto, esta especialização permitiu ligar o conhecimento com a aplicação deste, ou seja, ligar a ciência com a prática, propiciando desta maneira, um cuidado mais qualificado.

Referências

Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus – Profissional de Atenção Básica – Capacitação. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

São Paulo. Atenção à saúde do adulto - Protocolo de Enfermagem, Programa de Saúde da Família da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2003.

BLOOM, A. Syringes for Diabetics. British Medical Journal: London. 1985. BOSI, P. L.; CARVALHO, A. M.; CONTRERA, D.; CASALE, G.; PEREIRA, M. A.; GRIONNER, M. F.; DIOGO, T. M.; TORQUATO, M. T. C. G.; OISHI, J.; LEAL, A. M. O. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-79 years of the city of São Carlos, São Paulo. ArqBrasEndocrinolMetab.v. 53(6), p. 726-32. 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Distrito Federal. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília SES, 2001. TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P. Reutilização de seringas.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Revista Hipertensão. v. 13, p. 1-66. 2010 IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Arq. Bras. Cardiol. v. 88, p. 1-26. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. 2002. NEGRATO, C. A.; PENICHE, J. B. Reutilização de Seringas Descartáveis e Insulinoterapia. Bauru, 1986.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: