

**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 do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Serra Grande, Cantá/RR

Mirkadennia Nash Triana

Pelotas, 2015

Mirkadennia Nash Triana

Melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Serra Grande, Cantá/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: Pâmela Moraes Völz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T821m Triana, Mirkadennia Nash

Melhoria do Programa de Acompanhamento da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e / ou Diabetes Mellitus na ESF Serra Grande, Cantá / Rr. / Mirkadennia Nash Triana; Pâmela Moraes Völz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Völz, Pâmela Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedicado a meus filhos fonte de todos meus sacrifícios.

Dedicado a minha pátria, pois recebe a educação necessária para a formação como profissional da saúde que sou.

Dedicado ao povo Brasileiro que necessita assistência em saúde da maior qualidade.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Pamela Völz pelo apoio brindado todo este tempo, por ter sido tão paciente conosco, sem sua ajuda não teria conseguido continuar até o final, muito obrigado por tudo. Agradeço também ao professor Ernade por todas as orientações oferecidas ao longo do curso para que todo o trabalho ficasse com a maior qualidade. Agradeço a minha equipe de trabalho sem seu apoio e animação não teria conseguido realizar o projeto de intervenção. Agradeço ao povo Brasileiro por ter mim dado a oportunidade de oferecer meu conhecimento médico com a qualidade que ele merece.

Resumo

TRIANA, Mirkadennia Nash. **Melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Serra Grande, município de Cantá/RR.** 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) constituem um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, renais e cerebrovasculares a nível mundial. Tendo em vista que o acompanhamento contínuo da pessoa portadora de HAS e de DM pode diminuir as complicações, evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção e reduzir custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), o presente trabalho tem como objetivo aumentar a cobertura e melhorar a qualidade do Programa de Acompanhamento da pessoa com HAS e/ou DM na ESF Serra Grande, Cantá/RR. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas devido à solicitação da coordenação do curso a intervenção teve duração de 12 semanas. Foram acompanhados durante esse período 125 portadores de HAS e 41 portadores de DM na faixa etária de 20 anos ou mais, atingindo uma cobertura de 26,8% e 30,8% respectivamente. Além disso, as seguintes ações alcançaram 100% de qualidade: realização de exame clínico de acordo ao protocolo, indicação de exames complementares de acordo ao protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa de usuários faltosos, registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular e orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. A reorganização da atenção ao portador de HAS e/ou DM promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e, conseqüentemente, uma participação ativa da comunidade na resolução de problemas.

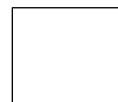
Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença crônica.

Lista de Figuras

Figura 1 - UBS Serra Grande II	12
Figura 2 - UBS Vila Serra Grande I	13
Figura 3 - UBS Vila Fonte Nova	13
Figura 4 - Apresentação do projeto para os gestores	46
Figura 5 - Capacitação da equipe	47
Figura 6 - Visita domiciliar na moto do ACS	48
Figura 7 - Visita domiciliar no carro do ACS	49
Figura 8 - Atendimento clínico	50
Figura 9 - Atendimento clínico	50
Figura 10 - Atividades de engajamento público	52
Figura 11 - Atividades de engajamento público	53
Figura 12 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	61
Figura 13 - Atendimento clínico	63
Figura 14 - Cobertura do programa de atenção ao diabético	63
Figura 15 - Proporção de hipertensos com exames complementares	66
Figura 16 - Proporção de diabéticos com exames complementares	67
Figura 17 - Atividades de educação em saúde	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CHCM	Concentração de Hemoglobina Corpuscular Meia
DM-	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
HGT	Hemoglicoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
NASF	Núcleo de Apoio Psicossocial
QUE	Química Urine Exam
RR	Roraima
SUS	Sistema Único de saúde
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VCM	Volume Corpuscular Meio



Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	73
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	76
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	80
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências	83
Anexos	84

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com objetivo de melhorar atenção aos hipertensos e diabéticos na ESF Vila Serra Grande II, Cantá, RR. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho 2014, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de Junho 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou médica da equipe de Saúde da Família no município de Cantá/RR. Nossa UBS está localizada na Vila Serra Grande II. Seguindo o modelo de ESF, oferecemos atendimento à população tanto na área de abrangência (duas vezes por semana), como também em duas unidades de extensão e em uma escola de uma vicinal (que emprestou um local para o atendimento dos usuários). O objetivo é melhorar a acessibilidade da população, pois nossa área de abrangência é rural, caracterizada como Amazônia legal, grande parte da população mora longe da UBS Vila Serra Grande II.

As equipes da ESF estão capacitadas para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade, pois a UBS se constitui como a porta de entrada preferencial do SUS. No entanto, para que a atenção oferecida seja de qualidade, faz-se necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais da saúde em relação a esse compromisso.

A equipe está composta por: 12 agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma médica e três técnicos de enfermagem. Como eu estou trabalhando na equipe há um mês, ainda não cadastramos 100% da população da área de abrangência, mas acredito que com o trabalho em conjunto da equipe vamos alcançar esse objetivo em breve.

A estrutura da UBS é um antigo centro de saúde reestruturado e não segue os padrões determinados pelo Ministério da Saúde. Possui uma sala de espera, onde realizamos o primeiro acolhimento dos usuários, um consultório médico com sanitário, uma sala de curativos e procedimentos, onde também são realizadas nebulizações. Nossa UBS também possui uma farmácia, uma copa e um sanitário para funcionários, que também é utilizado pela população.

A UBS não possui sala de vacinas, o que dificulta o trabalho diário, pois os usuários precisam se deslocar até a UBS sede do município para completar seu esquema vacinal e também não possui sala de esterilização. Devido a isso, o material estéril tem que ser buscado na UBS sede do município e, se houver algum problema durante o transporte desse material, o usuário precisa ser encaminhado para a UBS da sede do município para fazer os procedimentos e curativos. Por enquanto, esse problema vem sendo resolvido com material descartável, pois não temos set de sutura. Já solicitamos aos gestores pelo menos um set de sutura para levarmos nos atendimentos com as medidas de biossegurança adequadas, mas não obtivemos retorno.

A UBS também não possui equipe odontológica, por isso, os usuários têm que se deslocar até a UBS na sede do município, onde uma equipe de saúde bucal atende mais de 14mil habitantes.

Considero isso uma dificuldade, pois a UBS sede fica a mais de 40km da UBS Vila Serra Grande II e, como muitos usuários moram ainda mais longe da vila, nem sempre conseguem pegar o ônibus cedo e acabam perdendo a consulta. Caso o município providenciasse uma equipe móvel de saúde bucal, uma vez ao mês, poderíamos resolver grande parte dos problemas de saúde bucal da população. Mas apesar de não contarmos com o apoio de uma equipe de saúde bucal, não deixamos de fazer a nossa parte e oferecemos orientações educativas e preventivas, além de realizarmos palestras, na sala de espera, ensinando a forma correta de escovar os dentes.

O fornecimento dos medicamentos também é realizado de forma irregular, assim, em muitas ocasiões viajamos até as UBS de apoio sem a medicação necessária para distribuir para a população. Esse problema já foi relatado para os gestores e os mesmos disseram que irão buscar outros fornecedores para o município, melhorando, então, o abastecimento destes medicamentos.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, acredito que a equipe tem realizado um bom trabalho para melhorar a qualidade dos atendimentos. Isso repercute na diminuição dos agravos de algumas doenças e, na opinião da população, sobre a atenção oferecida. De forma geral, a população diz que o nosso trabalho é o melhor, por isso não vamos reduzir esforços até alcançar os objetivos do SUS diminuindo a morbimortalidade da população e implementando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Cantá, localizado no Estado Roraima, tem limites ao norte com os municípios de Boa Vista e Bonfim, ao sul com os municípios de Caracaraí, ao leste com o município Bonfim e a oeste com os municípios de Boa Vista, Mucajaí e Iracema. Em 17 de outubro de 1995 Cantá desmembra-se do município de Bonfim e eleva-se à categoria de município com uma extensão territorial de 7.664,831 km², com uma população de 15.774 habitantes e uma densidade demográfica de 1,81 hab/km², de acordo com o IBGE – (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Nosso município é pouco desenvolvido, pois possui apenas pequenos comércios, com uma população composta por índios e caboclos. A base da alimentação da população cantaense é a farinha de mandioca, cultivo principal da região que também é considerada uma das maiores produtoras de abacaxi. Cantá é considerada uma área endêmica de malária, dengue, leishmaniose, hepatites, DSTs e apresenta alta natalidade, sobretudo na adolescência.

O município possui 19 unidades básicas de saúde (UBS), sendo que 5 UBS seguem o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 11 seguem o modelo tradicional e 3 estão localizadas na área indígena e tem como principais responsáveis os profissionais vinculados à Fundação Nacional do Índio (FUNAI). O município também conta com um Centro de Fisioterapia Municipal e com um Consultório Odontológico que oferece atendimento na segunda, na quarta e na sexta-feira (um turno) e na terça e na quinta-feira (dois turnos). Entretanto, não possui um Centro Odontológico Especializado e nem um Núcleo de Apoio à Saúde

da Família (NASF). O hospital de referência está localizado na capital do Estado (Boa Vista), o que se configura como uma dificuldade para as equipes de saúde e para a população, pois nossa área de abrangência é rural e de difícil acesso. Em muitas ocasiões, os usuários não conseguem se deslocar até a sede do município devido às dificuldades financeiras e às más condições das estradas, sobretudo, em temporada de chuva. Embora o município possua serviços de endemias distribuídos nas diferentes UBS, as equipes de saúde contam com um laboratório na UBS sede, onde são realizados exames complementares básicos e com um Laboratório de Análise Clínico Nacional, localizado em Boa Vista, onde são realizados exames especializados. O serviço do SAMU também está disponível no município.

Situada na Vila Serra Grande II, nossa UBS segue o modelo ESF. Ela conta com duas unidades de apoio nas vilas distantes Vila Serra Grande 1 e Vila Fonte Nova para ampliar o acesso para a maioria da população. Neste sentido, oferecemos atendimento uma vez por semana na ESF Vila Serra Grande I e na ESF Vila Fonte Nova, em uma vicinal mais distante o atendimento é oferecido uma vez por mês (Vicinal Rio Branco).



Figura 1 - UBS Serra Grande II



Figura 2 - UBS Vila Serra Grande I



Figura 3 - UBS Vila Fonte Nova

A equipe de trabalho é constituída por uma médica clínica geral, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, 12 ACS, um auxiliar de serviços gerais, um microscopista e um agente de endemia. O município dispõem de dois veículos para levar a médica e enfermeira até as unidades de saúde, os demais profissionais moram perto da área de abrangência. Não possuímos vínculos com instituições de ensino. A UBS não possui estrutura adequada, pois está alocada no antigo centro de Saúde, o qual foi reformado e está em funcionamento há 48 meses. Sua estrutura é composta por um consultório médico com sanitário, uma sala de curativos e procedimentos, uma sala de farmácia, onde são armazenados os medicamentos.

As principais necessidades relacionadas à estrutura física, por exemplo, é a falta de um ambiente específico para recepção e arquivamento de prontuários, a falta de uma sala de vacinas e de nebulização, a falta de sanitário para deficientes físicos e a falta de uma sala para esterilização e estocagem de material. Se houvesse uma equipe de esterilização na UBS, o trabalho da enfermeira e do técnico de enfermagem seria facilitado, pois não precisariam viajar até a UBS sede do município para buscar o referido material. Além disso, não existe um sistema de calibragem de esfigmomanômetros e balanças, o que pode comprometer o nosso trabalho, pois algumas vezes as medidas da enfermeira não coincidem com as da médica. Destacamos também a existência de um degrau no acesso à UBS que acaba dificultando o ingresso de idosos, deficientes físicos e visuais no prédio e o fato da sala de espera ter capacidade para 15 pessoas, mas não ter cadeiras à disposição das pessoas (apenas bancadas) e nem cadeiras de rodas. Todas essas questões foram debatidas com a gestão, mas eles alegam que não existe uma previsão para a reforma do prédio.

A ESF Serra Grande II possui em torno de 656 famílias e 2.600 pessoas na área de abrangência da UBS. A estimativa é de que a área de abrangência da UBS possua 1251 homens e 1349 mulheres e, destes, 110 crianças menores de 5 anos, 590 pessoas entre 5-14 anos, 1701 pessoas de 15-59 anos, 144 pessoas com 60 anos ou mais, 864 mulheres em idade fértil de 10-49 anos e 559 mulheres entre 25-64 anos. O serviço ofertado pela unidade é suficiente para atender esta demanda.

Como se trata de uma área rural e de difícil acesso, procuramos atender toda a demanda espontânea sem exclusão. Além disso, realizamos visitas domiciliares e atendimentos de urgência/emergências. Os profissionais da UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxo de referência e contra-referência, mas temos encontrado dificuldades com as contra-referências, pois na maioria das vezes a informação sobre o problema de saúde do usuário não retorna para a equipe da ESF. Os protocolos do Ministério da Saúde são utilizados quando encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema de saúde, como atendimento nas especialidades, atenção hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento e atendimento em pronto-socorro.

Os usuários que buscam atendimento na ESF são acolhidos e encaminhados para os Programas de atenção ao pré-natal e puerpério, saúde da criança, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), saúde do

idoso, saúde do homem e tuberculose. Quando necessário também oferecemos capacitação para o trabalho. O acolhimento é realizado de forma humanizada em todos os turnos de atendimento e por todos os integrantes da equipe. Assim, todo o usuário que chega na UBS é ouvido pela equipe de saúde e, em seguida, encaminhado para a triagem ou para outro atendimento que seja necessário. Como estratégia para evitar o excesso de demanda para a médica, a equipe decidiu deixar mais vagas para os problemas de saúde agudos, avaliando no acolhimento, a possibilidade de agendar consultas para a médica e também para a enfermeira. A equipe da saúde não orienta o usuário para retornar outro dia, não orienta o usuário para procurar serviços de pronto atendimento, nem procurar o pronto socorro, pois nossa população é muito carente e a maioria não tem transporte particular para se deslocar até a cidade que fica muito distante da nossa área de abrangência. Caso o usuário necessite de atendimento de urgência nesses serviços, utilizamos o serviço de SAMU para a remoção. Os atendimentos são realizados todos os dias da semana e em todos os turnos para as diferentes ações programáticas e, após receber o atendimento, os usuários saem da UBS com a próxima consulta agendada.

De acordo com o Caderno de Ações programáticas temos 55 crianças de até 72 meses de vida cadastradas na UBS e, até o momento, a cobertura alcançada foi de 56%. As ações desenvolvidas em nossa UBS são: diagnóstico e tratamento para problemas clínicos em geral e diagnóstico e tratamento para problemas de saúde bucal. Além desses serviços, realizamos promoção, diagnóstico e tratamento de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção de aleitamento materno para evitar o desmame antes do sexto mês de vida, promoção de hábitos alimentares saudáveis, fomento da higiene pessoal e do lar, prevenção de acidentes do lar, prevenção de doenças infecciosas, respiratórias e gastrointestinais, estimulação do melhor desenvolvimento neuropsicomotor, entre outras. Cabe destacar, que o teste do pezinho não é realizado na UBS, apenas no hospital. Para os atendimentos das crianças da puericultura solicitamos a caderneta da criança durante os atendimentos e preenchemos a mesma com as informações atuais da criança. Para a mãe e/ou responsável pela criança explicamos o significado do posicionamento na curva de crescimento e como reconhecer os sinais de risco. Além disso, chamamos atenção para a data da próxima vacina e para o

local da caderneta onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

No que tange ao atendimento de pré-natal, um dos programas mais importantes desenvolvidos na unidade de saúde, podemos destacar que temos 20 gestantes cadastradas na UBS e uma cobertura de 51%. No que tange ao puerpério, a cobertura atinge 56%. As ações desenvolvidas na nossa UBS, no cuidado às gestantes e puérperas são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos. Em geral, o exame bucal da gestante e da puérpera é realizado na consulta de captação e, após a avaliação, a mesma é encaminhada para o dentista na UBS sede do município. Realizamos diagnóstico de problemas da saúde mental, controle dos cânceres de colo de útero e de mama, imunizações, planejamento familiar e promoção de aleitamento materno, assim como a promoção de hábitos alimentares saudáveis, de atividades físicas moderadas e prevenção de doenças infecciosas, respiratórias e de doenças endêmicas. Os atendimentos às gestantes são registrados em formulários especiais do pré-natal, no qual os profissionais de saúde recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os sete dias de pós-parto e entre 30 e 42 dias de pós-parto. Na UBS existe o Programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e os responsáveis pelo cadastramento das gestantes no programa SISPRENATAL são a médica e enfermeira.

No município de Cantá, os dados do controle do preventivo estão centralizados na Secretaria de Saúde e são esses dados que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além disso, em cada UBS existe um livro de registro dos exames realizados, mas na nossa UBS os dados estavam um pouco desatualizados. Até o momento alcançamos 57% de cobertura na atenção ao câncer de mama e 66% de cobertura na atenção ao câncer de colo de útero. Na UBS oferecemos orientação sobre a prevenção de câncer de colo de útero e de mama para todas as mulheres cadastradas todos os dias da semana. São realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, onde é estimulado a prática regular de atividade física e, de igual forma para orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco. Também desenvolvemos ações com o objetivo de ensinar as mulheres a reconhecer os sinais e sintomas do câncer de mama e de colo do útero e, conseqüentemente, realizar exame clínico de mama e coletar o exame citopatológico. As ações de rastreamento são realizadas pela médica e pela enfermeira. O rastreamento do câncer de mama e do câncer de

colo de útero realizado na UBS é oportunístico e organizado e todos os profissionais da equipe utilizam o protocolo de controle do câncer de mama e do colo de útero produzido pelo Ministério da Saúde no ano 2011. Nos últimos três anos foram identificadas 7 mulheres com mamografias alteradas e nenhuma destas teve perda de seguimento. Os atendimentos às mulheres que realizaram a mamografia são registrados no prontuário médico e no formulário especial da mamografia. Para reduzir a incidência da mortalidade por câncer de mama e de colo do útero, a equipe tem trabalhado para engajar as usuárias e os gestores nessa luta. Queremos que os gestores tomem uma iniciativa para melhorar a acessibilidade das usuárias que precisam realizar a mamografia, mas não tem condições financeiras para ir até Boa Vista realizar o exame (gratuidade no ônibus, por exemplo) e que busquem estratégias para agilizar os resultados dos exames citopatológicos encaminhados para o laboratório de Boa Vista.

Em relação à HAS e ao DM, a Estimativa do Caderno de Atenção Programática não parece adequada a nossa realidade, pois como a dieta dessa população tem como base a farinha de mandioca e, devido a isso, acreditamos que os números estejam subestimados. Segundo o Caderno de Ações Programáticas, deveríamos ter 467 pessoas com HAS e 133 pessoas com DM, mas, até o momento, alcançamos 49% de cobertura na atenção aos hipertensos e aos diabéticos. As ações desenvolvidas no cuidado aos adultos portadores de HAS e/ou DM são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de problemas de saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, higiene pessoal e do lar. Sempre destacamos a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso, pois é frequente o abandono do mesmo pelo usuário. Dentre as atividades de grupo, realizamos, a cada dois meses, palestras com café da manhã para usuários do HIPERDIA onde, incentivamos a ingestão de alimentos saudáveis, realizamos medida da glicemia capilar e aferimos a pressão arterial e explicamos como reconhecer sinais de complicações da HAS e/ou DM. Essa atividade tem sido considerada muito positiva, já que no último encontro diagnosticamos três casos novos de diabetes mellitus em usuários hipertensos que participavam da atividade.

A cobertura da saúde do idoso atinge 95%. Para esse público alvo, desenvolvemos ações de promoção da saúde mental e estimulamos a leitura. Além disso, os profissionais da saúde avaliam a capacidade funcional global do idoso e

explicam ao idoso, familiares e acompanhantes como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como: HAS, DM e depressão, muito frequentes nesta faixa etária. Para facilitar o acesso do idoso na UBS, os ACS levam e buscam os usuários idosos em suas motos e a equipe também realiza atendimento domiciliar. Todos os idosos cadastrados recebem avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores para fragilização na velhice, bem como orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e cuidados com a higiene bucal.

Avaliando as diferentes ações programáticas, acredito que a melhor cobertura foi da atenção ao idoso. A atenção à saúde bucal foi comentada nas diferentes ações programáticas, mas acredito que se existisse pelo menos uma equipe móvel instalada no território, poderíamos resolver grande parte dos problemas de saúde bucal que a população desta área apresenta.

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

Ao compararmos o texto da ambientação com o Relatório de Análise Situacional percebemos que no início eu apresentava muita dificuldade com o idioma, sendo um pouco difícil escrever tudo. Mas com o apoio e as correções realizadas pela orientadora, as dificuldades foram parcialmente superadas. Além disto, não tinha conhecimento necessário sobre a estrutura e do funcionamento de uma unidade que segue o modelo da ESF. Neste sentido, com o relatório de análise situacional pude observar como deve ser desenvolvido o trabalho na ESF, seguindo as normas e os protocolos do Ministério da Saúde.

No texto inicial eu também não mencionei a quantidade de UBS que o município possui e direcionei o texto para as características estruturais da UBS Serra Grande II. Já no relatório de Análise situacional trouxe características gerais do município e características específicas da própria UBS, pois falei sobre a composição da equipe de trabalho da ESF, quantidade populacional da área adstrita, de como fomos qualificando o processo de trabalho por intermédio do preenchimento dos

diferentes questionários que se constituíram como ferramentas importantes para a nossa qualificação profissional.

Ao longo da análise situacional o processo de trabalho da equipe se tornou mais qualificado e a equipe também se fortaleceu, pois nos apropriamos de diferentes ferramentas de trabalho que foram oferecidas pelo curso. E, apesar de todas as dificuldades estruturais, de abastecimento e de disponibilidade de equipamentos, materiais e medicamentos, acho que o nosso trabalho é desenvolvido com a maior qualidade e amor possível.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A atenção primária à saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se constitui como a porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa característica torna o trabalho da equipe de ESF extremamente importante para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Programa de Atenção à pessoa portadora de HAS e/ou DM, tendo em vista que o acompanhamento contínuo da HAS e do DM pode diminuir as complicações, evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção e reduzir custos para o SUS. Nesse sentido, é de suma importância que as equipes da ESF estejam atentas, não somente para os sintomas, mas também para seus fatores de risco: hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade (Brasil, 2013).

A ESF Vila Serra Grande II está localizada no município Cantá, estado Roraima. A mesma conta com duas unidades de apoio em vilas distantes para ampliar o acesso para a maioria da população. Nesse sentido, oferecemos atendimento uma vez por semana na ESF Vila Serra Grande I e na ESF Vila Fonte Nova e, uma vez por mês, em uma vicinal mais distante. A equipe de trabalho é composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, 8 ACS um auxiliar de serviços gerais, um microscopista e um agente de endemia. A UBS não possui estrutura adequada, pois está alocada no antigo Centro de Saúde, o qual foi reformado e está em funcionamento há 48 meses. A nossa UBS possui 2.600 pessoas e cerca de 660 famílias na sua área de

abrangência. Os usuários hipertensos cadastrados representam 8.8% da população total e os diabéticos 2.5% da população total.

A equipe de saúde cadastrou até o momento, 231 usuários hipertensos e 65 usuários diabéticos com 20 anos ou mais moradores da área de abrangência da UBS, o que representa 49% de cobertura para as duas ações programáticas. Temos 47(20%) usuários hipertensos e 21(32%) usuários diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 163 (71%) usuários hipertensos e 44 (68%) usuários diabéticos com exames complementares periódicos em dia e 52 (80%) usuários diabéticos com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. Os 65 (100%) usuários diabéticos e os 231(100%) usuários hipertensos cadastrados receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Dentre as ações desenvolvidas no cuidado aos usuários da HIPERDIA estão: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínico em geral e de problemas de saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, cuidado higiênico geral e dos pés (para evitar acidentes e lesões), além de outras complicações infecciosas muito frequentes nesta doença. Sempre destacamos a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso, pois é frequente o abandono do mesmo pelo usuário.

O projeto de intervenção será muito importante diante do atual no contexto da UBS. Acreditamos possuir um sub-registro destes usuários, já que devido aos hábitos alimentares desta população (indígena e cabocla) que consome excessivamente a farinha (carboidrato), temos muitos usuários sem diagnóstico e acompanhamento. Desde que a análise situacional foi finalizada, ficamos motivados em qualificar esta ação programática e, desde então, começamos a desenvolver um arquivo para melhorar o controle e o acompanhamento dos usuários da HIPERDIA, bem como realizar busca ativa de usuários faltosos. A principal dificuldade enfrentada é a falta de transporte para a equipe se deslocar até as UBS de extensão, onde planejamos atividades de grupo e não conseguimos coloca-las em prática. Além disso, é possível que a equipe fique incompleta novamente, pois a enfermeira pediu demissão do município. Embora a coordenadora de Atenção Básica do município tenha garantido que irão contratar outro enfermeiro, essa é a principal deficiência para a realização da intervenção. No entanto, acreditamos que com o início da intervenção poderemos ampliar a cobertura da atenção a pessoa

portadora de HAS e/ou DM e, conseqüentemente, diminuir as complicações e ampliar a qualidade de vida dos usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na ESF Vila Serra Grande II, Canta RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1 - Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência da UBS.

Meta 2 - Cadastrar 80% dos usuários diabéticos da área de abrangência da UBS.

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

Meta 1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Meta 4 - Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 5 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 7 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Meta 1 - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade.

Meta 2 - Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das Informações

Meta 1 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 1 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 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 1 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 2 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 3 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 5 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (UBS/ESF) Serra Grande II, no Município de Cantá/RR. Participarão da intervenção 467 usuários hipertensos e 133 usuários diabéticos na faixa etária de 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

2.3.1.1 Monitoramento e avaliação:

Para ampliar a cobertura da atenção à saúde as pessoas portadoras de HAS e/ou DM a equipe pretende cadastrar 80% de usuários com hipertensão e/ou diabetes na área de abrangência da UBS, com um aumento mensal de 93 hipertensos e 27 diabéticos. Esse cadastramento será realizado durante os atendimentos na UBS, visitas domiciliares e buscas ativas realizadas pelos ACS. O monitoramento das ações será realizado mensalmente através da revisão dos

registros preenchidos pelos profissionais da equipe, que são: ficha de atendimento individual, livro de registro das visitas domiciliares, ficha espelho a ser implantada, SIAB e checklist que será desenvolvido para facilitar a revisão das informações coletadas ao longo da intervenção.

Além dos indicadores de cobertura, a equipe também monitorará e avaliará os indicadores de qualidade. Para tanto, serão revisados as fichas-espelho dos usuários portadores de HAS e/ou DM com o objetivo de verificar a realização do exame clínico de acordo com o protocolo e, de igual forma, a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia, com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Além disso, a equipe vai verificar a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, com registro adequado na ficha de acompanhamento, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física e riscos do tabagismo.

Durante a primeira consulta, as pessoas portadoras de HAS e/ou DM serão orientadas a realizar exame clínico apropriado de 4 em 4 meses e também receberão o encaminhamento para a realização do exames laboratoriais (glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, colesterol total, HDL, LDL, Triglicerídeos, Creatinina sérica, Potássio sérico, QUE, Microalbuminúria, Proteinúria de 24 horas, TSH, ECG, Hemograma, Hematócrito, Hemoglobina, VCM, CHCM, Plaquetas) de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Através da revisão da ficha espelho, caberá a técnica de enfermagem monitorar semanalmente se os usuários estão com o exame clínico em dia e se realizaram os exames laboratoriais pelo menos uma vez ao ano. Os integrantes da equipe, em especial os ACS, estarão sempre informados sobre a data da próxima consulta e deverão verificar se os usuários realizaram os exames laboratoriais solicitados. Caso seja identificado um usuário faltoso, o ACS será comunicado e se responsabilizará por buscar o usuário faltoso em sua própria moto e leva-lo até a UBS, como já está sendo realizado. Além disto, uma vez por semana, a enfermeira monitorará a qualidade dos registros, avaliando o preenchimento correto do livro de registro, da ficha espelho e da ficha de atendimento individual.

O atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será priorizado, sobretudo, se os usuários apresentarem alguma intercorrência durante o acolhimento ou triagem. O técnico ou a enfermeira, durante o acolhimento e realização da triagem, verificarão se o usuário refere sintomas sugestivos de intercorrência ou apresenta níveis de glicemia ou pressão arterial elevadas. Aqueles usuários que apresentarem esses sintomas serão encaminhados para o atendimento médico e, quando o diagnóstico for confirmado, serão cadastrados no Programa e iniciarão o tratamento imediatamente.

No que tange a realização da estratificação de risco, a médica e a enfermeira, em cada consulta individual, verificarão se os usuários realizaram esse exame pelo menos uma vez ao ano e priorizarão o atendimento dos usuários avaliados como alto risco.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia a equipe acompanhará mensalmente o registro de prescrição de medicamentos na ficha de atendimento dos usuários e solicitará aos gestores o fornecimento regular destes medicamentos. Cabe destacar que no município não existe Farmácia Popular.

Outra ação a ser desenvolvida é a avaliação da necessidade de atendimento odontológico as pessoas portadoras de HAS e/ou DM. Para tanto, a médica e a enfermeira ficarão responsáveis pela avaliação de saúde bucal dos usuários e a técnica de enfermagem ficará responsável por examinar a ficha espelho uma vez por semana, identificando aqueles usuários que necessitam de atendimento. Se no exame clínico a médica ou a enfermeira observarem a necessidade de tratamento odontológico, o usuário será encaminhado para a UBS sede do município. Devemos destacar que a UBS Serra Grande II não possui dentista, por isso, a equipe agendará um atendimento por dia para os usuários portadores de HAS e e/ou DM na UBS sede do município. A data de cada consulta ficará registrada no livro de registros e quando os usuários retornarem para a próxima consulta agendada na UBS trarão a contra referência. A médica e a enfermeira anotarão todos os dados necessários na ficha de atendimento individual e na ficha espelho.

As orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabaco serão transmitidas durante as vistas domiciliares, consultas individuais e atividades de grupo desenvolvidas pela equipe de saúde. A médica e a enfermeira ficarão responsáveis pelo monitoramento dessas ações e, uma vez por

semana, examinarão a ficha de atendimento individual e a ficha espelho. Se por ventura, a orientação não for repassada para o usuário, a equipe será comunicada e no próximo atendimento ou visita domiciliar o usuário receberá a orientação necessária.

2.3.1.2 Organização e gestão do serviço

Para que a intervenção não afete os demais agendamentos e, para que os profissionais da equipe consigam realizar todos os atendimentos de urgência e emergência, ao longo do dia, serão destinadas 6 vagas para os usuários portadores de HAS e 2 vagas para os usuários portadores de DM. Dessa forma, pretende-se atingir 80% de cobertura no Programa de Melhoria da Atenção as pessoas portadoras de HAS e/ou DM na nossa área de abrangência em 4 meses de intervenção.

A ficha de acompanhamento individual e a ficha espelho já estão disponíveis na UBS e em quantidade suficiente. Para atualização do SIAB todas as fichas serão levadas para o setor de digitação do SIAB na secretaria de saúde do município de Cantá. A secretaria de saúde conta com um profissional responsável apenas pela atualização do sistema.

De forma geral, o cadastramento desses usuários ocorrerá durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde e durante o atendimento clínico. Um livro de registros será organizado para que a equipe possa analisar os avanços relativos aos cadastramentos dos usuários portadores de HAS e/ou DM. Se o usuário portador de HAS e/ou DM morar em uma área que não possui ACS o cadastro será realizado pela médica, enfermeira ou técnico de enfermagem na própria UBS.

Todos os membros da equipe serão capacitados para cumprirem suas funções de modo a promover o trabalho em equipe, o cuidado das famílias e a priorizar o atendimento daqueles usuários que apresentarem risco e vulnerabilidade. Além disso, a equipe será estimulada a se envolver na organização, planejamento, gestão e fortalecimento do controle social, de modo a contribuir com a conscientização dos gestores municipais sobre a necessidade de estabelecer parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta de ações.

Ao longo da intervenção, tanto os usuários portadores de HAS e/ou DM como a população em geral, serão informados sobre as facilidades oferecidas pela equipe de saúde no que tange ao atendimento, visitas domiciliares e atividades de grupo para população alvo. Também serão confeccionados cartazes com horários, dias e possibilidade de agendamento do atendimento. Todos os profissionais da UBS (do porteiro ao gestor) serão informados sobre a rotina de trabalho, de modo a poderem orientar a população.

Para realizar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e/ou DM toda a equipe de saúde da ESF conversará com os usuários, tentando auxiliá-lo na resolução do seu problema da forma mais humana possível. Nesse sentido, os primeiros profissionais que realizarão o acolhimento serão os ACS, organizando os usuários conforme a chegada à UBS. Quatro vagas serão destinadas para as intercorrências. A técnica de enfermagem começará o acolhimento e a triagem na sala de espera e, logo após a médica e enfermeira escutarão as demandas dos usuários no consultório médico. Cabe destacar, que o acolhimento será realizado todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento.

Em caso de intercorrências, o acolhimento será realizado de forma imediata para os usuários portadores de HAS e/ou DM que chegarem à unidade relatando algum problema. Assim, uma consulta com a enfermeira será agendada para o mesmo dia para confirmação ou descarte da intercorrência.

Os usuários que chegarem a UBS apresentando a pressão arterial alterada ou suspeita do diagnóstico de DM, receberão o primeiro atendimento com exame clínico apropriado e, logo em seguida, serão encaminhados ao laboratório da UBS sede do município para realizar a curva glicêmica. Se a curva da pressão arterial, que será realizada na UBS, permanecer alterada e/ou a curva glicêmica tiver resultado positivo, os usuários serão incluídos no Programa de Melhoria da Atenção as pessoas portadoras de HAS e/ou DM, sem precisar agendar sua consulta. Para tanto, a equipe disponibilizará 8 atendimentos médicos diários para atender hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS que até o momento não haviam recebido nenhum acompanhamento na unidade de saúde.

Para garantir a busca ativa de usuários faltosos às consultas, uma vez por semana, no período da manhã, os ACS realizarão a busca ativa dos usuários faltosos. Para realizar as visitas domiciliares, os ACS utilizarão o seu próprio meio de transporte, de modo a verificar a realização de consultas, exames complementares e

demais providências. Após a visita, uma nova consulta será agendada para a próxima semana ou para o dia que seja possível o usuário comparecer à UBS. No caso dos usuários que utilizam cadeira de rodas ou que apresentam outra complicação, o atendimento será agendado para o próximo mês, pois será necessário que a equipe tenha tempo para solicitar ao gestor municipal um carro para realizar a visita domiciliar.

Para garantir a realização de exames complementares, a equipe criará um sistema de alerta que indicará se os exames prescritos foram ou não realizados e quais foram os resultados dos mesmos. A técnica de enfermagem será capacitada para verificar e orientar os usuários portadores de HAS e/ou DM sobre a necessidade de realizar os exames laboratoriais e também para identificar o motivo pelo qual o usuário não realizou o exame solicitado. Ao identificar o problema, a equipe poderá tentar solucioná-lo. Os ACS também serão capacitados para verificar durante a visita domiciliar se há atraso na realização dos exames complementares.

Para garantir que as orientações sobre abandono do tabagismo, promoção de alimentação saudável e prática de atividades físicas sejam oferecidas para todos os usuários hipertensos e diabéticos durante as consultas de rotina ou de intercorrências, o tempo médio dos atendimentos será organizado e o técnico de enfermagem e os ACS também serão capacitados para oferecer essas orientações durante as visitas domiciliares e atividades de grupo. A equipe solicitará que o gestor municipal institua parcerias com a escola Vila Serra Grande II para que um educador físico realize atividades educativas na unidade. Além disso, a equipe vai entrar em contato com o Hospital de Boa Vista para estabelecer uma parceria e encaminhar os usuários tabagistas para acompanhamento de grupo.

Para realizar o controle de estoque de medicamentos da UBS e manter um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados UBS a equipe organizará um registro para obter as seguintes informações: medicamentos entregues aos usuários e quantidade necessária de acordo com necessidades específicas dos usuários. Para atualizar esse registro serão utilizados os dados dos prontuários clínicos, fichas-espelho e os arquivos de HIPERDIA.

A equipe já conversou com o gestor sobre as rotinas implantadas e em vias de implantação na UBS, conforme com os protocolos (caderno 36 DM e 37 HAS do Ministério da Saúde, 2013). No entanto, na prática cotidiana da equipe de saúde,

essas rotinas serão revisadas e debatidas de acordo com a realidade da UBS, pois algumas ações fogem da governabilidade da equipe como: garantia de realização dos exames complementares e agilidade na entrega. Além disto, já foi solicitado que os gestores garantam um esfigmomanômetro calibrado e fita métrica em todas as unidades onde realizamos atendimentos e garantam o material adequado para realização do hemoglicoteste nos atendimentos (glicômetro e fitas).

2.3.1.3 Engajamento público:

O engajamento público é peça fundamental para garantir a melhoria da situação de saúde de nossas comunidades. Ele tem como objetivo promover a apropriação pela população da política de saúde pública e garantir a participação nas escolhas e decisões sobre o controle do planejamento e execução das ações. Além disso, ele faz com que a própria comunidade se responsabilize pela sua saúde.

As ações a serem desenvolvidas na UBS Serra Grande II, no eixo de engajamento público, terão a educação em saúde como ponto central. A comunidade será esclarecida, durante o acolhimento, sobre: as consultas e atividades de grupo que serão desenvolvidas; sobre a existência do Programa de Melhoria da Atenção as pessoas portadoras de HAS e/ou DM; sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos (pelo menos, anualmente); sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Além disso, os usuários e a comunidade serão orientados sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e sobre a necessidade de realização de exames complementares e da periodicidade com que devem ser realizados.

Esses aspectos foram discutidos com os líderes da comunidade e com os gestores e, a princípio, a primeira atividade com a comunidade será realizada na primeira semana da intervenção. Os encontros serão realizados mensalmente e nos mesmos estas informações serão problematizadas para que a comunidade seja

escutada e para que a UBS se adeque as necessidades da população, sobretudo, no que tange à atenção as pessoas portadoras de HAS e/ou DM e ao atendimento de rotina e intercorrências.

A equipe de saúde também pretende ouvir a comunidade sobre estratégias para que não ocorra evasão dos portadores de HAS e/ou DM (se houver número excessivo de faltosos), esclarecendo a mesma sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância de comparecer na UBS na data agendada. Isso será realizado através das atividades de grupo com a população alvo e com a comunidade. A equipe se mostrará disposta a escuta-los e valorizará as trocas de saberes e conhecimentos.

A apresentação dos direitos dos usuários, sobretudo no que tange aos direitos de participar do Programa de Melhoria da Atenção às pessoas portadoras de HAS e DM será realizada ao longo dos encontros com a comunidade e também nos atendimentos individuais. Nessa apresentação será destacado o direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, seus direitos em relação à manutenção de seus registros da saúde e o acesso à segunda via se necessário, encaminhamento para outros especialistas. A carta dos direitos e deveres dos usuários já foi impressa e está colada na parede da UBS para que a população possa tomar conhecimento sobre a existência da mesma.

Além dos temas já descritos, outros temas serão abordados, como: importância da avaliação da saúde bucal, alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo. Além disso, os usuários portadores de HAS e/ou DM e a comunidade serão esclarecidos sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis (como alimentação, tabagismo, sedentarismo, entre outros), sobre a importância do autocuidado, sobretudo o cuidado dos pés e, a importância da participação de membros da comunidade na organização, planejamento e gestão das ações de saúde.

A comunidade também será esclarecida sobre as dificuldades que poderão ser enfrentadas pela equipe de saúde no que tange a falta de medicação do programa da Hiperdia, impossibilidade de garantir a agilidade na realização de exames laboratoriais e na entrega de exames, entre outros, que nem sempre conseguem ser equacionados pelos profissionais. A população é a parte mais interessada e com maior poder de resolutividade nestas questões, por isso é

necessário que ela se empodere e exija a garantia dos seus direitos. As ações de educação em saúde podem contribuir com esse empoderamento.

2.3.1.4 Qualificação da prática clínica

Neste eixo encontram-se reunidas todas as atividades que podem contribuir com a qualificação da prática clínica da equipe de saúde. São basicamente ações de educação permanente e qualificação do processo de trabalho. Cabe destacar, que as capacitações terão início antes da intervenção e serão realizadas mensalmente e de forma progressiva, ou seja, as reuniões serão realizadas em uma sexta-feira por mês, no período da tarde, na sala de recepção.

No eixo da qualificação da prática clínica, seguindo a sequência descrita na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações os ACS serão capacitados para o cadastramento de pessoas portadoras de HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde. Para que essa capacitação seja desenvolvida, a médica e a enfermeira destacarão a necessidade dos ACS cadastrarem todos os usuários com diagnóstico de HAS e/ou DM e aqueles que tiverem histórico familiar, com sintomas sugestivos para estas doenças. Após, esses usuários devem ser encaminhados para o atendimento na UBS, para que este diagnóstico seja confirmado ou afastado.

Além disto, a equipe será capacitada para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. A médica e o enfermeiro realizarão esta capacitação unindo a teoria com a prática. Os protocolos específicos (caderno 36 DM e 37 HAS do Ministério da Saúde 2013) serão utilizados. Para tanto, a médica e a enfermeira estudarão o manual técnico para hipertensão arterial e diabetes mellitus, sobretudo os capítulos referentes ao exame físico correspondente, para capacitar a equipe acerca da realização desses exames. Para tanto, os profissionais responsáveis pela capacitação sobre o exame clínico trarão exemplos concretos sobre a correta técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste.

A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para solicitação de exames complementares, interpretação e condutas, realização de exame clínico apropriado e aferição dos pulsos pediosos e

tibial posterior será realizada ao longo das reuniões mensais e se apoiará no protocolos específicos que já estão impressos na UBS

Além do acolhimento e humanização, durante os encontros mensais serão abordados os seguintes assuntos: importância da realização da consulta para usuários portadores de HAS e/ou DM; treinamento da equipe para utilizar os protocolos de DM e HAS; atualização do profissional no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus; orientação dos usuários da Hiperdia sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia popular /Hiperdia.

A capacitação também falará sobre a importância da avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos hipertensos e/ou diabéticos. Mas para que essa ação seja cumprida, ficou acordada com os gestores municipais a garantia de atendimento odontológico para um usuário por dia na UBS sede do município.

Além dos profissionais, a comunidade também será orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Essa atividade será realizada na sala de espera da UBS e nas palestras que serão realizadas uma vez no mês.

A HAS e a DM constituem os primeiros fatores de risco cardiovasculares, decorre daí a necessidade de capacitar a equipe para estratificação de risco segundo escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e para o controle de fatores de risco modificáveis.

A consulta de controle da HAS e/ou DM será realizada de acordo com o protocolo destas doenças, por isso, os ACS também serão capacitados para orientar os hipertensos e/ou diabéticos sobre a importância de comparecer as consultas e sobre a sua periodicidade e, a equipe, será capacitada para preencher todos os registros de acompanhamento do portador de HAS e/ou DM. Além disso, a equipe será capacitada sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde, promoção de atividade física regular, tratamento ao tabagista e para oferecer orientações de higiene bucal.

Todas estas atividades e ações serão realizadas durante atividades de educação permanente, conforme especificado no calendário de formação e no cotidiano da UBS.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1- Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso unidade de saúde.

Meta 1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Meta 2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Indicador 1: Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 2: Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

Indicador 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

Indicador 1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Indicador 2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltoso as consultas.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o Registro das informações.

Indicador 1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Indicador 2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Indicador 1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Indicador 2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Indicador 1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação.

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Indicador 2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

Denominador: Numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde atividade física.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para dar início à intervenção e realizar as ações de monitoramento e avaliação, a equipe de saúde vai se apoiar nos Protocolos de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013 (caderno 37 HAS, 2013_1 e caderno36 DM, 2013_1). Para desenvolver o registro específico utilizaremos o prontuário clínico individual dos usuários portadores de HAS e/ou DM (que prevê a coleta de informações sobre o acompanhamento de saúde pela médica e pela enfermeira) e a ficha espelho disponibilizada pela UFPel (que prevê a coleta de todas as informações necessárias acerca do monitoramento da intervenção).

Até o momento temos apenas uma cópia impressa dos Protocolos do Ministério da Saúde na UBS, mas o arquivo em formato digital foi entregue para toda a equipe. Além dos protocolos, uma cópia da carta dos direitos do usuário foi anexada na parede da UBS para que todos os usuários possam ter acesso e uma cópia foi entregue para todos os ACS. A equipe também solicitou aos gestores municipais a impressão de 600 fichas-espelho, além de 10 canetas para toda a equipe de trabalho e 10 blocos para serem utilizados como livro de registro das ações e como livro de registro das visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

De forma geral, ao longo da intervenção caberá à enfermeira realizar ações educativas para os usuários portadores de HAS e/ou DM e para as suas famílias; realizar ações educativas que incluam prática de alimentação saudável e prática de atividade física, entre outros; realizar consulta; solicitar exames de rotina e orientar o tratamento conforme protocolo adotado pelo serviço; encaminhar os usuários identificados com risco cardiovascular para a médica; realizar atividades de grupo para os hipertensos e/ou diabéticos; realizar visita domiciliar; orientar sobre a importância da higiene bucal, e; manter a ficha espelho destes usuários devidamente atualizados a cada consulta.

À médica caberá prestar atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos intercalando com a enfermeira; solicitar exames, orientar tratamento conforme as técnicas operacionais; orientar aos usuários cadastrados no Programa sobre os fatores de risco cardiovascular; identificar os usuários avaliados de risco cardiovascular ou com alguma intercorrência e encaminhá-los a unidade de referência quando for necessário, orientar sobre higiene bucal, fornecer a ficha espelho e ficha de atendimento individual devidamente atualizada a cada consulta; participar das atividades de grupo, e; realizar visita domiciliar quando necessário.

Ao técnico de enfermagem caberá realizar ações educativas para os usuários hipertensos e/ou diabéticos e para seus familiares; verificar peso, altura, pressão arterial e outras medidas antropométricas; realizar hemoglicoteste; fornecer medicação mediante receita médica ou medicamentos padronizados pelo Programa; Registrar uma vez por semana as informações no livro de registro dos usuários da Hiperdia e o preencher o mesmo.

Ao ACS caberá realizar visitas domiciliares identificando usuários hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento; cadastrar 100% dos usuários da área de abrangência; realizar a busca ativa de usuários faltosos; desenvolver

atividades de educação à saúde para os usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares; orientar sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição; orientar sobre a importância de realizar atividade física; encaminhar os usuários hipertensos e/ou diabéticos ao serviço de saúde ou avisar à enfermeira ou médica da equipe caso algum usuário apresente alguma intercorrência; orientar a periodicidade das consultas, e; identificar usuários como possível risco cardiovascular.

De forma específica, a médica e a enfermeira serão responsáveis pelo preenchimento da ficha espelho que apresentará os seguintes dados: exame clínico apropriado para hipertensos e diabéticos, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e orientação sobre higiene bucal, avaliação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular, atraso na consulta agendada em mais de 7 dias, orientação nutricional para alimentação saudável e orientação sobre o risco do tabagismo. Ao utilizar os dados da ficha espelho, a médica preencherá a planilha eletrônica de coleta de dados e obterá os indicadores de cobertura e de qualidade da intervenção.

Para organizar o registro específico do Programa, o técnico de enfermagem revisará o livro semanalmente e identificará todos os usuários portadores de HAS e/ou DM que compareceram à consulta nos últimos quatro meses. O técnico de enfermagem localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre os protocolos que apresentam consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgão alvo e ao estado de compensação da doença, entre outros.

Todas as sextas feiras, durante a reunião de equipe, os resultados de trabalho da semana, a completude das fichas espelhos e o preenchimento do livro de registros com todos os dados necessários serão discutidos e analisados pela equipe. Além disso, a médica se responsabilizará pelo resumo da semana, apresentando os resultados da planilha eletrônica e, conseqüentemente, realizando uma exposição das metas alcançadas e da avaliação dos indicadores.

Primeiramente, a médica vai realizar as anotações numa folha e depois vai transcrevê-las para uma planilha de Excel para melhor visualização e compreensão da equipe. Durante a apresentação, a médica escutará as sugestões da equipe para

melhorar a qualidade das ações e a enfermeira fará as anotações da discussão e das sugestões.

Para melhorar a adesão de portadores de HAS e/ou DM ao Programa, serão organizadas visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos com mais de sete dias a consulta agendada e uma agenda será organizada para acolher os usuários provenientes da busca ativa (um por dia). Para tanto, o apoio dos gestores será solicitado, pois para que a equipe possa se deslocar até as áreas mais distantes precisará que o município disponibilize um carro para transportar todos os membros.

Para que o acolhimento e a triagem dos usuários sejam realizadas na UBS, também solicitaremos aos gestores o material adequado para a realização de hemoglicoteste e para a aferição da pressão arterial (fitas, glicômetro e esfigmomanômetros). Solicitará também material de escritório (papel e lápis) para poder realizar anotações importantes referentes a cada usuário.

Assuntos relativos a análise situacional e a definição do foco da intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS, nesse sentido, a médica e a enfermeira começarão a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM. As capacitações ocorrerão na própria UBS e, para isto, serão reservadas 2 horas mensais ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Participarão das capacitações os 3 técnicos de enfermagem, os 8 ACS, a enfermeira e a médica. Cada membro da equipe estudará uma parte dos manuais técnicos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para desenvolver ações relativas ao engajamento público serão necessárias 3 canetas esferográficas, tintas e 6 cartolinas para a confecção de cartazes.

A equipe também prevê uma ação de saúde em uma vicinal da área de abrangência. Participarão da ação a enfermeira, a técnica de enfermagem, o ACS, a médica, a enfermeira e vacinadora. Esses profissionais levarão para a vicinal medicação e vacinas fornecidas pela farmácia da UBS sede. Além disso, a equipe realizará atividades de grupo, na própria UBS, uma vez por mês.

Para garantir a realização dos exames laboratoriais, a equipe solicitou aos gestores municipais o fornecimento mensal dos reativos necessários para esta ação programática e estabeleceu sistemas de alerta para a realização dos exames complementares preconizados. Além disso, conversou com a bioquímica do

município com o objetivo de garantir que os usuários cadastrados no Programa tivessem algumas facilidades de acesso para realizar os exames.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia a técnica de enfermagem revisará uma vez ao mês os prontuários e fichas espelho destes usuários para alertar sobre a falta de alguns destes medicamentos. A enfermeira, como coordenadora da equipe, solicitará o fornecimento destes medicamentos aos gestores do município. O técnico de enfermagem realizará o controle de estoque (incluindo validade), mantendo um registro atualizado das necessidades de medicamentos de todos os portadores de HAS e/ou DM cadastrados na UBS. Se, por ventura, o usuário não puder se deslocar até a UBS, os ACS levarão o medicamento até a sua residência uma vez ao mês.

Embora a intervenção preveja apenas a avaliação da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos pela equipe de saúde, a médica e a enfermeira solicitarão aos gestores a garantia de uma consulta odontológica por dia na UBS sede do município para os usuários cadastrados no Programa. Para que esse processo seja monitorado, os ACS verificarão a realização desta consulta no decorrer das visitas domiciliares e a técnica de enfermagem ficará responsável pelo registro desse atendimento no livro de registro. No que tange especificamente a orientação de saúde bucal, esta será realizada na sala de espera da UBS e em palestras na comunidade uma vez ao mês.

No que tange a orientação nutricional, a médica e o enfermeiro organizarão praticas coletivas sobre alimentação saudável. As mesmas já foram iniciadas há dois meses (café da manhã) e terão frequência mensal. Além disso, a equipe vai solicitar que o gestor estabeleça parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades.

No que se refere à orientação sobre a importância da atividade física regular, a equipe está organizando uma prática coletiva para orientação de atividade física três vezes por semana e vai solicitar que os gestores estabeleçam parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Para auxiliar os usuários a abandonarem o tabaco, a médica e o enfermeiro vão solicitar aos gestores a compra de medicamentos para o tratamento e o abandono ao tabagismo e vão orientar os hipertensos e diabéticos sobre a existência de tratamento para abandono desse vício no Hospital de Boa Vista.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais da equipe de saúde	x				X					X				x		
Definir as atribuições da equipe	X															
Divulgação da intervenção para a população e para os líderes comunitários	x															
Acolhimento, atendimento clínico, cadastro e rastreamentos	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Atividades de educação em saúde	x				X					X				x		
Visitas domiciliares	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Monitoramento e avaliação das ações	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Apresentação do projeto aos gestores municipais e solicitação de apoio no que tange a disponibilização de materiais, transporte e recursos humanos. *	x				X					X				x		

- A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade aconteceu nas respectivas datas: 08, 09 e 10 de junho de 2015.

3 Relatório da Intervenção

Devemos destacar que a intervenção foi desenhada para dezesseis semanas mas por decisão da UFPel foi reduzida para doze semanas .

Após dozes semanas de intervenção conseguimos alcançar 26,8% de cobertura na atenção aos portadores de HAS e 30,8% de cobertura na atenção aos portadores de DM. Esses resultados ficaram abaixo do esperado. No entanto, 100% dos portadores de HAS e/ou DM estão com os exames clínico de acordo ao protocolo em dia, 100% dos hipertensos e/ou diabéticos estão com a prescrição de medicamentos da farmácia popular, 100% dos hipertensos e/ou diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos a consulta receberam busca ativa, 100% dos hipertensos e/ou diabéticos estão com o registro adequado na ficha de acompanhamento, 100% dos hipertensos e/ou diabéticos realizaram a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, 100% dos hipertensos e/ou diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e sobre higiene bucal. E, apenas 31,2% dos portadores de HAS e 41,5% dos portadores de DM realizaram os exames complementares.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi realizada na ESF Serra Grande II e unidades de apoio nos meses de março, abril e maio de 2015. Antes de iniciarmos a intervenção foram considerados os seguintes aspectos: existência de Protocolo de HAS e/ou DM, capacitação dos membros da equipe, como seriam realizadas as ações de monitoramento e a avaliação das informações, como seriam realizadas as buscas ativa dos usuários faltosos às consultas e o planejamento das ações.

O Projeto de melhoria da atenção à pessoa portadora de HAS e/ou DM da ESF Serra Grande II foi apresentado para os gestores do município uma semana antes da intervenção e, logo após, o apoio dos mesmos foi solicitado.



Figura 4 - Apresentação do projeto para os gestores

Como foi estabelecido um cronograma de atividades relacionado à atenção ao hipertenso e diabético, ao longo da primeira semana da intervenção a equipe foi capacitada e também divulgou o Projeto de intervenção para comunidade e para os usuários com intuito de promover o engajamento público.

Na capacitação da equipe, os seguintes temas foram trabalhados: importância das atividades de grupo, cadastramento dos usuários portadores de HAS e DM, preenchimento das fichas espelho, realização de hemoglicoteste, realização de exame clínico apropriado para tomada de pressão arterial. Para desenvolver esta capacitação, a médica destinou 2 horas do primeiro dia da intervenção para explicar para a equipe sobre a importância do cadastramento de

todos os usuários com diagnóstico de HAS e/ou DM e sobre a importância do encaminhamento de todos usuários com sintomas suspeitos destas duas doenças para o atendimento médico e de enfermagem. Além disso, a médica explicou como deveria se dar o preenchimento da ficha espelho e como a técnica de enfermagem deveria preencher os registros dos usuários do Programa e o livro de cadastro.



Figura 5 - Capacitação da equipe

A enfermeira, por sua vez, tendo como manequim a técnica de enfermagem, ensinou a técnica correta para aferir a pressão arterial sistêmica e para realizar o hemoglicoteste nos usuários hipertensos e diabéticos. Cada membro da equipe ficou ciente de suas funções no decorrer da intervenção e, após a primeira capacitação, a equipe deu início ao cadastramento e atendimento da população alvo conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Para que as visitas domiciliares pudessem ser realizadas, o apoio dos ACS e dos técnicos de enfermagem foi essencial, pois como a secretaria de saúde não estava disponibilizando transporte para a equipe realizar os deslocamentos

necessários dentro da área de abrangência, estes profissionais me levavam na sua moto particular até a residência dos usuários acamados e também levavam os usuários faltosos às consultas até a UBS. Um exemplo foi o dia em que realizei visitas domiciliares em viciniais distantes com a moto do ACS. Por ser uma área de muita floresta e com muitos animais perigosos, o medo foi constante.



Figura 6 - Visita domiciliar na moto do ACS

Outro exemplo foi à ação realizada em uma das áreas de abrangência da UBS com o objetivo de atender os usuários daquela comunidade e realizar visitas domiciliares. Além da equipe se deslocar utilizando o carro do ACS, a atitude positiva de todos demonstrou que a equipe está engajada na tarefa de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de HAS e DM e demais membros da comunidade.



Figura 7 - Visita domiciliar no carro do ACS

Ao longo da intervenção, o cadastramento da população alvo ocorreu durante os atendimentos realizados na própria UBS e nas unidades de apoio e durante as visitas domiciliares e buscas ativas realizadas pela equipe. Além disso, o monitoramento das ações foi realizado mensalmente através da revisão dos registros preenchidos pelos profissionais da equipe, que foram: ficha de atendimento individual, livro de registro das visitas domiciliares, ficha espelho implantada, SIAB e checklist que foi desenvolvido para facilitar a revisão das informações coletadas ao longo da intervenção.

O diário de intervenção e a planilha de coleta de dados também deram subsídios para a equipe monitorar os indicadores de cobertura e de qualidade durante a intervenção. Nesse sentido, enquanto o diário de intervenção contemplava os dados qualitativos de cada atendimento e de cada ação desenvolvida pela equipe de saúde, a planilha de coleta de dados contemplava os dados quantitativos, como exame clínico em dia, exame complementar em dia, prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, usuários faltosos as consultas com busca ativa, registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, orientação sobre alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação sobre o risco do tabagismo.

O atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos foi priorizado, sobretudo, se os usuários apresentassem alguma intercorrência durante o acolhimento ou triagem.



Figura 8 - Atendimento clínico



Figura 9 - Atendimento clínico

Em todos os atendimentos, a médica realizou o exame clínico apropriado e todos os usuários saíram da consulta com indicações de exames complementares de acordo ao protocolo. No entanto, nem todos os usuários realizaram os exames complementares, pois o laboratório da sede do município não tem equipamentos adequados para realizar todos os exames indicados e, devido a isso, alguns destes exames precisam ser realizados em laboratório particular. Além disso, a maioria dos usuários não tem os recursos financeiros suficientes para realizar os exames em laboratório particular e nem mesmo para se deslocar até o laboratório da UBS sede do município, ou para a cidade Capital (Boa vista). Esse problema dificulta a garantia de 100% de realização dos exames complementares de acordo ao protocolo para os usuários cadastrados no Programa de Atenção à Saúde dos portadores de HAS e DM.

Para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de 4 em 4 meses, uma vês por semana a técnica de enfermagem revisava a ficha de atendimento individual, a ficha espelho e o livro de registros dos usuários cadastrados no Programa verificando a existência de usuários faltosos. Em algumas ocasiões, os usuários faltosos eram buscados pelos ACS em sua própria moto e levados até a UBS e, em outras, os mesmos recebiam visita domiciliar da médica e da enfermeira e eram avaliados em sua própria residência. Além disto, a enfermeira monitorou a qualidade dos registros de todos dos usuários cadastrados no Programa, avaliando o preenchimento correto do livro de registro, ficha espelho e ficha de atendimento individual.

Outra ação desenvolvida pela equipe de saúde foi o monitoramento da estratificação de risco cardiovascular em todos dos usuários portadores de HAS e/ou DM cadastrados na UBS, e para isto, a médica e enfermeira, em cada consulta individual, verificavam a realização da estratificação de risco pelo menos uma vez ao ano. Os atendimentos dos usuários avaliados como alto risco eram priorizados.

Dentre as atividades coletivas realizadas podemos destacar as palestras, que serviram para orientar os usuários e a comunidade sobre: o risco das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão; a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; necessidade de realização de exames complementares e periodicidade com que devem ser realizados. Divulgamos também a carta dos direitos dos usuários destacando o direito de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia, seus direitos

em relação à manutenção de seus registros da saúde e acesso a segunda via se necessário, encaminhamento para outros especialistas. Nas atividades grupais também abordamos temas como importância da avaliação da saúde bucal, alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo, orientação quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular.



Figura 10 - Atividades de engajamento público



Figura 11 - Atividades de engajamento público

Cabe destacar, que ao longo da intervenção a equipe trabalhou para que todos os usuários cadastrados no Programa de melhoria da atenção ao portador de HAS e/ou DM tivessem acesso e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Mas este foi outro problema enfrentado pela equipe ao longo da intervenção, tendo em vista que o fornecimento de medicamentos da Hiperdia/farmácia popular se dava de forma irregular. Como a maioria dos usuários depende destes medicamentos para manterem o açúcar e a pressão arterial controlados solicitamos que os gestores comprassem quantidade suficiente de medicamentos para 3 meses e os fornecessem para as UBS em datas fixas. Mas infelizmente isso não ocorreu como planejado e, em uma determinada ocasião, no momento da triagem realizada pela técnica de enfermagem, detectou-se um usuário com pressão arterial elevada 160/110mh/Hg que necessitava de medicação. Como a UBS não havia recebido os medicamentos do Hiperdia e não dispunha de captopril para controlar a pressão do usuário, a médica, que apresenta pressão alta durante as crises de enxaqueca e sempre carrega em sua bolsa meia cartela de captopril, medicou o usuário e ajudou a controlar a pressão do mesmo. Infelizmente, essa foi uma solução emergencial que não garantiu o acesso ao referido medicamento para o usuário.

Outra ação desenvolvida durante a intervenção foi avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para tanto, a médica e a enfermeira realizavam esta avaliação em cada atendimento. A técnica de

enfermagem examinava a ficha espelho uma vez por semana, identificando aqueles usuários da HIPERDIA que necessitavam de atendimento odontológico para posterior encaminhamento. Como os ACS tem mais contato com os usuários, informavam para o restante da equipe se o usuário realizou ou não a consulta de odontologia agendada na UBS sede. Após reunião com a coordenadora da atenção básica do município, ficou acordado uma vaga por dia para os usuários cadastrados no Programa.

Outra ação desenvolvida pela equipe de saúde durante a intervenção foi à orientação nutricional e orientação sobre a importância da prática regular de atividade física para todos os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. Essas orientações foram transmitidas durante as visitas domiciliares, consulta individual e atividades de grupo (palestras) desenvolvidas pela equipe de saúde. Como exemplo, destacamos que duas usuárias referiram ter diminuído de peso desde que receberam as primeiras orientações na primeira consulta, o que demonstra mais uma vez, que com a implantação do projeto como rotina de trabalho a equipe vai conseguir melhorar os resultados e melhorar a qualidade de vida destes usuários. Além disso, os usuários obesos foram encaminhados para consulta com especialista (nutricionista) para melhor acompanhamento.

Para que a intervenção não afetasse os demais agendamentos e para que os profissionais da equipe conseguissem realizar os atendimentos de urgência, ao longo do dia, foram destinadas 6 vagas para os usuários hipertensos e 2 vagas para os usuários diabéticos. Desta forma, pretendíamos atingir 80% de cobertura dos usuários da Hiperdia na nossa área de abrangência durante os 4 meses da intervenção. Mas como a intervenção foi reduzida para doze semanas e enfrentávamos diversos problemas com o transporte da médica e da enfermeira até a UBS, precisamos ajustar o cronograma, mas foi possível disponibilizar mais vagas por dia para o atendimento da população alvo.

A equipe sempre acolheu todos os usuários do Programa antes do atendimento. O mesmo era iniciado pelos ACS que organizavam os usuários conforme eles iam chegando na UBS, logo após, a técnica de enfermagem começava o acolhimento e a triagem na sala de espera. Após, a médica e a enfermeira escutavam as demandas dos usuários no consultório médico. Durante os acolhimentos realizados foram detectados usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos com níveis de glicemia elevada e/ou pressão arterial elevadas,

esses usuários eram atendidos pela médica e pela enfermeira no mesmo dia e, em seguida, eram encaminhados para o laboratório na sede do município para realizar a curva glicêmica. A avaliação da curva pressórica era realizada na própria UBS. Os usuários que apresentaram resultados positivos nesses exames foram incluídos na intervenção.

Como exemplo, citamos o dia em que o técnico de enfermagem detectou um usuário de 37 anos com níveis de pressão arterial elevada e realizou a curva pressórica durante o tempo estabelecido. Como o usuário manteve os níveis de pressão arterial elevada, foi encaminhado para consulta médica e logo depois, foi incluído no Programa de melhoria da atenção da pessoa portadora de HAS e/ou DM.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A principal dificuldade neste período foi o fato dos gestores não disponibilizarem carros para que a médica e a enfermeira pudessem se deslocar até a UBS na Vila Serra Grande II e demais unidades de extensão onde os atendimentos são realizados todas as semanas, e o fato da equipe ficar incompleta (Falta de três ACS).

No início da intervenção, o município só contava com um carro para deslocar os quatro médicos do Programa Mais Médicos que trabalham no interior de Cantá e que precisam percorrer mais de 100km por dia para chegar até a UBS onde estão alocados. Devido a esse problema, eu chegava muito atrasada e não tinha como realizar vistas domiciliares aos usuários faltosos. O problema com o transporte foi parcialmente solucionado na terceira semana da intervenção e voltou a se agravar na 10ª semana da intervenção, quando a secretaria de saúde disponibilizou apenas um corsa para realizar o transporte dos dois médicos que atuavam nas UBS mais próximas da Secretaria de Saúde. No entanto, o deslocamento até as UBS só ocorria se as condições da estrada permitissem.

O cronograma da intervenção não foi cumprido como previsto e este foi sendo modificado no decorrer das semanas devido aos problemas enfrentados com

o deslocamento da médica e da enfermeira até a UBS, feriados, capacitações propostas pela secretaria de saúde e a redução da intervenção para 12 semanas.

Na primeira reunião das equipes com os gestores da secretaria de saúde do município, além da apresentação do projeto também foi solicitado o fornecimento dos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos. Essa ação sempre foi realizada com um pouco de atraso, mas neste último mês a secretaria de saúde não forneceu os medicamentos necessários e, por isso, já temos alguns usuários sem medicação da Hiperdia.

Além disso, o café da manhã que havia sido planejado no projeto de intervenção, não pode ser realizado até o momento devido à falta de recursos do município para apoiar esta tarefa e a falta de um veículo para transportar a equipe de saúde até as unidades de apoio.

Além disso, como não foram programados atendimentos nas segundas-feiras devido à falta de combustível e/ou carro, a equipe realizou reunião na secretaria de saúde com a chefe de atenção básica e, dessa forma, continuamos demandando dos gestores o cumprimento do contrato do Programa Mais Médicos. O contrato prevê que o médico esteja na UBS 32 horas semanais, mas como cada município tem a liberdade de planejar o trabalho das equipes segundo as suas possibilidades, temos trabalhado apenas 24 horas semanais e isso tem afetado o desenvolvimento das ações. Como a equipe atende na UBS sede e em outras duas UBS de apoio, que são de difícil acesso, faz-se necessário que todos os usuários que buscam o atendimento sejam atendidos no mesmo dia, inviabilizando o agendamento.

Outra ação que não foi realizada foi à articulação dos gestores com a escola Vila Serra grande II, no sentido de disponibilizar um educador físico para auxiliar a equipe durante as atividades voltadas para o estímulo da prática de atividade física. A secretaria de saúde alega que não tem recursos suficientes para isso. O nutricionista também não foi contratado e não pudemos contar com esse profissional para desenvolver as atividades voltadas para a importância da alimentação saudável.

Outro fator que prejudicou o trabalho da equipe foi o fato de ter duas ACS de férias. Devido a isso, os usuários das áreas de abrangência dessas ACS não receberam visitas domiciliares. Além disso, ficamos sabendo que uma delas está grávida e tudo indica que vai se afastar do trabalho.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Este projeto de intervenção constituiu um novo desafio para a equipe, pois nenhum de nós tinha experiência no trabalho com indicadores de saúde e, por isso, apresentamos inúmeras dificuldades no preenchimento dos dados. No momento de incluir os dados dos usuários na planilha de coleta de dados, percebíamos que os mesmo não coincidiam com os dados preenchidos na ficha-espelho.

Eu, como responsável pelo preenchimento da planilha de coleta de dados, não sabia como preencher os campos da planilha relativos ao exame clínico de acordo ao protocolo e orientações sobre realização de atividade física, higiene bucal, risco ao tabagismo e, devido a isso, os indicadores de qualidade sempre ficavam muito baixos. Mas as dúvidas foram esclarecidas pela orientadora Pâmela, que tem sido de grande ajuda para o melhor desenvolvimento do projeto.

A partir da terceira semana da intervenção melhoramos a qualidade do preenchimento da planilha de coleta de dados.

Realizamos a capacitação da equipe para coleta de dados. E, eu copieei todos os dados de cada um dos usuários cadastrados no Programa de Melhoria da Atenção a pessoa portadora de HAS e DM para um caderno. Assim, além de se reunir com a equipe após cada atendimento, também realizei um checklist dos usuários cadastrados, mas faltosos às consultas.

O preenchimento da ficha espelho também apresentou problemas no início da intervenção, pois os dados eram coletados na ficha de atendimento individual e a eu tinha que transcrever os mesmos para a ficha espelho. Após capacitação da equipe, todos os profissionais da equipe aprenderam a preencher a ficha espelho e, dessa forma, nas reuniões semanais, apenas avaliávamos o preenchimento das mesmas.

Para mim, foi um prazer escrever o diário da intervenção. Chamava-o de meu amigo. Para ele contava as mais variadas histórias, mas principalmente as histórias dos usuários que eram atendidos. Todos os dias tinha algo novo para contar, histórias tristes, histórias engraçadas, enfim, histórias que me faziam refletir sobre os princípios do SUS e sobre atenção oferecida para a população cantaense. Pretendo continuar escrevendo o diário da intervenção.

Todas as fotos anexadas no diário de intervenção e no TCC foram autorizadas pelos usuários mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a avaliação dos resultados pode se concluir que a equipe está envolvida com o trabalho e a intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da ESF Serra Grande II.

Nesse sentido, pretendemos continuar desenvolvendo as ações propostas na planilha OMIA, como capacitação da equipe, atividades grupais, cadastro da população alvo, registro de usuários faltosos no livro de registros, atendimentos individuais, exames clínicos de acordo ao protocolo, indicação dos exames complementares em dia, classificação de risco cardiovascular, orientações sobre o risco do tabagismo, sobre prática de atividade física regular e sobre a saúde bucal e divulgação do projeto. Além disso, pretendemos continuar preenchendo a ficha espelho, utilizando a planilha de coleta de dados para o monitoramento dos indicadores de cobertura e de qualidade e escrevendo o diário da intervenção. A equipe também continuará se reunindo todas as semanas ao final dos atendimentos para revisar o arquivo do Programa de melhoria da atenção ao portador de HAS e/ou DM e monitorar a cobertura e a qualidade das ações.

Com o objetivo de continuar melhorando a cobertura da atenção ao hipertenso e diabético, a equipe continua disposta a realizar ações de saúde nas vicinais onde muitos usuários têm doenças crônicas, mas devido às dificuldades com o deslocamento, não buscam atendimento. Apesar das dificuldades enfrentadas, essa ação já foi planejada e realizada na vicinal I da vila Serra Grande II e, em breve será realizada em vicinais mais distantes.

Nesse sentido, com o apoio do técnico de enfermagem de uma das unidades de apoio, vamos ir até uma vila para realizar um café da manhã com os usuários. Em breve, também desenvolveremos atividades grupais com o grupo de idosos.

Em uma reunião com os gestores e com a bioquímica do município, ficou pactuado 5 vagas, todas terças-feiras, para a população alvo de nossa área de abrangência realizar os exames complementares, sem afetar o restante da população. A bioquímica está engajada e disposta a auxiliar o projeto desenvolvido pelos três médicos no município e, por isso, irá solicitar aos gestores municipais e a secretaria de saúde, a compra dos equipamentos necessários para a realização do restante dos exames. Desta forma, nenhum usuário terá que se deslocar até a capital, nem pagar para realizar os exames no laboratório particular.

Nesta reunião também ficou acordado um reajuste nas equipes para que os ACS do município possam cobrir todas as áreas de abrangência da UBS Serra Grande II, pois na UBS sede do município trabalham 12 ACS sem necessidade. Espera-se que esta situação possa ser resolvida em breve. Também insistimos na possibilidade da secretaria de saúde nos levar para as UBS pelo menos 4 vezes na semana, incrementando os atendimentos e atingindo as metas de cobertura, ainda que for impossível continuamos insistindo com os gestores.

Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população da área adstrita na área de abrangência da ESF Serra Grande II é de 2600 habitantes, conforme estimativas do Caderno de Ações Programáticas. Para essa população, é estimada a existência de 467 usuários hipertensos e 133 usuários diabéticos (ambos os grupos com 20 anos ou mais). Antes da intervenção existiam cadastrados na unidade 231 portadores de HAS e 65 portadores de DM, com índices de cobertura de 49% e 49% respectivamente. Cabe destacar, que essas estimativas não estavam de acordo com a realidade da área de abrangência.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

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

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

O programa de melhoria da atenção à pessoa portadora de HAS e/ou DM deveria ter atingido uma cobertura de 80% de hipertensos no final da intervenção. No entanto, como a intervenção foi reduzida de 16 para 12 semanas, a meta estabelecida foi de 70%. Essa meta não foi alcançada e apenas 26,8% dos usuários hipertensos foram cadastrados no Programa.

Nesse sentido, no primeiro mês foram cadastrados 35 (7,5%) usuários hipertensos e deveríamos ter cadastrado 93. No segundo mês cadastramos 60 (12,8%) usuários hipertensos e deveríamos ter cadastrado 186 e no terceiro mês foram cadastrados apenas 125 usuários hipertensos, atingindo uma cobertura de 26,8%.

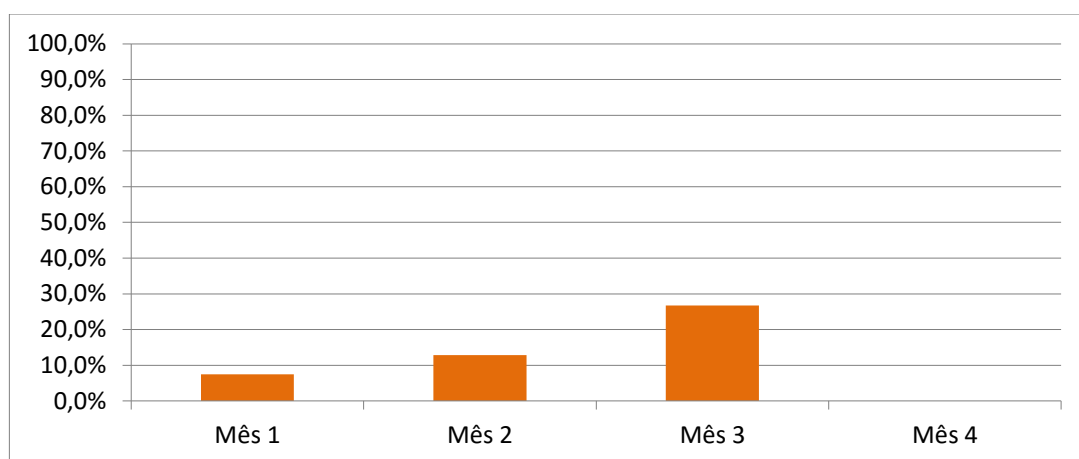


Figura 12 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A meta não foi alcançada devido a várias questões, entre elas destaca-se a falta de transporte para a equipe se deslocar até a UBS, as capacitações de equipe disponibilizadas pela secretaria de saúde e os feriados que ocorreram ao longo da intervenção. Além disso, destacamos o fato de que o planejamento da avaliação de 6 usuários hipertensos por dia não foi possível, devido as dificuldades enfrentadas pelos próprios usuários que não conseguiam se deslocar até a UBS e pelo fato de que muitos atendimentos não puderam ser agendados por falta de ACS em nossas áreas de abrangência.

Para trazer exemplos de exames clínicos realizados destacamos o atendimento realizado a um usuário de 55 anos que chegou à UBS com exames complementares indicados por outro médico da cidade. Mas o mais interessante foram os níveis elevados sais de ácido úrico em seu exame de urina, por isso expliquei para ele os possíveis significados destes resultados, indicando para ele

todos os exames de acordo ao protocolo e solicitando que retornasse a consulta o mais rápido possível para afastar qualquer alteração na função dos rins. Esse usuário nunca tinha sido atendido por mim, mas recebia visitas domiciliares dos ACS, os quais levavam os medicamentos do Hiperdia. Ele me referiu que como nós estávamos mais próximos da sua residência ele passaria a buscar atendimento na UBS, pois ficou contente com a atenção que demos a ele. Estes detalhes são o que me faz ficar contente, apesar de todas as dificuldades enfrentadas no dia-dia

Outro exemplo é de um usuário hipertenso com histórico de alcoolismo, que foi até a UBS após ter seu a consulta agendada pelo ACS. O mesmo chegou com os olhos muito vermelhos, mas não tinha álcool no ar expirado, por isso suspeitamos que ele também é usuário de outras drogas. O usuário em questão apresentava a pressão muito alta (200/110) mg/hg, apesar de ter referido que havia tomado losartana 50mg de manhã. Lhe dei um captopril, que carregou na minha bolsa e quando o atendimento foi finalizado a sua pressão já estava um pouco mais baixa (140/100). Lembrando que não devemos baixar toda a pressão em menos de 24 horas. Esse usuários saiu do atendimento com indicação de exames complementares de acordo ao protocolo, com orientações para alimentação saudável, pois devido seu habito toxico, ele não se alimenta direito e em várias ocasiões apresenta episódios de tremores, frio e sudorese. Explicamos que todos esses sintomas são de hipoglicemia, por isso ele deve comer alimentos muito doces para melhorar seus sintomas. O usuário também recebeu orientação sobre risco do tabagismo e sobre todo os risco que trouxe para sua saúde o habito toxico que ele mantém que e pode provocar complicações cardiovasculares severas e levar ao óbito. Acho que ele ficou um pouco assustado com a minha fala e acredito que não vá modificar seus hábitos. Mas como dizem, a esperança é a último que morre, por isso agendamos uma nova consulta para daqui 15 dias, pois adicionamos a seu tratamento a hidroclorotiazida como diurético e, desta forma, continuaremos insistindo na mudanças em seus hábitos de vida.

Solicitamos do usuário seu consentimento para publicar sua foto e ele aceitou. E aí amigo diário, te envio sua foto que acabou se tornando engraçada, pois até um sorriso o usuário deu para foto o que não tinha acontecido com nenhum outro. Este usuário ficou muito agradecido com nosso atendimento e, como os demais usuários me disse que ia realizar o tratamento e tentar cumprir as orientações medicas.



Figura 13 - Atendimento clínico

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

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

No primeiro mês, foram cadastrados 15 (11,3%) usuários diabéticos, sendo que deveríamos ter cadastrado 27, no segundo mês foram cadastrados 24 (18%) usuários diabéticos e teríamos que ter cadastrado 54 e no terceiro mês cadastramos 41 (30,8%) usuários diabéticos de 107 que deveríamos ter cadastrado. Assim, alcançamos uma cobertura de 30,8%.

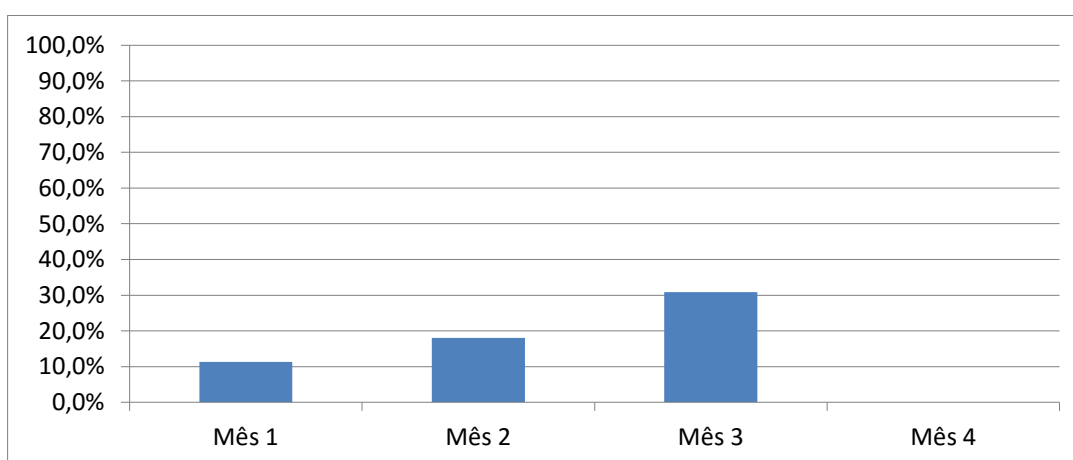


Figura 14 - cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

As metas de cobertura não foram atingidas porque enfrentamos muitas dificuldades no deslocamento da médica e da enfermeira até a UBS e do próprio deslocamento da equipe dentro da área de abrangência. Além disso, planejávamos trabalhar 4 dias na semana para o desenvolvimento das ações da intervenção, mas a nova chefe de gabinete alterou a escala de trabalho dos médicos permitindo que fossemos apenas três dias para a UBS. O planejamento da avaliação de 2 diabéticos por dia não foi possível, devido as dificuldades enfrentadas pelos próprios usuários cadastrados em se deslocar até a UBS e porque muitos atendimentos não puderam ser agendados por falta de ACS em nossa área de abrangência.

Para realizar visitas domiciliares recebemos o apoio do técnico de enfermagem e de um ACS. E para tentar aumentar a cobertura da atenção ao hipertenso e diabético também aumentamos o número o número de vagas por dia, para esse público alvo, mas como a ESF está composta por três unidades de saúde e a equipe só pode ir uma vez por semana a cada unidade, não conseguimos alcançar a meta estipulada.

Como exemplo de exames clínicos realizados citamos o caso de uma senhora hipertensa e diabética que trouxe os exames de acordo ao protocolo. Os exames foram realizados na cidade e apresentaram níveis de glicemia muito alta (462 mg/dl), por isso tivemos que aumentar a dosagem da glibenclamida e da metformina nas doses máximas, insistindo para que a usuária cumprisse o tratamento direitinho e segue-se a dieta indicada. Pois, como mora com seu esposo e tem dificuldades econômicas, cultivam a macaxera e comem muita farinha.

Relativas ao objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Um dos objetivos traçados foi melhorar a qualidade da intervenção e, para tanto, tínhamos que garantir que 100% dos usuários cadastrados realizassem o exame clínico em dia segundo protocolo adotado na UBS. No primeiro mês oferecemos exame clínico apropriado para 35 (100%) usuários hipertensos, no

segundo mês o exame clínico foi oferecido para 60 (100%) usuários hipertensos e no terceiro mês foi oferecido para os 125 (100%) usuários hipertensos cadastrados no Programa.

Para realizar o exame clínico apropriado aos usuários portadores de DM segundo protocolos, a equipe utilizou o esfigmomanômetro, estetoscópio e fita métrica para medir a circunferência abdominal. Nesse sentido, no primeiro mês 15 (100%) usuários saíram da UBS com o exame clínico apropriado, no segundo mês 24 (100%) e no terceiro mês 41 (100%) usuários diabéticos saíram da unidade de saúde com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Tudo isto foi possível porque a equipe recebeu uma capacitação uma semana antes de iniciarmos a intervenção sobre exame clínico adequado. Nessa capacitação insistimos sobre a importância da aferição da pressão arterial, verificação dos pulsos pedioso e tibial posterior, apoiando-nos no caderno 36 DM do Ministério da Saúde.

Além disso, a equipe atingiu a meta de 100% qualidade, pois esta ação está diretamente relacionada com o trabalho da médica e da enfermeira junto aos usuários. Nesse sentido, não apresentamos nenhuma dificuldade na realização do exame clínico de acordo ao protocolo.

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

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

A proporção de exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi aumentando ao longo dos três meses de intervenção, mas a meta não foi atingida. No primeiro mês apenas 7 (20,0%) usuários hipertensos realizaram os exames complementares, no segundo mês apenas 17 (28,3%) usuários realizaram os exames complementares e no terceiro mês apenas 39 (31,2%) usuários hipertensos realizaram exames complementares, alcançando a meta de 31,2%.

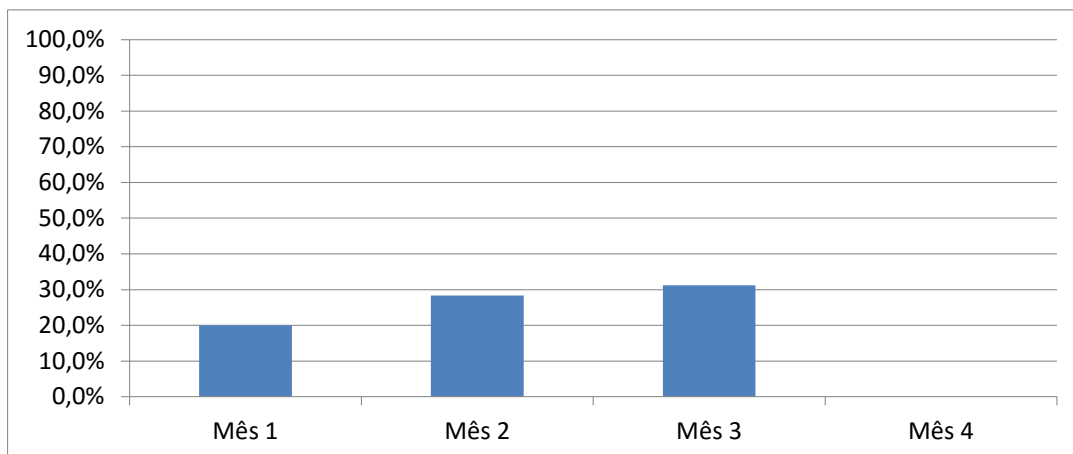


Figura 15 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Essa meta não foi atingida porque muitos usuários não dispõem de recursos financeiros para realizar os exames complementares em laboratórios particulares, pois no município não temos todos os reativos e nem todos os equipamentos necessários para oferecer a maioria dos exames solicitados pela ficha espelho.

Como exemplo, podemos citar a história de um idoso, de 68 anos, que me disse que não tem condições de sair do sítio onde mora por falta de recursos e também me referiu que não tinha como se deslocar até o laboratório da UBS sede do município, porque o ônibus vai até a vicinal de manhã e retorna somente a tarde e, dessa forma ele teria que ficar todo o dia fora de casa sem se alimentar. Confesso que precisei ter muita força para não chorar na frente dele, pois quando olho para os usuários e vejo as condições que chegam a UBS, realmente é muito triste. Esse idoso O mesmo foi relatado pela sua irmã, de 71 anos de idade, que tem HAS. Temos que destacar também que estes usuários dependem dos medicamentos que tem sido entregues pelos ACS, por isto é que insistimos para que os gestores do município forneçam os medicamentos da Hiperdia em dia, pois temos uma população muito carente que precisa deles.

Indicador: Proporção de diabéticos com os 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.

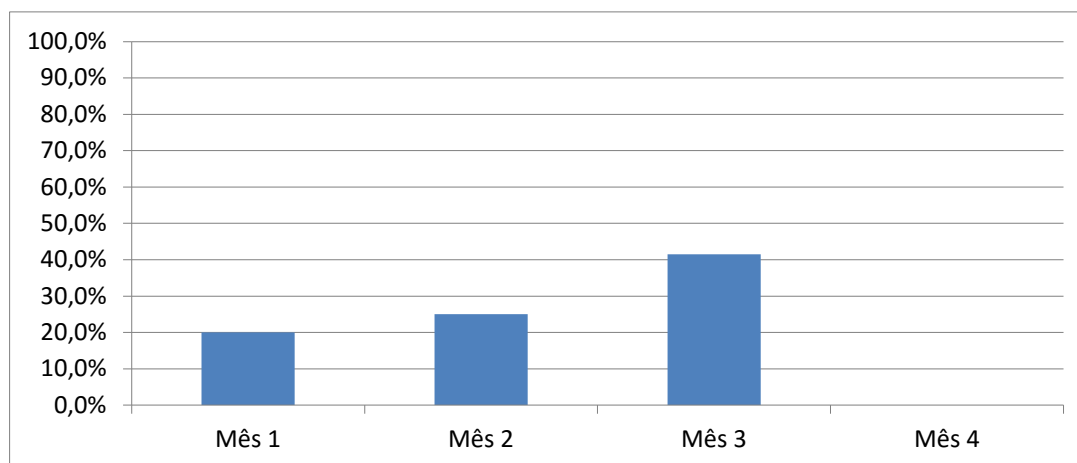


Figura 16 - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com relação aos usuários diabéticos, destacamos que no primeiro mês 3 (20,0%) usuários realizaram os exames complementares, no segundo mês 6 (25,0%) e no final da intervenção 17 (41,5%) usuários diabéticos realizaram os exames complementares de acordo com o protocolo, totalizando 41,5%.

Devido aos problemas enfrentados com o deslocamento dos usuários até o laboratório da UBS sede do município e também devido à falta de equipamentos para a realização dos exames no próprio laboratório, não conseguimos alcançar a meta de 100%.

Apesar de termos realizado uma reunião na secretaria de saúde, com todas as equipes de saúde e com a bioquímica do laboratório da UBS sede e, com isso, termos garantido 5 vagas para a realização de exames complementares para cada uma das equipes de saúde em pelo menos um dia na semana, este método não foi suficiente. Infelizmente, muitos usuários não tinham condições financeiras para se deslocar até o laboratório do município para realização dos exames. Esse problema também foi repassado para os gestores com o objetivo de solicitar a compra dos equipamentos necessários para a intervenção de rotina para todas as equipes do município.

Exemplos desses problemas podem ser observados na história de uma mulher que foi diagnosticada como caso novo de DM e trouxe os resultados dos exames complementares para que a médica pudesse avaliar. Ocorre que esses exames haviam sido solicitados há quase um ano e não haviam sido realizados. A

usuária apresentava glicemia e hemoglobina glicosilada muito alta. Além do tratamento indicado, insistimos na importância de realizar o tratamento correto e seguir a dieta e o resto das indicações médicas. Uma nova consulta foi agendada para daqui 15 dias para avaliarmos glicemia de jejum novamente e avaliar a necessidade de modificar o tratamento proposto. Também explicamos para ela os cuidados dos rins, pois se os níveis de glicemia se mantiverem altos podem lhe afetar de forma crônica. Suspeito que essa mulher tem diabetes a mais tempo do que referiu. Ela também saiu da consulta com encaminhamento para dentista, pois na última gravidez, há um ano, não realizou atendimento odontológico e seus dentes ficaram muito ruins.

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

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

Ao longo da intervenção priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Nesse sentido, no primeiro mês prescrevemos medicamentos para 35 (100%) hipertensos e 15 (100%) diabéticos, no segundo mês os medicamentos da Farmácia Popular foram prescritos para 60 (100%) usuários hipertensos e 24 (100%) usuários diabéticos e no terceiro mês 125 (100%) hipertensos e 41 (100%) diabéticos saíram da UBS com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Apesar de termos atingido a meta e prescrito os medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários portadores de HAS e DM cadastrados na UBS, apresentamos dificuldade no fornecimento destes medicamentos, pois como muitos usuários não tem condições financeiras para ir até a UBS sede do município pegar a medicação, tinham que ficar aguardando que a equipe realizasse a distribuição na UBS Serra Grande. Além disso, no terceiro mês da intervenção, o município não distribuiu os medicamentos para a ESF.

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

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

A proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi atingida nos três meses da intervenção. Nesse sentido,

a equipe de saúde realizou o exame clínico odontológico em 100% dos usuários cadastrados na UBS.

Apesar de termos atingido essa meta, enfrentamos diversos problemas para garantir o atendimento odontológico para os usuários cadastrados, pois no município a consulta odontológica está centrada na UBS sede e nem todos os usuários tem condições de se deslocar até a unidade.

Relativas ao objetivo 3– Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa.

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

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No que tange a proporção de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, destacamos que apesar de todas as dificuldades enfrentadas com o transporte, conseguimos garantir que 100% dos usuários faltosos recebessem busca ativa durante os três meses de intervenção. Nesse sentido, no primeiro mês 3 (100%) usuários hipertensos e 1 (100%) usuários diabético faltaram a consulta e receberam busca ativa, no segundo mês 6 (100%) usuários hipertensos e 5 (100%) usuários diabéticos faltaram as consultas e receberam busca ativa e no terceiro mês 13 (100%) usuários hipertensos e 7 (100%) usuários diabéticos faltaram as consultas e receberam busca ativa.

Apesar de termos conseguido realizar a busca ativa de 100% de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, podemos destacar que enfrentamos muitas dificuldades para atingir essa meta, pois a equipe não contava com um carro disponível para se deslocar para realizar as visitas domiciliares. Nesse sentido, só conseguimos nós deslocar até áreas de difícil acesso para realizar visitas domiciliares com o auxílio da equipe.

Citamos como exemplo de usuária faltosa a consulta, a história de uma senhora de 60 anos, que desde o ano passado era acompanhada pela equipe de saúde por apresentar cifras de pressão muito alta. Na ocasião de visita domiciliar verificamos que ela apresentava pressão alta, pois relatou que os remédios estavam fazendo mal e quadro febril a mais de 7 dias. Como se trata de uma área de difícil acesso e os usuários são muito carente, sabíamos que ela não iria até o hospital,

por isso medicamos ela para diminuir as cifras de pressão arterial e indicamos só a losartana, pois tomava vários medicamentos juntos de jejum o que acho pode ter relação com a fraqueza que ela refere quando toma os medicamentos. Como iremos avaliá-la novamente na quarta feira, deixamos orientações com a sua família sobre a dieta adequada e a importância de não abandonar o tratamento, pois pode apresentar alguma intercorrência grave. A equipe deu orientações para a família toda sobre todo o manejo da hipertensão e da febre, pois vivemos em uma área de alta incidência de malária.

Relativas ao objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

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

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

Para melhorar o registro das informações relacionadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ficha de acompanhamento, realizamos a capacitação da equipe no início da intervenção. Por isso, ao longo dos três meses de intervenção mantivemos os registros adequados na ficha de acompanhamento para 100% usuários cadastrados.

Relativas ao objetivo 5– Mapear hipertensos e diabéticos para avaliação de risco cardiovascular.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Quanto à proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, os resultados também foram satisfatórios, pois conseguimos atingir a meta proposta de 100% de estratificação de risco por exame clínico em dia ao longo dos três meses de intervenção. Nesse sentido, conseguimos aplicar a escada de Framingham em 100% dos usuários e também aumentamos a quantidade de usuários hipertensos avaliados. Isso só foi possível porque a equipe se capacitou para realizar esta avaliação, seguindo as normas do Ministério da Saúde.

Nesse caso citamos de um usuário que buscou atendimento na UBS após ficar sabendo que a doutora morena, como eles me chamam, tinha retornado das férias. Ele disse que tinha seguido o último tratamento para uma linfangite post-picada de inseto, onde eu lhe indiquei um tratamento com remédios caseiros mas a mesma não estava bem cicatrizada. Nesse dia ele foi à UBS para porque tinha uma consulta agendada para acompanhamento da hipertensão e saiu da UBS com um novo tratamento para a linfangite crônica, realizou estratificação de risco cardiovascular e recebeu todas as orientações de acordo com o protocolo de atendimento para essa doença crônica. São estas coisas que me satisfazem, pois no final faço o que gosto, que é ajudar os demais. Eles ficam contentes com meu trabalho e retornam para consulta com a esperança de sua melhora.

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

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação, orientação sobre prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir orientação sobre prática regular de atividade física e sobre os riscos do tabagismo.

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física e sobre os riscos do tabagismo, destacamos que atingimos as metas propostas e 100% dos usuários portadores de HAS e/ou DM receberam as orientações necessárias ao longo dos três meses da intervenção. Nesse sentido, no primeiro mês 35 (100%) hipertensos e 15 (100%) diabéticos receberam as orientações, no segundo mês 60 (100%) hipertensos e 24 (100%) diabéticos e no terceiro mês 125

(100%) hipertensos e 41 (100) diabéticos receberam as orientações necessárias sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo.



Figura 17 - Atividades de educação em saúde

Embora tenhamos transmitido todas as orientações durante a intervenção e, com isso, atingido 100% da população alvo cadastrada, algumas ações de saúde que não foram realizadas devido à falta de apoio dos gestores. Citamos como exemplo o café da manhã que seria realizado todos os meses para incentivar a alimentação saudável entre os usuários e também o fato do município não ter comprado os medicamentos para auxiliar os usuários a abandonarem o tabagismo.

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

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

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal, destacamos durante as consultas individuais e atividades de grupo (palestras) com a população alvo, 100% dos usuários receberam orientação sobre saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Serra Grande II propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM, assim como, melhorou a qualidade dos registros desta população alvo. A qualificação da atenção destaca-se pela ampliação do exame dos pés dos diabéticos e aferição dos pulsos pedioso e tibial posterior para toda a população alvo (pois uma alteração nos pés diabéticos pode constituir um sinal de alerta para insuficiência arterial por arteriosclerose, muito frequentemente relacionada com estas duas doenças); atualização e melhoria dos registros na UBS; priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e aumento da adesão ao tratamento pelos usuários; melhoria da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo que os usuários que necessitavam foram encaminhados para consulta com o odontólogo na UBS sede do município. Além disso, melhoramos a adesão dos usuários ao Programa ao aumentar a busca ativa de usuários faltosos às consultas, melhorar a qualificação da prática clínica da equipe para a classificação de risco de hipertensos e/ou diabéticos na UBS e, conseqüentemente, identificar vários usuários com alto risco cardiovascular que precisaram ser encaminhados para o especialista (cardiologista). Propiciou-se ainda a realização de várias atividades de promoção da saúde (palestras) para garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação a prática de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Além destas orientações, a equipe aproveitou essas atividades para falar de outros temas importantes para toda a população, como tuberculose, dengue, malária, leishmaniose entre outras.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e monitoramento da HAS e/ou DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, dos auxiliares de enfermagem e dos ACS.

Estas adequações acabaram tendo impacto também em outras atividades no serviço, como atendimentos aos usuários idosos, pois a equipe já começou a

desenvolver atividades grupais com este grupo populacional. Além de implantar as fichas espelho de cada ação programática na UBS, melhoramos a qualidade da consulta (exame clínico) para todos os usuários, melhoramos a qualidade do acolhimento realizado pelo técnico de enfermagem e pelos ACS na recepção, pois a todos os usuários com 20 anos ou mais realizamos a aferição da pressão arterial e, com isso, diagnosticamos vários casos novos de HAS. Melhoramos o registro geral das visitas domiciliares de todos os usuários na UBS, onde aumentamos a busca ativa de usuários faltosos, não somente dos usuários cadastrados no Programa, mas também do resto das ações programáticas, como por exemplo, começamos o atendimento precoce de gestantes que não tinham acesso ao pré-natal.

Como foi estabelecido em atividades de educação em saúde, uma vez por mês oferecemos estas atividades para toda a população e, além disto, conseguimos oferecer o café da manhã após a intervenção. Mas ficou acordada a realização do café da manhã, uma vez por mês, com o apoio da equipe e a comunidade.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a HAS e/ou DM eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um maior número de pessoas, pois a enfermeira também deve realizar o exame clínico apropriado para estes usuários.

A melhoria dos registros e agendamento dos usuários portadores de HAS e DM viabilizou a otimização da agenda à demanda espontânea. A realização de atividades grupais fez com que muitos usuários da UBS modificassem seu estilo de vida ao receber orientações sobre alimentação saudável, realização de atividade física regular, riscos de tabagismo, entre outros.

A classificação de risco dos usuários HAS e/ou DM tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, além disto, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico contribuiu para o encaminhamento precoce de usuários com lesões bucais suspeitas de malignidade, melhorando assim a saúde bucal.

A realização dos exames complementares fez com que a equipe detectasse novos casos de diabetes mellitus e providenciasse elementos para o encaminhamento de alguns deles para outras especialidades, como endocrinologista e nutricionista.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os usuários portadores de HAS e/ou DM demonstram satisfação com a prioridade no

atendimento, porém isso gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade quando os mesmos desconhecem o motivo desta priorização. No entanto, continuamos a divulgação do projeto e também o início das atividades com as outras ações programáticas.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitos usuários portadores de HAS e DM sem receber a atenção necessária devido às problemas acima mencionados.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Outra ação que deveria ser realizada é a tentativa de sensibilizar os gestores do município sobre a importância da intervenção para a ESF, pois apesar de toda equipe ter sido capacitada sobre o manejo da HAS e DM segundo o protocolo do Ministério da Saúde para atender a população alvo, melhorando assim a qualidade dos atendimentos para usuários hipertensos e/ou diabéticos, os gestores ainda não se conscientizaram sobre a importância do fornecimento dos medicamentos do programa da Hiperdia para a UBS. Os gestores também deveriam se conscientizar sobre a importância de comprar equipamentos para o laboratório da sede municipal para diminuir o deslocamento da população alvo até outro município para realizar os exames complementares. Além disso, é necessário sensibilizar os gestores sobre a necessidade de ter mais um carro para a equipe se deslocar até a UBS e realizar visitas domiciliares aos usuários faltosos.

Agora que estamos finalizando a Especialização em Saúde da Família, percebo que a equipe está integrada e que as ações desenvolvidas na intervenção já estão incorporadas no processo de trabalho da equipe. Dessa forma, teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas, como a completude da equipe da UBS com a quantidade necessária de ACS, a realização de atividades grupais com a população alvo, como atividade física, café da manhã, entre outras. Além disso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários HAS e/ou DM, em especial os de alto risco. Iremos realizar atividades grupais (como o café da manhã que já foi iniciado) não só para a população alvo, mas também para os idosos. Também vamos continuar realizando outras atividades de educação em saúde para

a população de nossa área de abrangência, com os temas sobre prática de atividade física regular e seus benefícios à saúde e higiene bucal, tema muito importante para toda a comunidade, inclusive para as crianças.

Outra ação que deverá ser mantida após a intervenção é a capacitação mensal da equipe sobre o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta sobre a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, pois a maioria dos usuários do Programa não conseguiu realizar os exames necessários ao longo dos três meses da intervenção, uns por falta de recursos financeiros e outros por falta de equipamentos no laboratório da sede municipal. Esta será uma informação importante para a classificação de risco cardiovascular, porém não deixaremos de fazê-la. Iremos adequar à ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, coletando assim todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto com mais facilidade e qualidade.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACSs para as demais microáreas, pretendemos investir na busca ativa e, na conseqüente, ampliação de cobertura da atenção aos usuários portadores de HAS e DM. Para tanto, demandaremos aos gestores mais um carro para o deslocamento da equipe até áreas de difícil acesso.

Tomando esse projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de atenção ao idosos e, além disto, queremos implementar outras ações programáticas como atenção as crianças e programa de pré-natal e puerpério na UBS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Senhores e senhoras gestores:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso da suporte ao

Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ela foi bastante prática e como resultado realizamos uma reorganização no programa de Acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas.

Iniciamos a intervenção com a divulgação do projeto para vocês, gestores do município. Para que todas as ações propostas pudessem ser desenvolvidas, solicitamos a impressão das fichas espelho, dos prontuários de HAS e DM bem como papel, lápis, caneta e cartolina. Além disso, solicitamos que o transporte da médica e da enfermeira até a área de abrangência fosse garantido 4 vezes por semana.

No entanto, embora os materiais tenham sido disponibilizados, desde o início da intervenção enfrentamos diversas dificuldades para nos deslocarmos até a ESF Serra Grande II e UBS de apoio. Isso ocorreu porque o município não possuía recursos suficientes para garantir que o transporte dos médicos do Programa Mais Médicos fosse realizado todos os dias da semana e, muito menos, para garantir que as equipes pudessem realizar visitas domiciliares e atividades de educação em saúde em áreas mais distantes, conforme cronograma proposto no Projeto de intervenção.

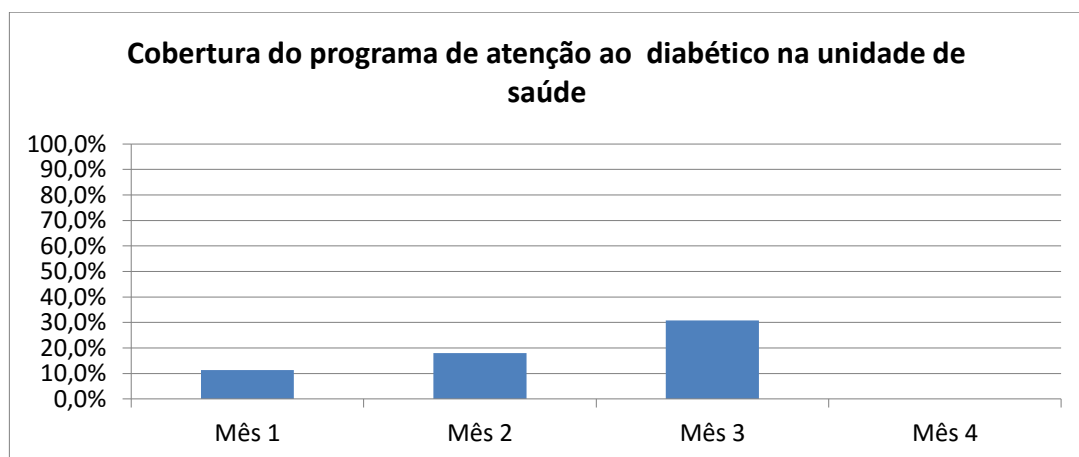
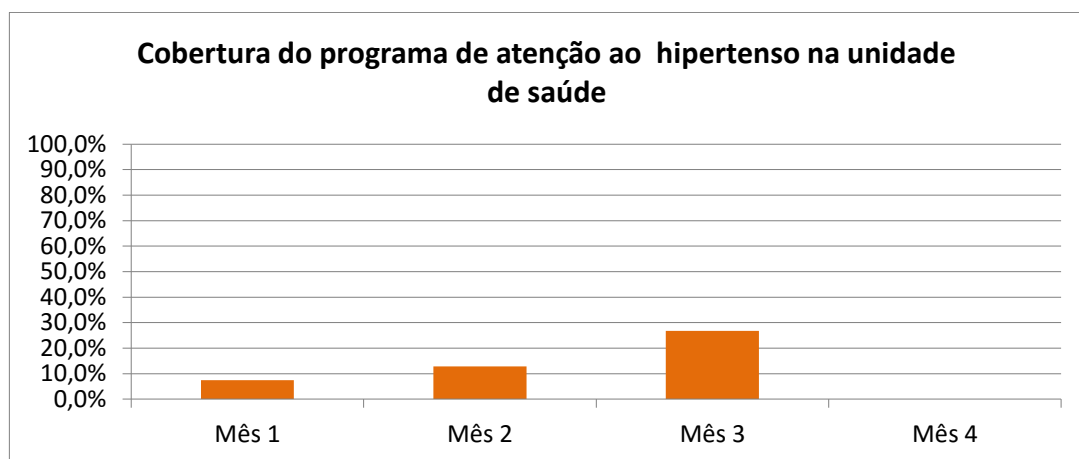
Para realizar visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, contamos com o apoio do técnico de enfermagem e de um ACS. Pois foram os mesmos que disponibilizaram os seus veículos particulares para o transporte da equipe até a residência dos usuários.

Para que as ações propostas no projeto de intervenção pudessem ser realizadas com o máximo de qualidade e seguissem o que é preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde, capacitamos toda a equipe para cadastrar os usuários portadores de HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS e para encaminhar os usuários que apresentassem sintomas suspeitos para o atendimento médico e de enfermagem. As capacitações foram realizadas ao longo dos três meses da intervenção e, atualmente, a equipe se mostra empoderada e preparada para oferecer um atendimento de qualidade aos portadores de hipertensão e diabetes.

Ao final da intervenção podemos destacar que todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos da nossa área de abrangência encontram-se organizados, atualizados e corretamente preenchidos e

com eles conseguimos avaliar a cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e a qualidade das ações.

Nesse sentido, com o Programa de Melhoria da Atenção ao Portador de HAS e/ou DM na ESF Serra Grande II a equipe alcançou 26,8% de cobertura na atenção aos usuários portadores de HAS e 30,8% de cobertura na atenção aos usuários portadores de DM.



Todos os usuários cadastrados durante a intervenção realizaram o exame clínico de acordo ao protocolo e saíram da consulta com indicação para a realização dos exames complementares e com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Além disso, a equipe realizou em 100% dos usuários cadastrados avaliação odontológica e avaliação do risco cardiovascular por exame clínico em dia de acordo ao protocolo e transmitiu orientação sobre a importância da prática de

atividade física regular, sobre alimentação saudável, risco do tabagismo e higiene bucal.

Também desenvolvemos algumas das atividades coletivas que haviam sido planejadas como, por exemplo, as palestras, onde a população alvo e a comunidade em geral receberam orientações sobre a importância de realizar a consulta de acompanhamento de acordo ao protocolo, importância de medir a pressão arterial, importância do controle da HAS e DM para diminuir o risco cardiovascular e lesões em outros órgãos alvo, entre outros.

No entanto, embora as ações desenvolvidas na intervenção tenham passado a fazer parte do processo de trabalho da equipe, ainda apresentamos muitas dificuldades colocá-las em prática. Pois, sem receber o devido apoio da gestão, só conseguimos realizar as visitas domiciliares porque o ACS e enfermeiro levaram a médica e a enfermeira até a residência dos usuários e também buscaram os usuários faltosos as consultas até a UBS.

Outro aspecto dificultador para do bom desenvolvimento da intervenção, foi a falta de ACS nas áreas descobertas. Os usuários dessas áreas que não possuem ACS não foram cadastrados no Programa e não receberam a atenção necessária para o controle da HAS e/ou DM. Já conversamos com vocês e solicitamos que a equipe da ESF Serra Grande II fique completa. Para tanto, precisamos de mais 3 ACS para cobrir toda a área de abrangência.

Além disso, é de suma importância que vocês se conscientizem sobre a importância do fornecimento dos medicamentos da Hiperdia na data correta, pois a nossa população é muito carente e depende destes medicamentos para o controle de sua doença. O fato do laboratório da UBS sede do município não dispor de todos os equipamentos necessários para realizar os exames complementares segundo o protocolo do Ministério da Saúde também é um fator preocupante, pois os poucos usuários que conseguiram realizar esses exames tiveram que pagá-los em laboratórios da capital Boa Vista. Acredito que com um laboratório mais equipado, toda a população seria favorecida. Mas a garantia dos medicamentos da HIPERDIA à população e o investimento em equipamentos para o laboratório do município dependem exclusivamente da tomada de consciência de vocês, gestores.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Após implementarmos o Programa de melhoria do acompanhamento da pessoa portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) na UBS/ESF Serra Grande II, gostaríamos que vocês conhecessem os resultados obtidos com o Programa.

Considerando a baixa cobertura da atenção ao portador de HAS e/ou DM na ESF Serra Grande II e, o fato destas duas doenças crônicas constituírem-se como os primeiros fatores de risco para doenças cardiovasculares, a equipe de saúde decidiu desenvolver um projeto de intervenção nesta ação programática com objetivo de aumentar a cobertura e qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Iniciamos a intervenção com a divulgação do projeto para os gestores, para a comunidade e, sobretudo, para os hipertensos e /ou diabéticos com 20 anos ou mais.

Durante as doze semanas da intervenção, a equipe conseguiu uma cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos de 26,8% e 30,8% respectivamente. Melhoramos a qualidade dos atendimentos para a população alvo e para o restante da população de nossa área de abrangência. Isso ocorreu porque a equipe se capacitou e se preparou para o acompanhamento dos usuários cadastrados. Nesse sentido, a população conta com profissionais mais capacitados onde o ACS realiza a visita domiciliar, busca ativa e quando algum usuário apresenta alguma alteração do nível de glicemia e/ou na pressão arterial é logo encaminhado para a UBS.

Com a realização dos exames complementares detectamos vários casos novos de DM e, com a medida de pressão arterial para todos os usuários como 20 anos de idade ou mais, também detectamos casos novos de HAS. Com a avaliação do risco cardiovascular foi necessário encaminhar alguns usuários para consulta com o especialista na atenção secundária.

Durante estas doze semanas foram realizadas atividades de educação em saúde com a participação da população alvo, familiares, cuidadores e outras

pessoas da comunidade. Dessa forma todos nós adquirimos novos conhecimentos sobre estas duas doenças, pois aprendemos a controlá-las e diminuir o risco cardiovascular.

Com a incorporação da intervenção no processo de trabalho da equipe conseguimos a participação da comunidade em nossas atividades de educação em saúde. É necessário destacar que além da equipe, a comunidade também nos auxiliou muito ao disponibilizar o seu veículo particular para que nós realizássemos visitas domiciliares aos usuários com mais dificuldades de deslocamento.

Com a realização das atividades grupais na UBS não só para população alvo da intervenção, mas para toda a comunidade, conseguimos que muitos usuários modificassem seu estilo de vida. A prova disso é que muitos dos usuários com fatores de risco solicitaram encaminhamento para o endocrinologista.

Nesse sentido, a intervenção trouxe melhorias para a UBS e para toda a população de nossa área adstrita.

Por fim, gostaríamos de destacar que a equipe continuará desenvolvendo as ações com o mesmo amor e profissionalismo.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso foi muito proveitoso não só para melhorar a barreira do idioma, mas para nossa comunicação com nossa população, pois adquirimos conhecimentos amplos sobre as diferentes ações programáticas que devem ser desenvolvidas na ESF seguindo as normas Ministério da Saúde. O desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais foram atingidas, pois consegui chegar até o final deste, apropriando-me de todas as estratégias para o melhorar o desenvolvimento do trabalho em equipe aspecto muito importante para conseguir os objetivos de melhorar a qualidade da atenção a população, utilizando todas as ferramentas oferecidas ao longo do curso. Com a realização das tarefas da prática clínica, casos interativos e a revisão bibliográfica atualize aspetos importantes para o manejo de algumas doenças e aspetos importantes para desenvolver o nosso trabalho com maior qualidade seguindo as normas do Ministério da Saúde. Também tem muita significação os diferentes fórum e a participação neles, pois o especializando consegui interagir com os outros especializados e professores, sendo que tomei as experiências pessoais oferecidas por todos durante estes intercâmbios para melhorar o trabalho na comunidade. Já durante o trabalho de intervenção ainda que não consegui atingir as metas de cobertura foi proveitoso para a equipe pois com cada capacitação ficou mais preparado para o acompanhamento dos usuários da Hiperdia, melhorando a organização do trabalho na nossa UBS. Os dados da planilha de coleta de dados e ficha espelho e a experiência adquirida como o desenvolvimento deste projeto de intervenção o vamos utilizar para realizar outro trabalho científico para o município é o que equipe planejo para o próximo ano.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	467
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	133

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção				
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção				

OBSERVAÇÕES
Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território

População total	
-----------------	--

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGTEL, 2011)	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGTEL, 2011)	0

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante