

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes no Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR

YERIL CHANA BENITEZ

Pelotas, 2015

YERIL CHANA BENITEZ

**Qualificação da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes no Centro
de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR**

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

Orientador: Elitiele Ortiz dos Santos.

Pelotas, 2015

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

B467q Benítez, Yeril Chana

Qualificação da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes no Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR / Yeril Chana Benítez; Elitiele Ortiz dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Santos, Elitiele Ortiz dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho aos meus pais que sempre me impulsaram para eu seguir em frente, a aos meus queridos avós que me guiaram na vida e hoje sou o seu orgulho.

Agradecimentos

À Equipe de Saúde da Família 1.9 do Centro de Saúde Olenka Macellaro Thomé Vieira, sem eles não haveria os resultados aqui apresentados.

As pessoas que atendi, por me acolherem como seu médico e colaborarem em todo momento com o nosso trabalho.

Aos meus pais pela força e apoio mesmo a distância.

À minha orientadora por sua dedicação e ajuda incondicional.

Resumo

BENITEZ, Yeril Chana. **Qualificação da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes no centro de saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR**. 2015, 99f. 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.

Este trabalho teve por objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde dos hipertensos e diabéticos, da área de abrangência do Centro de Saúde (CS) Olenka Macellaro Thome Vieira no município Boa Vista, capital do Estado de Roraima. A intervenção foi realizada no período de Março a Junho com a participação da comunidade e toda a equipe de saúde da família 1.9 do referido CS. Antes da intervenção apresentávamos uma cobertura do programa de 87% para usuários hipertensos e 62% para usuários diabéticos de acordo com o Caderno de Ações Programáticas. A atenção aos hipertensos e diabéticos era deficiente no que se refere ao atendimento clínico, um grande número usuários faltavam as consultas, muitos não recebiam medicamento da farmácia popular, não tinham sido avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. Durante as 12 semanas de intervenção foram realizadas ações dentro dos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para monitorar as ações desenvolvidas durante esse período utilizamos a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. O grupo alvo da intervenção foram 511 usuários hipertensos e 130 usuários diabéticos. Durante a intervenção foram cadastrados e acompanhados 351(68,7%) usuários hipertensos e 130 (100%) diabéticos. Conseguimos que 99,1% dos usuários hipertensos e 99,2% dos usuários diabéticos tivessem os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários cadastrados receberam avaliação do risco cardiovascular, atendimento odontológico e fortalecimento na mudança de hábitos e comportamentos mediante a atuação na promoção de saúde. Além disso, garantimos a todos os usuários atendidos a prescrição da medicação na farmácia Popular. Não apresentamos usuários faltosos as consultas. Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa ficaram com registro adequado, monitoramento semanal do total de atendidos, verificando o correto preenchimento dos registros. A intervenção já está incorporada à rotina de trabalho da unidade de saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Centro de Saúde Olenka Macellaro Thomé Vieira. Boa Vista, RR, 2015.	24
Figura 2	Capacitações à equipe.	54
Figura 3	Registros das informações na planilha de coleta de dados.	59
Figura 4	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	62
Figura 5	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	62
Figura 6	Exame físico a usuária com hipertensão e diabetes.	64
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	65
Figura 9	Atendimento clínico de usuária com hipertensão e diabetes (explicação da ficha espelho para a usuária).	68
Figura 10	Orientações individuais sobre alimentação saudável.	69
Figura 11	Atividade educativa sobre tabagismo na micro área 03.	70
Figura 12	ACS realizando o controle do estoque dos remédios.	73
Figura 13	Reunião e capacitação da equipe.	74
Figura 14	ACS ajudando na triagem de usuária com HAS.	75
Figura 15	Exame físico dos pés de usuária com diabetes mellitus.	76
Figura 16	Atividade educativa de higiene bucal.	77
Figura 17	Atividade educativa na micro área 06.	78
Figura 18	Atividade educativa na micro área 05.	79
Figura 19	Encontros com lideranças comunitárias.	80
Figura 20	Atividade educativa na micro área 01.	81
Figura 21	Gráficos da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde.	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária à Saúde.
CAP-	Caderno de Ações Programáticas.
CEO-	Centro de Especialidade Odontológica.
CS -	Centro de Saúde.
DCNT-	Doença Crônica Não Transmissível.
DM-	Diabetes Mellitus.
DST-	Doença Sexualmente Transmissível.
EAS-	Sedimentos anormais da urina.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
FE-	Ficha espelho.
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IMC-	Índice de Massa Corporal.
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PMM-	Programa Mais Médicos.
PS -	Pronto Socorro.
RE -	Registro Específico.
RR -	Roraima.
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas.
UNAUS-	Universidade Aberta do SUS.
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
UTI-	Unidade de Terapia Intensiva.

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações.	31
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	71
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências.....	92
Anexos.....	93

Apresentação

O presente volume apresenta um Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, cujo autor é participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, lotado no CS Olenka Macellaro Thome Vieira, no município de Boa Vista/RR. Foi construído mediante a implementação de um projeto de intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus pertencentes à área de abrangência da unidade. O volume divide-se em sete capítulos sequenciais: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatório da Intervenção para Gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

No primeiro capítulo é apresentado a Análise Situacional, que permitiu uma importante e necessária aproximação e apropriação do cenário no qual foi desenvolvido a intervenção, suas características gerais e nuances mais específicas. A segunda parte trata-se da Análise Estratégica, que compreende os aspectos relacionados à construção do projeto de intervenção que seriam implementado, com seus objetivos, metas, indicadores e o conjunto de ações desenhadas para alcançar as metas propostas. Constam ainda a logística que seria necessária e o cronograma estabelecido. No capítulo três está o Relatório da Intervenção, cujo conteúdo aborda as ações que foram cumpridas, aquelas não cumpridas, além de aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e viabilidade de incorporação dessas ações à rotina do serviço. A Avaliação da Intervenção se constitui o quarto capítulo, momento em que são trazidos os resultados com suas respectivas reflexões pertinentes, além de uma Discussão abordando aspectos diversos como os impactos da intervenção para a equipe,

para o serviço e para a comunidade. Ao final, está o relatório da intervenção, direcionados aos gestores e à comunidade respectivamente, e pôr fim a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no Centro de Saúde Olenka na cidade de Boa Vista, estado de Roraima, o centro conta com 3 equipes de saúde, sendo os três médicos das equipes do programa Mais Médicos e dois doutores que atendem à população fora de área de abrangência, um deles é também do programa.

O usuário recebe o acolhimento na recepção onde é programada a data da consulta e o profissional que vai lhe atender, logo na triagem são avaliados signos vitais e as mensurações.

Eu sou o médico da equipe 1.9 que conta com 5 micro áreas, a equipe de saúde conta com 8 integrantes, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde e o médico.

Desde minha chegada ao centro foi planejado um trabalho de mesa com todos os integrantes da equipe onde planteou-se a necessidade de mudar a maneira do trabalho, primeiramente convocou-se para fazer um recadastramento da área, depois de terminado o trabalho a gente realizou a coleta das informações para então a partir delas começar a criar um plano de ação que de resposta aos problemas principais da área. Dentro dos dados tomados da área estão: total da população distribuídas por grupos etários, número de famílias, distribuição por escolaridade, mulheres em risco pre-concepcional, relação dos usuários com

doenças crônicas, grávidas e crianças menores de um ano, relação de usuários com hipertensão e diabetes, acamados e deficientes físicos e mentais, além do modo de vida dos habitantes. Os principais problemas de saúde na área são a alta incidência de doenças crônicas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis e o alto índice de gravidez na adolescência. Na área só temos um usuário com tuberculose que está sendo acompanhado pela equipe e pela pneumologista que atende o programa de tuberculose no município. A proposta do trabalho antes de ser feito foi apresentado à representação diretiva do centro que brindou todo o apoio necessário para fazer um trabalho sem obstáculos.

A equipe de saúde desenvolve atividades tanto no centro como na comunidade, como são atividades grupais de grupos criados pela iniciativa dos 4 doutores do programa que trabalhamos no centro, brindam-se palestras de acordo ao grupo, eles são: atenção à saúde da criança, atenção à grávida, idosos, atenção ao homem, à adolescente, dentro do cronograma das atividades temos planejadas palestras nas escolas já que a maioria dos adolescentes estão nas aulas e é melhor a cobertura deles nas palestras.

No centro de saúde diariamente desenvolvem-se ações no âmbito individual como coletivo, estudando ao usuário junto com a família e a comunidade, abrangendo a prevenção de agravos, diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, e a vigilância epidemiológica em saúde, mantendo a saúde dos indivíduos com estilo de vida saudáveis e tendo em conta que a medicina familiar é principalmente preventiva. Se oferecem consultas aos idosos, clínicos geral, atenção à criança, atenção à gravidez, hiperdia, atenção odontológica, atenção à saúde da mulher e visitas domiciliares feitas por mim uma vez por semana, realizam-se campanhas de vacinação. A equipe reúne-se de 15 em 15 dias para discutir a trajetória do trabalho, complemento das metas de trabalho em relação ao mês anterior, e as próximas metas a cumprir, analisa-se o trabalho dos ACS tentando de envolvê-los um pouco mais nas atividades de promoção. Todas as consultas e atividades são agendadas com tempo sem contar com a urgência e emergência.

Os encaminhamentos dos usuários são agendados na direção do posto, temos a dificuldade de que demoram as vezes muito tempo, coisa que é de muita preocupação. Neste ponto posso dizer também que existe uma ótima retroalimentação entre a atenção secundária e a atenção primária de saúde.

A estrutura física é a seguinte: O centro conta com uma sala de espera, uma sala de triagem, sala de preventivo, sala de vacinas e de curativo, sala de crescimento e desenvolvimento, 3 consultas para os médicos das equipes, sala para o pediatra, sala para o psicólogo, só uma consulta para as 3 enfermeiras das equipes, consulta de odontologia, farmácia, laboratório. Fica difícil o atendimento de vários profissionais por falta de local especificamente das enfermeiras, a fonoaudióloga, e dos doutores que atendem fora de área. Este problema é conhecido pela direção do centro e o município, estamos aguardando resposta deles.

O centro é um dos que recebe usuários de várias áreas pela presença do laboratório, agora só contamos com um bioquímico, coisa que diminui a produtividade já que só podem ser agendados poucos exames ao dia, obrigando à maioria dos usuários à procura de um laboratório particular, como estratégia do centro coordenou-se com a recepção que deixara-se 5 vagas todos os dias para grávidas pois muitas sem condições econômicas chegavam à consulta sem os exames indicados.

Contamos também com uma supervisora do programa quem acompanha periodicamente as atividades da equipe e supervisiona desde o ponto de vista educacional e assistencial.

Dentro do centro de saúde existe uma inter-relação entre todo o pessoal médico e de enfermagem, ventilamos dúvidas uns com outros e discutimos casos clínicos entre todos. Em relação com minha equipe de saúde a comunicação entre todos é ótima, todos jogamos nosso papel do melhor jeito possível e compartilhamos as dificuldades e o que se pode melhorar, quando uma equipe é forte, motivada e bem direcionada estarão garantidos melhores resultados no trabalho que já sem dúvidas estamos presenciando pelas testemunhas dos usuários e nos indicadores de saúde do centro e do município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Boa Vista, a capital do estado Roraima, o estado mais setentrional do país, situa-se na margem direita do Rio Branco. Encontra-se a uma distância de 658 km de Manaus, a 214 km da fronteira com a Venezuela e, 125 km da cidade de

Lethem, na fronteira com a República Cooperativista da Guiana. Boa Vista é o município mais populoso do estado, concentrando-se cerca de dois terços dos roraimenses. Segundo o último censo realizado no Brasil no ano 2010 o município conta com o total de 284.313 habitantes e uma população estimada neste ano 2014 de 314.900 habitantes.

No município existem 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 55 equipes trabalhando na modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Existem três hospitais de referência com serviço de internação: o Hospital Geral de Roraima (HGR) para o atendimento dos adultos, conta com Pronto Atendimento, tem uma Unidade de Trauma, Serviço Cirúrgico, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); o Hospital da Criança Santo Antônio e o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. Além disso, conta com Atenção Especializada no Hospital Coronel Mota. Tem disponibilidade de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O município de Boa Vista conta de forma geral com um total de 07 estabelecimentos em saúde federais, 13 estaduais, 36 municipais e 56 privados.

No Centro de Saúde Olenka Macellaro Thomé Vieira o atendimento é oferecido à população de segunda a sexta feira em horários de 8 às 12 horas e de 14 as 18 horas. O atendimento na UBS é realizado por agendamento de consultas. A unidade conta com um total de 56 trabalhadores. A estrutura apresenta boas condições de acessibilidade e conta com excelentes condições ambientais de acordo com a iluminação e ventilação. Não contamos com sala de espera nem sala para os ACS, só temos uma sala para as enfermeiras das 03 equipes de saúde, o almoxarifado está num local fechado, tampouco temos sala de esterilização para a lavagem e descontaminação de material, o mesmo é realizado nas próprias salas odontológicas e de curativos mediante a utilização de sabão líquido e hipoclorito e esterilizado na autoclave da consulta odontológica, não contamos com expurgo e local para o lixo não contaminado.

Em relação aos materiais e insumos da unidade, temos carências dos estetoscópios de Pinard, lanternas, materiais de sutura, oftalmoscópio e otoscópio. Um dos principais problemas no serviço odontológico é a falta de autoclave, pois só contamos com uma, não temos estufa, não temos instrumental que garanta a implantação e manutenção de próteses dentárias. No CS não

contamos com um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, mas o serviço é brindado de maneira terceirizada, quando solicitado. Não temos prontuário eletrônico no momento, este, vai ser implementado no serviço nos próximos meses, só contamos com 04 computadores localizados na direção e recepção, o serviço de internet não está disponível para todos os trabalhadores no centro.

Para fazer atividades na comunidade não temos aparelho de som, nem projetor de slides, tampouco câmara filmadora, mas em conjunto com a direção implementamos outras técnicas como: a impressão de folhas educativas, mensagens impressas em relação à promoção e prevenção de doenças, pôsteres que substituam a escassez de esses instrumentos de comunicação que não temos. Não contamos com meios de locomoção para as atividades feitas pelos Agente Comunitários de Saúde (ACS). Eles não contam com quase nenhum material para realizar o seu trabalho melhor, não tem balanças para crianças, não tem filtro solar, os lápis e borrachas são insuficientes, só dispõem de uniforme (blusa com a identificação). A entrada de remédios na farmácia do centro é feita de 2 em 2 meses, porém os remédios não são suficientes, obrigando os usuários a comprar remédios às suas custas. O centro tem sala de vacinas que disponibiliza a maioria das vacinas do programa nacional. São realizados vários testes diagnósticos, entre eles a glicemia capilar, teste rápido de HIV, teste rápido para sífilis, teste rápido para hepatite B e C. Os exames que são feitos todos os dias no centro de saúde, são entregues aproximadamente após 03 dias, salvo os de urgências, como hemograma e elementos e sedimentos anormais da urina (EAS), os quais são feitos no momento em que o profissional médico solicita. Não contamos com exame da Prova do Antígeno Prostático (PSA), uroculturas e outros exames de imagem. Relativo ao exame de Papanicolau a amostra é tomada no próprio centro, mas é levada ao laboratório do Centro de Atenção à Saúde da Mulher do nosso município, o resultado demora as vezes até 06 meses. Os outros exames são todos feitos no município, com encaminhamentos que são agendados na direção do CS ou no município quando são feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria dos encaminhamentos demora mais de 30 dias, é uma problemática discutida nas conversas com a população.

Os usuários do CS têm acesso ao pronto socorro neste próprio município, os mesmos são encaminhados nas urgências-emergências pelo Serviço de

Atendimento Médico e Urgência (SAMU), através de prévia coordenação telefônica. Se o usuário precisar de internação é encaminhado aos hospitais com o encaminhamento escrito detalhando a condição pela qual é feita a remissão médica. Somente contamos com protocolo de atendimento para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), saúde da pessoa com dengue, hanseníase, malária, tuberculose e violência sexual e doméstica. Não temos nenhum livro didático para nenhuma área clínica na UBS.

Em relação à minha ESF e as atribuições dos profissionais, é importante ressaltar que todos os integrantes formaram parte do processo de mapeamento e territorialização da área da atuação da equipe, sendo desenvolvidas atividades relacionadas com a identificação de indivíduos, famílias e grupos expostos a situações ou condições de riscos, assim como a identificação de grupos de agravos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

O médico, a enfermeira e os ACS participamos na busca ativa dos faltosos às consultas e atividades programadas, assim como, o levantamento e o cuidado domiciliar dos usuários que precisem. A equipe encaminha os usuários a outros níveis de atenção respeitando o fluxo de referência e contra referência, neste ponto não contamos com a maioria dos protocolos de atuação na unidade. O médico e a enfermeira realizam as notificações de doenças porém a busca ativa é realizada pelos ACS. Os profissionais do CS não participam dos gerenciamentos dos insumos necessários para o correto funcionamento do centro, mas fazemos sugestões sobre as principais necessidades. As reuniões de equipe estão programadas para serem feitas de 15 em 15 dias, mas estamos oferecendo para os ACS capacitações semanais sobre a construção da agenda e organização do trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

A população total da área de abrangência da equipe 1.9 é de 3287 habitantes, este total de habitantes é adequado em correspondência ao nosso serviço.

Quadro 1: Quantificação dos grupos acompanhados na área de abrangência da equipe 1.9 de acordo com a informação dos ACS e número de estimados pelo CAP.

Denominadores	Área de abrangência	Estimados
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1138	1085
Mulheres entre 25 e 64 anos	766	701
Mulheres entre 50 e 69 anos	121	152
Gestantes na área - 1,5% da população total	22	49
Menores de 1 ano	24	69
Menores de 5 anos	89	138
Pessoas de 5 a 14 anos	423	739
Pessoas de 15 a 59 anos	2346	2021
Pessoas com 60 anos ou mais	429	180
Pessoas entre 20 e 59 anos	2185	1678
Pessoas com 20 anos ou mais	2555	1858
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	511	585
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	103	167

Analisando os denominadores da área de abrangência de acordo com as informações dos ACS, em comparação com os estimados no caderno de ações programáticas, observamos algumas similaridades. A população apresenta uma ligeira diminuição da natalidade, correspondente também com as estatísticas nacionais dos últimos anos. Existe uma maior expectativa de vida, observada no aumento dos usuários idosos, que corresponde com dados nacionais. De maneira geral, predomina o sexo feminino sob o masculino, existindo predomínio nas idades de 30-35 anos.

Analisando as mulheres em idade fértil, existe uma similaridade em relação com a realidade e o estimado, sendo 1138 usuárias residentes na área e uma estimativa de 1058 mulheres. Temos que considerar que dentro dos principais fatores de risco deste grupo está a grande incidência de gravidez na adolescência. Quanto as mulheres grávidas, a quantidade real encontra-se abaixo do estimado. As grávidas representam 0.66% da população, que corresponde com 22 usuárias, sendo 49 grávidas a estimativa para nossa população. Esta quantidade subestimada deve-se, entre outros fatores, também à ampliação das oportunidades para o sexo feminino em relação ao estudo o e o trabalho, a planificação familiar e à atuação do risco pre concepcional desde idades precoces da vida.

Em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) existe uma diferença entre a realidade da população em relação com o estimado, em que aproximadamente 70% da população idosa da área, apresenta pelo menos uma doença crônica, sendo a hipertensão arterial e a diabetes mellitus as doenças de maior prevalência.

O acolhimento é geralmente desenvolvido na recepção. Este processo de acolhimento e o atendimento da demanda espontânea são realizados todos os dias úteis de atendimento do CS, e sem um horário específico. Não existe excesso de demanda de usuários com problemas de saúde agudos que precisem atendimento imediato, é o pessoal de enfermagem quem realiza este tipo de atendimento.

Ante qualquer urgência ou emergência, os usuários podem solicitar o serviço de odontologia, sendo oferecido o mesmo quando solicitado. Acontece que as vezes o serviço fica lotado pela grande demanda existente, neste caso os usuários são orientados para procurar o serviço do pronto atendimento, o pronto socorro, ou são encaminhados ao atendimento especializado.

Temos na área de abrangência 24(35%) crianças menores de um ano, a estimativa para nossa população seriam 69 crianças. Todas nossas 24 crianças apresentam consultas programadas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, sendo a primeira consulta do recém-nascido antes do sétimo dia após o nascimento, conseqüentemente de 1 a 6 meses recebe consultas mensais, de 6 a 12 meses consultas a cada 2 meses, de 12 a 24 meses consultas a cada 4 meses, de 24 a 72 meses consultas a cada 6 meses. Participamos da puericultura médicos, enfermeiros, pediatra, odontólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem e de consultório dentário. O teste do pezinho é realizado a todas as crianças da área. Segundo os registros aquelas que atualmente encontram-se nas idades de 0-12 meses fizeram o exame antes do sétimo dia de vida, delas, 88% receberam a primeira consulta na primeira semana de vida, as 3 (12%)crianças restantes viajaram para fora do município após sair da maternidade. O CS não conta com o aparelho necessário para realizar o exame de triagem auditiva, o exame é feito na própria maternidade. Nas consultas são avaliados os parâmetros de crescimento, desenvolvimento psicomotor e registro de vacinas. Os 24 lactentes da área contam com este tipo de avaliação e tem o esquema de vacinas atualizado. Existe demanda de crianças menores de 5 anos

as quais comparecem como demanda espontânea por problemas de saúde agudos, predominam as infecções respiratórias e do trato digestivo. É oferecido atendimento para crianças residentes dentro e fora da área de cobertura mas não existe excesso de demanda. As consultas de puericultura são registradas no arquivo específico para este tipo de atendimento, e é revisado de maneira mensal.

No CS é realizado o atendimento pré-natal todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho, este é feito com um cronograma de atividades que incluem consultas com o médico, com a enfermeira, atenção odontológica e atividades grupais. São acompanhadas 22(45%) grávidas, delas, 19 fizeram a captação da gravidez no primeiro trimestre, outras três foram captadas entre 14 e 28 semanas de gestação, correspondente ao segundo trimestre, estas 03 grávidas tem idades entre 14 e 15 anos e ocultaram a gravidez aos pais, razão pela qual não compareceram no tempo ideal para início do pré-natal. São indicados os exames preconizados na primeira consulta do pré-natal, e também é verificado o cartão de vacinas. É indicada a prevenção da anemia por déficit de ferro, de acordo com o estabelecido, com sulfato ferroso depois das 20 semanas de gestação. As 22 grávidas permitiram fosse realizado o exame ginecológico trimestral. Todas são encaminhadas ao consultório odontológico para fazer avaliação da saúde bucal, mas só têm comparecido 18 das 22. Paralelamente com o baixo índice de grávidas na área encontra-se um baixo índice de puérperas de acordo ao estimado, só temos no último ano um total de 24 puérperas, todas com acompanhamento adequado e consulta puerperal registrada corretamente. Só 22(92%) puérperas, aceitaram fazer o exame das mamas, mesmo assim explicado a elas a importância da sua realização, por outra parte duas puérperas (8 %) não deram sua aprovação para ser feito. Todas elas tiveram o exame físico abdominal e psíquico realizado. Só foram atendidas por intercorrência duas (8%) puérperas por processos respiratórios agudos. No CS não existe excesso de demanda de grávidas com problemas de saúde agudos.

Dentre as ações com as gestantes realizamos o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e mental, controle dos cânceres de colo de útero e de mama mediante a realização do preventivo e o exame clínico das mamas, imunizações, são realizadas ações de promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, a importância da atividade física, a saúde bucal e mental. Também são explicados a curva de peso e de IMC, cartão

de vacinas. São participes destas ações o assistente social, médico de família, enfermeira, nutricionista quando solicitado ao município, também participam os odontólogos, psicólogos, técnicos de enfermagem e de atenção odontológica, também o pessoal administrativo. Os atendimentos as gestantes são registrados no prontuário clínico, no formulário especial do pré-natal, na ficha de atendimento odontológico e nas fichas de espelho de vacinas. Existe na unidade um livro de registro do atendimento das grávidas, também é feito no site do SIS PRENATAL que geralmente é feito pela enfermeira da equipe uma vez iniciado o pré natal.

Na equipe 1.9, contamos com um universo de mulheres de 25 a 64 anos equivalente a 766 mulheres, valor que ultrapassa o estimado de 701 mulheres nestas idades. Delas, 35(5%) mulheres apresentam o exame do Papanicolau com mais de 6 meses de atraso e negam-se a fazê-lo, todas de descendência indígena e com estudos mínimos. Segundo registros dos exames, só 2 mulheres de 44 e 47 anos, tiveram alterações no exame de preventivo no último ano, sendo informado no livro a presença lesão intra-epitelial de alto grau, Neoplasia cervical Grau-II e III respectivamente, ambas mulheres foram encaminhadas ao Centro de Atenção à Saúde da Mulher no município. No CS todas as mulheres de 25 a 64 anos recebem orientações sobre a importância da prevenção do câncer do colo uterino. O exame do preventivo é feito 03 vezes por semana pela enfermeira da ESF. Um 94 % das amostras tomadas foram avaliadas como satisfatórias, todas com boa representação da junção escamocolunar. Contamos com o livro de registro dos resultados dos exames do Papanicolau, também é plasmado no prontuário individual e no formulário especial do preventivo que é arquivado e revisado de maneira semestral. Não contamos com um planejamento, gestão e coordenação do programa do câncer do colo de útero, mas o controle é realizado diretamente pela enfermeira da equipe.

No CS contamos com um universo de 121 mulheres em idades compreendidas de 50 a 69 anos, delas 90 % apresenta exame de mamografia em dia, com 12 mulheres com mamografia em atraso maior aos 3 meses. Todas tem avaliação de risco para o câncer de mama e recebem paulatinamente orientações sobre prevenção do câncer. Realizamos ações de rastreamento do câncer de mama todos os dias da semana em todos os turnos de trabalho. Temos 11% de mulheres fora da área de cobertura que realizam o acompanhamento periódico na unidade. A equipe realiza o registro da mamografias no livro de registro

propriamente dito, no prontuário clínico, no formulário especial e no livro de agendamento de encaminhamentos. Utilizamos o protocolo do controle do câncer de mama que foi produzido pelo Ministério da Saúde no ano 2012.

A incidência e o predomínio da HAS na área constitui um dos principais problemas de saúde. Com relação ao caderno de ações programáticas (CAP) temos uma estimativa de 585 usuários com hipertensão, sendo que 511 usuários hipertensos foram identificados pelos ACS no levantamento que está sendo realizado. O atendimento aos usuários com hipertensão é feito todos os dias da semana e em todas as sessões com a realização de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e visitas domiciliares. São atendidos os usuários mediante consulta programada como da demanda espontânea incluindo a urgência –emergência. As consultas programadas são agendadas de maneira trimestral, temos 26(5%) hipertensos com consulta atrasada com mais de 7 dias, a maioria são agricultores e garimpeiros que trabalham no interior e acostumam passar muito tempo fora da área, todos em várias oportunidades tem sido orientados sobre a importância do comparecimento à consulta médica. Temos 502(98%) hipertensos que apresentam exames complementares em dia, os restantes 9(2%) dos usuários formam parte dos faltosos a consulta, e são aqueles que não colaboram muito no acompanhamento da sua doença.

Todos os usuários com hipertensão e diabetes tem recebido orientações durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas sobre a importância da prática de atividade física regular, alimentação saudável, tabagismo e o consumo excessivo de álcool. Os profissionais contamos com um protocolo de atendimento feito no ano 2012 pelo Ministério de Saúde, o mesmo é utilizado pelo assistente social, médico e enfermeiro da ESF, odontólogo e pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e do consultório dentário. A equipe trabalha com a estratificação de risco cardiovascular do adultos portadores de HAS. Registramos os atendimentos dos hipertensos no prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico, na ficha espelho de vacinas e nos registros específicos de usuários com HAS que é revisado de maneira trimestral para verificar os usuários faltosos, constatar a completude dos registros, procedimentos em atraso, identificar aos usuários hipertensos de risco e avaliar a qualidade do programa. Realizam a revisão do arquivo o enfermeiro, o médico da família, os ACS e a supervisora do Programa Mais Médicos. Dedicam-se ao

planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS a enfermeira, o médico da família, o técnico e auxiliar de enfermagem e os ACS. Realizamos reuniões para o planejamento, gestão e coordenação das ações de maneira quinzenal.

A equipe apresenta um universo de 167 usuários com diabetes de acordo com o CAP, no entanto, 103(62%) usuários diabéticos são conhecidos pelos ACS. Temos 17 usuários faltosos às consultas programadas, a maioria manifesta que com uma consulta anual é suficiente, é realizado um trabalho diferenciado com estes. Só 75 usuários diabéticos, equivalente a um 73% do universo tem consulta odontológica atualizada, os restantes 28 diabéticos (27%) tem recebido orientações sobre como a diabetes mellitus provoca uma maior incidência da gengivite e a periodontite. O CS realiza atendimento de usuários diabéticos todos os dias da semana, em todos os turnos e horários, a equipe atende também diabéticos moradores fora da área, que constituem um 13 % do total de diabéticos atendidos. Este atendimento é feito pela enfermeira, o médico clínico geral, o odontólogo, e pelo pessoal técnico e auxiliar de enfermagem. Sempre na consulta é realizado a avaliação do risco cardiovascular. Antes de finalizar a consulta o usuário sai com a próxima consulta agendada. Dentro do exame físico dos diabéticos são examinados os pés, medimos a sensibilidade e é avaliada a função cardiovascular. Na unidade 86 usuários diabéticos tem feito estes exames nos últimos 3 meses que correspondem ao 83% do total.

Contamos com um protocolo de atendimento para usuários portadores de DM, o mesmo foi produzido pelo Ministério da Saúde no ano 2012. Os profissionais utilizamos uma classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de diabetes mellitus, assim como protocolos deles a outros níveis do sistema de saúde. Temos um registro adequado das informações relativa a cada usuário diabético, as mesmas são arquivadas e costumam ser revisadas periodicamente de maneira trimestral. O usuário diabético recebe durante o atendimento orientações sobre as complicações da doença, sobre tudo durante os encontros de usuários diabéticos com frequência mensal, participando nas atividades aproximadamente 70(68%) diabéticos, os restantes 33(32%) estão vinculados laboralmente, porém muitas das atividades são programadas nas indústrias e centros de trabalho onde trabalham parte dos nossos usuários. São avaliadas e monitoradas todas as ações realizadas com os diabéticos na reunião

da equipe, são utilizadas como fonte de dados o SIAB, HIPERDIA, registros específicos dos atendimentos aos diabéticos. Com os resultados encontrados fazemos relatórios com uma frequência mensal.

A área de saúde apresenta um total de 429 pessoas idosas, sendo nossa estimativa 180 idosos. Todos eles apresentam sua caderneta de idoso que é preenchida o dia do atendimento com as informações coletadas, realizamos a avaliação multidimensional rápida que é feita tanto pelo médico ou pela enfermeira segundo o caderno do Ministério da Saúde. De ser necessário são encaminhados a outros especialistas. A avaliação é feita com frequência semestral. Temos 381(88.8%) idosos com o acompanhamento em dia, os restantes 48(11,2%) idosos não apresentam um correto acompanhamento, a principal causa é que a maioria desses idosos tem filhos e outros familiares no interior ficando longos períodos de tempo, o que dificulta o nosso trabalho, os ACS ficam comprometidos em retornarem à área para poder agendar consulta para eles ou visita-los no domicilio. Dos usuários idosos, muitos apresentam doenças crônicas associadas, existem 177 idosos com hipertensão arterial sistêmica que correspondem a 41,25% dos idosos e temos 53 idosos com diabetes mellitus que equivalem a 12,35%, todos com acompanhamento em dia.

Quanto à saúde bucal, temos 162 (37,76%) idosos com um ótimo acompanhamento. A equipe de saúde enfatiza muito nas palestras, nas visitas e consultas a importância da higiene bucal para prevenir o edentulismo, também para melhorar a qualidade de vida e a saúde bucal em geral. Na saúde do idoso utilizamos o protocolo produzido pelo Ministério da Saúde com ano de publicação 2013. Utilizamos o mesmo a enfermeira, o médico clínico geral, o odontólogo, os técnicos e auxiliares de enfermagem e do serviço de odontologia e os agentes comunitários de saúde. Também são utilizados protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde. O atendimento ao idoso é registrado no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológico, na ficha de atendimento nutricional e na ficha espelho de vacinas. Temos um arquivo específico para os registros de atendimento aos idosos que é revisado mensalmente. Temos na unidade o Estatuto do Idoso e contamos com o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Realizamos atividades com um grupo de idosos no âmbito do CS, participam ao redor de 270(63%) dos idosos da área. O restante 33% equivalente a 142 idosos muitos são deficientes motores

que não podem se trasladar à unidade, com este grupo aproveitamos e fazemos-lhe mais visitas domiciliares tentando priorizá-los.

Os idosos da área são muito participativos nas atividades tanto educativas como nas atividades físicas que realizamos com eles. Realizamos o cuidado domiciliar dos idosos, temos na unidade um levantamento dos idosos que necessitam receber estes cuidados domiciliares. Dedicamo-nos ao cuidado domiciliar todos os integrantes da ESF, assim como todos somos os encarregados do planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Para fazer estas ações realizamos reuniões com frequência quinzenal. Por outro lado, a enfermeira, o médico da família, diretivos do Centro de Saúde e a supervisora do Programa Mais Médicos realizam o monitoramento e avaliação das ações relativas aos idosos, ações que são analisadas em reuniões mensais. Utilizamos como fonte de dados o SIAB, HIPERDIA, registros específicos do atendimento ao idoso e os prontuários clínicos. Realizamos sempre relatórios com os resultados encontrados com uma frequência mensal.

A situação da ESF/APS no C/S Olenka desde o início do curso de especialização quando aconteceu o primeiro contato com a ESF, tínhamos como estratégia melhorar todos os indicadores e aspectos acima descritos. Nessa unidade do curso tivemos a possibilidade de avaliar, reconhecer os programas desenvolvidos. Antes disso, não tínhamos uma noção da realidade tão próxima como agora; hoje, com orgulho podemos dizer que conhecemos um pouco melhor nossa realidade e temos mudado muito os resultados apresentados, isso só está sendo possível pois a equipe está junto e concordando em trabalhar direito para o benefício do povo, alvo principal e nossa razão de ser profissionais da saúde.



Figura 1: Centro de Saúde Olenka Macellaro Thomé Vieira. Boa Vista, RR, 2015.

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

Em relação com o texto escrito na segunda semana da unidade de ambientação hoje posso dizer com orgulho que ao longo destas primeiras semanas conheci-os a verdadeira situação da nossa UBS pois soubemos observar as limitações e necessidades que temos na unidade. Com os relatórios analisamos e colocamos em prática prioridades e possibilidades de enfrentamento de cada uma das problemáticas, a gente passou a desenvolver a função gerencial na unidade obtendo excelentes resultados.

O planejamento inicial realizado à nossa chegada ganhou em qualidade pois conseguimos usar o que aprendemos no caderno de ações programáticas, ferramenta que ajudou-nos na obtenção dos indicadores tanto de cobertura como de qualidade para em um segundo momento já com todos esses conhecimentos saber como atuar e nos projetar em comparação às deficiências encontradas.

No início só tínhamos conhecimentos superficiais da realidade, agora todos conhecemos nossas funções, nossos deveres e direitos, tanto nossos como dos

usuários de saúde, assim como também, a equipe completa apreendeu a trabalhar com mais união, melhorando o processo de trabalho para um fim comum que é elevar a qualidade dos serviços e melhorar o atendimento ao usuário satisfazendo suas necessidades.

A riqueza de conhecimentos é indiscutivelmente diferente, o curso é a porta de entrada para conhecer a realidade do Sistema Único de Saúde principalmente da Atenção Básica e sem dúvidas hoje podemos dizer que comparado com as semanas de ambientação, nós os trabalhadores do Centro de Saúde Olenka soubemos aprofundar nossas habilidades em saúde coletiva e aplicar a nossa realidade, a maneira correta de trabalhar com o aprendizado que recebemos até o momento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a causa de aproximadamente 74% das mortes segundo a Organização Mundial da Saúde. O Diabetes Mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS (WHO, 2014). O número de pessoas com HAS no estado de Roraima, segundo a fonte do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no ano 2013 foi dum total de 19025 usuários com uma incidência de 1440 casos novos em comparação ao ano 2012. Segundo a mesma fonte, Roraima apresenta um total de 5428 usuários diabéticos no ano 2013, com uma incidência de 477 casos novos em comparação ao 2012. Isso demonstra que a incidência está aumentando, necessitando de ações qualificadas e urgentes para atender a população a fim de melhorar a qualidade de vida, evitar complicações e prevenir todas as pessoas para que não desenvolvam essas doenças crônicas.

O Centro de Saúde Olenka Mecellaro Thomé, encontra-se localizada nas imediações da cidade de Boa Vista, no bairro Caimbé e atende uma população total de 10.079 usuários. A área de abrangência do Centro de Saúde encontra-se dividida por 03 Equipes de Saúde da Família (ESF). A população total da área de abrangência da equipe 1.9, a qual será realizado a intervenção é de 3287 habitantes e conta com 5 micro áreas. Apresentamos 511 usuários hipertensos e 103 usuários diabéticos de acordo com as informações dos ACS, os quais fizeram

um levantamento do número de pessoas hipertensas e/ou diabéticas da área de abrangência. Esse levantamento foi realizado no início do curso, no período da análise situacional.

A equipe depois de analisar cada uma das ações programáticas e os diferentes indicadores considerou que realizar a intervenção com o grupo de hipertensos e diabéticos garantiria que os usuários melhorassem a qualidade de vida, diminuindo a morbimortalidade e aperfeiçoando o programa de atenção as pessoas com diabetes e hipertensão no CS, proporcionando um melhor manejo clínico para eles. Além desses motivos também chamara a atenção da equipe a cobertura do programa que de acordo com o CAP é de 87% e 62% respectivamente para os hipertensos e diabéticos da área, no entanto, a equipe apresenta o indicador de adesão ao programa muito diminuído, demonstrado pela grande número faltosos a consultas, este indicador tem repercutido negativamente nos indicadores de qualidade relativo ao exame clínico das pessoas com hipertensão e diabetes e na realização de exames complementares em dia. Também pretende-se melhorar o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na farmácia popular e, realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, fato que está se desenvolvendo com muita dificuldade pela equipe pra conseguir organizar os atendimentos com a equipe de odontologia. A equipe precisa reforçar a promoção de saúde mediante a implementação de atividades educativas para garantir que todos os usuários recebam orientações sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo e higiene bucal.

A equipe encontra-se realizando um continuo recadastramento da área de abrangência, na procura de novos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Aumentamos a três turnos semanais de atendimento de hipertensos e diabéticos, pois antes eram realizados dois, e já estamos realizando capacitações semanais aos agentes comunitários de saúde e inserimos eles nas atividades com o grupo de hiperdia. Dentro das dificuldades que poderemos enfrentar está a enorme demanda no agendamento para exames laboratoriais, do serviço odontológico, e a dificuldade na busca ativa dos usuários faltosos. Dentro dos aspectos que viabilizam a realização da intervenção está a capacidade da equipe, pois contamos com uma equipe comprometida em melhorar estes indicadores, apresentamos as condições de infraestrutura e serviço garantidos, estão se

oferecendo capacitações ao pessoal da equipe de saúde, e o município tem oferecido palestras para médicos e enfermeiras da atenção básica com atualizações sobre hipertensão e diabetes, contamos com o apoio dos gestores da unidade básica e do município assim como dos integrantes do NASF.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, Boa Vista/RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão da pessoa com hipertensão e/ou do diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos usuários atendidos.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% Das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas no Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira, no município Boa Vista, estado de Roraima. Participarão da intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos de idade residentes na área de abrangência e serão abordados objetivos de cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações.

Monitoramento e avaliação das ações:

A cada semana a equipe irá se reunir para revisar planilha de coleta de dados, fichas espelhos (implementada no serviço) e o livro de registro de pessoas com hipertensão e diabetes do CS. Neste livro de registro iremos acrescentando aquelas novas pessoas cadastrados pelos ACS e os já conhecidos na área de abrangência, atualizando e verificando os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Também vamos monitorar a cobertura mensalmente, analisando a produtividade da equipe no cadastramento dos usuários e revisando a documentação dos usuários cadastrados por meses. A equipe inteira participará destas ações mas serão o médico e a enfermeira os principais responsáveis pelo seu cumprimento.

A equipe irá monitorar e avaliar a realização do exame clínico durante a reunião semanal fazendo a revisão dos dados relativos à qualidade na ficha espelho de cada usuário cadastrados. Será o médico da equipe e a enfermeira os responsáveis por esta ação, também focaremos o trabalho atuando sobre o acolhimento, recepção, qualidade da consulta incluindo o exame clínico físico e odontológico como a realização de exames complementares.

Outra de nossas metas será monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, também monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, para este monitoramento a equipe integra revisará as informações coletadas na fichas espelhos com uma frequência semanal correspondendo com a reunião da equipe, aqui será revisada a solicitação de exames por cada usuário e o preenchimento do resultados correspondentes. O médico e a enfermeira serão os principais responsáveis.

A equipe se reunirá semanalmente e avaliará a presença na ficha individual e ficha espelho de cada hipertenso e diabético pertencente à área de abrangência da equipe a prescrição de medicamentos na farmácia popular. Esta ação será

responsabilidade do médico da equipe e a enfermeira da equipe. A equipe pretende avaliar e monitorar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos hipertensos e diabéticos revisando semanalmente a ficha espelho de cada usuário atendido para corroborar o registro do registro desta avaliação. Serão designadas responsabilidades sobre todos os integrantes de equipe mas será o médico e a enfermeira os principais responsáveis pelo seu cumprimento. A equipe irá identificar na ficha de marcação de consultas quais são os usuários com hipertensão e diabetes faltosos às consultas, tendo em conta que o acompanhamento adequado dos indivíduos com doenças crônicas segundo o cadernos de atenção básica é realizado de maneira trimestral. Este monitoramento será feito semanalmente pelo médico e a enfermeira através da avaliação do livro de registro para os usuários com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência.

Durante a reunião semanal da equipe e na entrega da produtividade mensal, a equipe irá verificar os dados referentes ao registro na ficha espelho das informações referentes aos usuários atendidos. Vamos monitorar o registro de todos os acompanhamentos dos usuarios cadastrados e avaliaremos o total deles com ficha espelho atualizada. O médico e a enfermeira serão os principais responsáveis.

Em cada reunião da equipe que será realizada semanalmente a equipe em conjunto analisará a presença do registro da estratificação de risco cardiovascular em cada pessoas com hipertensão e diabetes. O instrumento que dará essas informações será a ficha espelho inserida no programa. A equipe implementará a monitorização do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano realizando as funções o médico da equipe como principal responsável, esta realização terá lugar nas consultas programadas pela equipe como parte do acompanhamento regular trimestral. O médico será o principal responsável por estas ações.

A equipe irá monitorar a realização de orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos delegando responsabilidades sobre os integrantes da equipe, para realizar o controle a equipe revisará a cada 7 dias nas reuniões da equipe a documentação de registro (ficha espelho) e a ficha individual, também serão verificados outros parâmetros como o IMC de cada hipertenso e diabético. Será o médico o principal responsável.

A equipe irá monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos mediante um cronograma de supervisão realizado a cada 7 dias e que corresponde com o dia da reunião da equipe, revisaremos o as fichas individuais e a ficha espelho na procura deste parâmetro. Será o médico da equipe o principal responsável desta ação.

Nas reuniões da equipe realizadas semanalmente e junto com a produtividade mensal de cada integrante da equipe, será supervisionada a documentação preenchida sobre o recebimento das orientações sobre os riscos do tabagismo, o instrumento a utilizar será a ficha espelho e será o médico o principal responsável por esta ação.

Realizaremos a avaliação e o monitoramento em cada reunião da equipe semanalmente. O médico da equipe será o principal responsável por esta ação. Serão revisadas as fichas individuais e fichas espelhos na procura da qualidade do preenchimento e do recebimento de orientações sobre higiene bucal em todas as pessoas hipertensas e diabéticas residentes na área de abrangência.

Organização e gestão do serviço:

A equipe irá recadastrar a área de abrangência, atividade que é feita permanentemente pelos Agentes Comunitários de Saúde sempre na procura de novos indivíduos residentes na área, agora nesta oportunidade na busca de hipertensos e diabéticos em cada micro área, esta atividade levará também o apoio do médico, enfermeira e técnica de enfermagem da equipe, assim a equipe completa ficará envolvida nesta ação mas como principais responsáveis ficarão os ACS. Eles mesmos serão os encarregados de acolher aos usuários na unidade de saúde e vão orienta-los como, aonde e com quem será feita a marcação de consultas na recepção, esta atividade será desenvolvida por eles na primeira hora de trabalho de cada dia, logo depois ficará a enfermeira responsável pelo acolhimento. O médico e a enfermeira da equipe serão os encarregados de preencher as informações dos hipertensos e diabéticos na ficha espelho, no livro de usuários hipertensos e diabéticos da unidade e atualizar e preencher os novos usuários no SIAB. Vamos garantir o material adequado de equipes em quanto a quantidade e qualidade suficiente para a tomada da pressão arterial como

também quantidade suficiente de glicômetros e tiras reativas para a realização de hemoglicoteste aos diabéticos, esta atividade será coordenada e planteada na SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde) com o apoio dos gestores do nosso Centro de Saúde. O encarregado de informar todos estes materiais que precisamos será o médico da equipe.

A equipe reunida definirá claramente as atribuições de cada um dos integrantes da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos. Será planejado o agendamento em consulta dos usuários hipertensos e diabéticos depois de avaliar o livro de registro dando-lhe prioridade de atendimento aos usuários com consulta atrasada, esta ação será coordenada com a recepção. Vamos por outra parte organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos vigentes do ano 2013 adotados pela unidade de saúde, também vamos estabelecer periodicidade para a atuação dos profissionais, neste aspecto vamos a organizar uma reunião com os gestores da unidade básica para informar a frequência de consultas acrescentadas para cada profissional da equipe em relação ao programa dos hipertensos e diabéticos. O médico da equipe será o responsável principal destas ações. Para levar a cabo cada aspecto deste parâmetro precisamos em consulta os protocolos de atenção ao hipertenso e diabético impressos, item que será informado à direção para nos permitir a impressão do mesmo.

A equipe pretende garantir a solicitação dos exames complementares de todos os hipertensos e diabéticos sem faltar a folha desta solicitação nas consultas e vistas domiciliares, estes exames serão solicitados de acordo ao protocolo de atendimento, será planteado com o gestor municipal a necessidade de agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo coisa dificultosa na nossa unidade, para isso vamos organizar uma reunião primeiramente com os gestores da unidade, a supervisora do Programa Mais Médicos e a supervisora da macro área para plantear o assunto, também pretendemos estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados. Cada usuário hipertenso ou diabético receberá a solicitação dos seus exames na sua primeira consulta e será preenchido na ficha espelho que foram solicitados os mesmos. O médico da equipe e a enfermeira serão os principais responsáveis por estas ações, assim daremos cumprimento à organização dos serviços para a realização dos exames complementares.

Para cumprir a organização e gestão da saúde pretendemos realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos a cada 30 dias, assim como manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados no CS. Estas ações serão responsabilidade dos agentes comunitários de saúde envolvendo ao farmacêutico do centro de saúde sobretudo para receber apoio enquanto a informações de prevalência e maior demanda de remédios, assim poderá ser realizada a solicitação de medicamentos que estejam incluídos no quadro a básico segundo a demanda existente.

Para organizar o serviço odontológico na unidade vamos organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos como também repassar a informação ao serviço odontológico para poder ter controle e registro dos usuários com necessidade de atendimento, dados que vão permitir organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Depois de cada turno de trabalho serão identificados pelo médico e a enfermeira quais usuários estiveram faltosos às consultas, os mesmos serão informados aos ACS que organizarão a visita domiciliar, também será realizado um registro de usuários faltosos às consultas e organizada uma agenda para acolher aos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, agenda que será realizada semanalmente pelo médico e a enfermeira e informada à recepção do centro de saúde para ser planejada uma nova consulta.

Para atuar sobre a organização e gestão do serviço vamos manter as informações do SIAB atualizadas mensalmente informando à direção do centro de saúde e ao município todas as informações estadísticas relacionadas aos hipertensos e diabéticos, assim como também implantar a ficha de acompanhamento em coordenação com a direção do posto e pactuar com a equipe o registro das informações delegando responsabilidades com o resto dos integrantes. Será também definida um lugar para armazenar as fichas espelhos que serão impressas para cada usuário. O médico da equipe será o principal responsável por estas ações. Neste mesmo ponto a equipe vai priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco informando esta decisão à direção do centro de saúde com o consequente traspasso da informação à recepção para possibilitar este tipo de agendamento, para lográ-lo

organizadamente poderemos organizar a agenda para o atendimento desta demanda, em caso de necessidade de inter consultas ou avaliação pela atenção secundária será indicado pelo médico da equipe o encaminhamento com prioridade de agendamento segundo a estratificação de risco. Ficará o médico como principal responsável por estas ações.

Dentro do cronograma de atividades planejado trimestralmente vamos incluir a organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável. Também faremos a demanda junto ao gestor de parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Ficará o médico como responsável por estas ações.

A equipe vai organizar atividades de práticas coletivas para orientação de atividade física que serão atividades grupais com o grupo de hipertensos e diabéticos e também realizadas na comunidade. Assim, poderíamos nos apoiar também em demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

A equipe demandará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", remédios que ajudam potencialmente à eliminação deste hábito tóxico para isso será realizada uma reunião da equipe junto à direção do centro para solicitar este tipo de medicamentos que não temos dentro de quadro básico de medicamentos no SUS, esse pedido será enviado também à SEMSA. Será o médico o responsável por esta ação.

Engajamento público:

A equipe irá incrementar as atividades educativas no CS e na comunidade para reforçar a divulgação da intervenção e promover a saúde. Nelas informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus no CS, assim como, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, também orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, frequência de comparecimento à consulta e a importância de realização de exames complementares, a equipe vai se apoiar com a

impressão de um folder informativo sobre a hipertensão e diabetes que serão entregues nestas atividades e servirão de material de apoio. O planejamento destas atividades será realizado na primeira semana da intervenção, sendo o médico e a enfermeira da equipe os principais responsáveis.

A equipe realizará atividades educativas na área de saúde e continuará trabalhando com o grupo de hipertensos e diabéticos da unidade num sentido mais ampliado orientando aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Vamos nos apoiar com a confecção dum cartaz informativo com mensagens que orientem sobre a importância da realização dum exame clínico trimestral, importância do tratamento e da realização de exames complementários. Estas ações demonstrarão que a qualidade do atendimento tem dado uma ótima melhoria e estimulará aos usuários ao comparecimento ao serviço. Toda a equipe ficará envolvida nestas ações mas a enfermeira será a responsável principal.

A equipe continuará com as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos tanto na unidade como na área de abrangência, ali serão abordados muitos temas de interesse para eles sobre todo serão orientadas as pessoas com hipertensão e diabetes como o resto da população quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos, serão orientados sobre a possibilidade de fazê-los gratuitamente no centro de saúde. Ficará como principal responsável o médico da equipe.

Serão realizados folder informativos que nos ajudem a orientar os usuários quanto ao direito dos deles de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso com os diferentes pontos de acesso no município. Prestará como referência o Caderno de Atenção Básica de hipertensão e diabetes do ano 2013. Estes folders serão entregues nas reuniões com o grupo hiperdia assim como nas atividades realizadas na comunidade. Será responsável por esta ação a enfermeira da equipe. Também pretendemos que sejam confeccionados folder orientadores para as pessoas da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos que serão entregues

durante as consultas medicas, de enfermagem, nas visitas domiciliares e/o atividades educativas. Será a enfermeira a principal responsável por esta ação.

A equipe vai informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas mediante uma maior cobertura de atividades educativas com o grupo de hipertensos e diabéticos, nas consultas e visitas domiciliares e no trabalho diário dos agentes de saúde na área. Também vamos implementar um folder com impressos que demonstrem por meio da escrita a importância do comparecimento à consulta com frequência trimestral.

Para que não ocorra a evasão dos portadores de hipertensão e diabetes do acompanhamento na unidade pensamos nos reunir em cada micro área com a comunidade, também vamos esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes assim como a toda a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Será o médico da equipe o principal responsável destas ações para dar-lhe cumprimento ao engajamento público quanto à adesão do hipertenso e diabético ao programa.

Nas reuniões nas comunidades previamente planejada e organizada nos diferentes bairros pretendemos fazer orientaremos aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. A equipe integra participará destas orientações.

Mediante as consultas, visitas, atividades educativas e reuniões na comunidade, vamos orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular podendo-nos apoiar em impressos com informações relacionadas com o tema. Nessas atividades podemos esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Serão o médico e a enfermeira da equipe os principais responsáveis por estas ações.

Queremos também orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável mediante a realização de visitas domiciliares, reuniões e atividades na comunidade e centros de trabalho. Toda a equipe ficará envolvida nestas ações. A equipe pretende nas próprias atividades na unidade orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, a equipe nas atividades coletivas realizará exercícios físicos que ensinem aos usuários como deve ser realizada a atividade

física regular. Será a enfermeira da equipe quem ficará como principal responsável por estas ações.

Vamos incrementar as atividades educativas na comunidade e com os grupos de hipertensos e diabéticos para orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Nas consultas médicas e nas visitas domiciliares será um tema que será oferecido como parte das orientações que recebem todos os usuários da saúde. Será a enfermeira a responsável principal destas ações.

Com a finalidade de garantir orientações em nível individual, também mediante as atividades de visita domiciliar, nas consultas e reuniões na comunidade iremos orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Serão o médico e a enfermeira os principais responsáveis por esta ação.

Qualificação da prática clínica:

O médico e a enfermeira planejaremos em conjunto um cronograma de capacitações que serão oferecidas aos demais integrantes da equipe nas duas primeiras semanas da intervenção, nós mesmos seremos os principais responsáveis por esta ação, para realizá-las vamos nos apoiar nos Cadernos de Atenção Básica de hipertensão e diabetes do ano 2013, serão oferecidos temas sobre o cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes, acolhimento, recepção, priorização caso complicações associadas, acompanhamento e registro dos usuários hipertensos e diabéticos, também serão orientados na correta tomada de pressão arterial e a realização de hemoglicotestes a todas aquelas pessoas adultas com cifras de PA sustentada maior de 135/80 mmHg.

Pretendemos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado mediante capacitações organizadas na unidade que terão lugar finalizando cada reunião da equipe, neste marco será oferecido com detalhes como é realizado o exame físico do usuário hipertenso e diabético. O material que será utilizado nestas capacitações será o caderno de atenção básica de hipertensão e diabetes do ano 2013, o médico será o responsável principal destas ações. O médico e a enfermeira vão oferecer dentro das capacitações o significado de cada exame complementar, assim pretendemos também capacitar

a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares para isso vamos nos apoiar no Caderno de Atenção Básica do hipertenso e diabético do ano 2013, serão ensinados como será feito o preenchimento na ficha espelho e como identificar a não realização dos mesmos.

Iremos manter as atualizações do profissional no tratamento da hipertensão e o diabetes mellitus atualizações que serão oferecidas nas já mencionadas capacitações que serão oferecidas nas primeiras semanas de nossa intervenção, assim, todos os integrantes vamos poder orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Serão o médico e a enfermeira da equipe os principais responsáveis pela realização destas ações. Para conseguir o cumprimento desta ação a equipe receberá uma capacitação sobre a importância da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Nossa principal fortaleza neste sentido orientador é constituída pelos ACS, sem eles o trabalho não é possível, como parte das ações da equipe iremos capacitá-los para que saibam orientar os hipertensos e diabéticos quanto ao comparecimento às consultas e sua periodicidade, estas capacitações serão realizadas nas duas primeiras semanas de nossa intervenção e estarão a cargo do médico e a enfermeira da equipe.

A equipe também será capacitada quanto ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético assim como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, estas rotina de capacitações deixará a todos os integrantes aptos para preencher todo tipo de informações relacionadas com os registros. Serão o médico e a enfermeira os responsáveis desta ação.

Dentro da qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo utilizando bibliografia atualizada assim como para a importância do registro desta avaliação para ter um melhor controle da evolução dos nossos usuários. Também capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Serão o médico e a enfermeira os principais responsáveis por estas ações.

As ações de instruir aos integrantes da equipe são vitais, assim pretendemos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de

alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter a qualidade nas capacitações aos integrantes da equipe para elevar os conhecimentos sobre como instruir as pessoas com hipertensão arterial e diabetes na importância da prática regular de atividades físicas. Todas as atividades em relação à higiene bucal precisam de que todos também sejam capacitados, porém a equipe reforçará dentro das capacitações o tema da higiene bucal. O médico e a enfermeira oferecerão todas estas atividades e porem serão os principais responsáveis.

O médico e a enfermeira irão capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde, estas capacitações terão como material de apoio o Caderno de Atenção Básica de hipertensão e diabetes do ano 2013, as capacitações serão realizadas no começo do projeto de intervenção e com elas elevaremos os conhecimentos de todos os integrantes da equipe sobre a luta contra o tabagismo.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Numero de hipertensos com o exame clinico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos com o exame clinico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 2.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência.

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão da pessoa com hipertensão e/ou do diabetes ao programa.

Metas 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos usuários atendidos.

Metas 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Objetivo 6: Promover saúde.

Metas 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos que tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos que tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção as pessoas com hipertensão e diabetes, a equipe de saúde da família 1.9 vai trabalhar adotando os cadernos de atenção básica de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, ambos com data de edição do ano 2013. Vamos utilizar a ficha das pessoas com hipertensão e diabetes, assim como, a ficha espelho disponível no município Boa Vista para estes usuários. A nossa ficha atual não contém itens específicos, por isso precisamos acrescentar os que faltam para alcançarmos as nossas metas, entre os itens que faltam estão: prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, avaliação da necessidade de atendimento

odontológico, recebimento de orientações sobre nutrição, prática regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo e higiene bucal, assim, teremos a tarefa de acrescentar esses itens no nossos registros. Primeiramente entraremos em contato com os gestores do Centro de Saúde para facilitar a adoção das 713 fichas espelhos complementares. Vamos a utilizar a planilha eletrônica para a coleta de dados para o acompanhamento da intervenção.

A equipe precisa de várias condições para viabilizar o êxito das nossas ações entre elas 713 folhas em branco para realizar a impressão das fichas espelho, 8 canetas, 8 lápis de cor vermelho, computador para registrar os dados na planilha eletrônica, livro para registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, e impressora. O responsável pelo monitoramento e avaliação de cada ação será o médico da equipe junto com a enfermeira, estas avaliações serão supervisionadas nas datas adotadas pela equipe para a realização das atividades. O registro destas ações será feito por escrito e preenchido em formato eletrônico. Consideramos que para cumprir com os registros precisamos os mesmos materiais logísticos antes descritos, também precisamos de quantidade suficiente de esfigmomanômetros, manguitos, uma balança, fita métrica, glicômetros, materiais necessários para aferir cifras de PA e de glicose capilar assim como para as mensurações necessárias no exame físico. A técnica de enfermagem será a responsável por organizar esses materiais, que informará aos gestores da unidade para que seja realizado o pedido à Secretaria Municipal de Saúde mediante coordenação dos gestores.

Para realizar o monitoramento de avaliação de todas as ações a equipe precisa dos mesmos materiais que serão utilizados para realizar as fichas espelhos, o que inclui papel e impressora com tinta, canetas, lápis e borrachas, para realiza-lo serão designados dois ACS para entrar em contato com os diretores do CS e garantir esses materiais logísticos.

Todas as informações serão armazenadas no arquivo correspondente à equipe, na recepção onde todos teremos acesso. A equipe pretende implementar a ficha espelho em formato digital no computador da direção e impressa em cada consultório, anexada a cada prontuário para atualizar diariamente ou semanalmente de acordo com a necessidade. A equipe coordenará com os diretores do CS a disponibilidade de um dos computadores da direção. Quanto a organização da agenda, iremos atender 16 usuários em cada turno

correspondente à consulta de atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, sendo 3 turnos semanais, além disso, serão realizadas visitas domiciliares pelos ACS e uma vez na semana serão realizadas pelo médico e a enfermeira. Os agentes comunitários não contam com meios de transporte para realizar as visitas, e as UBS do município não conta com transporte próprio, por isso, os ACS irão caminhando à área de abrangência.

Para organizar de maneira geral o engajamento público a equipe procurará um local disponível para cada ação na comunidade, precisaremos de 30 cadeiras que serão disponibilizadas pelo diretor do centro de saúde, as mesmas servirão para os usuários participantes das atividades educativas que serão realizadas na área de saúde. Também teremos atividades no próprio CS, que serão oferecidas no pátio. Para realizar as atividades na comunidade serão contatados os líderes da comunidade pelos agentes comunitários, eles procurarão um local por cada micro área onde serão feitas as reuniões e atividades. Como complementar a essas atividades a enfermeira desenhará um folder que será oferecido em cada atividade segundo o tema, assim precisaremos de um computador, 120 folhas brancas, impressora com tinta disponível, também vamos precisar de datashow, e aparelho de vídeo para a realização de vídeos informativos, sendo a própria enfermeira a encarregada de proporcionar estes instrumentos mediante o contato com a Secretaria Municipal e os gestores de Centro de Saúde Olenka. Nestas atividades a equipe inteira falará das ações que estão acontecendo pela equipe e qual é a importância do cadastro total das nossas pessoas com diabetes e hipertensão arterial, para isso vamos solicitar o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários hipertensos e diabéticos, motivando ao comparecimento deles à consulta, também serão oferecidas orientações sobre a importância da atuação sobre fatores de risco modificáveis e a importância do acompanhamento regular, para cada uma destas orientações o médico da equipe definirá junto aos agentes comunitários qual o tema que esses deverão estudar.

Para cumprir com a qualificação da prática clínica a equipe realizará capacitações, precisaremos de 8 cadernos de atenção básica de hipertensão arterial e de diabetes mellitus e de um computador. O médico e a enfermeira da equipe irão se preparar para oferecer aos demais integrantes todo o conteúdo relativo a nossa intervenção. Este conteúdo será oferecido todas terças feiras de manhã, vamos começar com as capacitações segundo um cronograma de

palestras que vamos elaborar entre o médico e a enfermeira da equipe, aproveitando que nas terças é o dia de reunião da equipe, assim aproveitaremos mínimo 2 horas semanais para as capacitações. As capacitações serão realizadas no consultório médico pois não temos sala de reunião, no consultório não contamos com as suficientes cadeiras, por isso, a equipe irá precisar de 8 cadeiras para cada um dos oito integrantes. Os ACS marcarão um encontro com o diretor do CS para solicitar auxílio na organização da logística para viabilizar essas ações.

Para a realização das consultas dentro da unidade precisaremos de um local com o espaço e iluminação adequada, mesa, cadeira para o usuário e acompanhante, uma maca para o exame físico, um lençol para preservar o pudor, estas condições e materiais serão indispensáveis para a realização das nossas consultas. A técnica de enfermagem será a principal responsável por cumprir com estas condições mediante comunicação direta com gestores do centro de saúde.

A equipe dispõe de todas as condições logísticas necessárias para a realização das ações, consideramos que após estas estarem criadas poderemos alcançar a efetividade e a qualidade necessária que nosso foco de intervenção merece.

3 Relatório da Intervenção

Realizamos na no Centro de Saúde Olenka no Município Boa Vista/Roraima, a qualificação da ação programática voltada para o público de usuários hipertensos e/ou diabéticos adultos. Contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais: médico, enfermeira, os ACS, a técnica de enfermagem, a equipe odontológica, a recepcionista, e a equipe do NASF. A intervenção ocorreu no período de março a junho de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS. Inicialmente o projeto de intervenção estava organizado para ocorrer em 16 semanas, porém, conforme orientação da coordenação do curso, realizamos em um período de 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido pela universidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante os três meses de intervenção a equipe realizou o cadastramento e acompanhamento de 351 (68,7%) hipertensos dos 511 estimados e 130 (100%) diabéticos. Público alvo que foi escolhido segundo os dados reais e atuais da equipe que foram confirmados pelos ACS e que ultrapassam a estimativa presente na planilha de coleta de dados. A equipe teve que procurar várias estratégias nas últimas semanas da intervenção para análise dos dados do referido trabalho, pois apresentávamos uma certa lentidão ainda na oitava semana, muitos usuários tiveram que ser reagendados devido aos dias de ponto facultativo que o município ofereceu e coincidiram com dias de consulta clínica. A partir daí cada espaço livre das próximas quatro semanas agendávamos usuários

para serem atendidos, dessa maneira as últimas semanas além de cansativas foram muito produtivas.

A intervenção realizada no serviço seguiu o planejado no cronograma de ações do projeto de intervenção, começando por nossa primeira ação, relativa à capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de hipertensão e diabetes mellitus. Foram feitas duas capacitações de duas horas de duração cada uma, sendo desenvolvidas na primeira e segunda semana. Foi falado nessas capacitações sobre o protocolo de atendimento, sobre a busca ativa de usuários faltosos as consultas, definição, fatores de risco, prevenção, diagnóstico, tratamento e complicações sobre a hipertensão e a diabetes mellitus.



Figura 2: Capacitação à equipe.

A ação de capacitação da equipe foi cumprida sem dificuldades, todos os integrantes da equipe participaram das duas capacitações que foram oferecidas pelo médico da equipe. O horário foi combinado com o diretor do centro de saúde e o mesmo orientou que o agendamento nesses dias para o médico e a enfermeira fosse com uma menor quantidade de usuários para deixar um espaço para estas atividades.

Depois de receber as capacitações, os ACS se sentiram mais preparados para recadastrar os moradores da área na pesquisa de novos casos. O padrão epidemiológico da área inclui uma grande quantidade de usuários com

hipertensão e diabetes com muitos fatores de risco associados como são o tabagismo, sedentarismo, obesidade e dietas hipercalóricas, por isso a incidência das mesmas é relativamente elevada.

Na primeira semana na própria reunião de equipe foram planejadas as atividades educativas que seriam feitas na área e na unidade de saúde. Foram desenvolvidas seis atividades educativas com o grupo de hipertensos e diabéticos, sem contar as palestras que foram realizadas antes de cada atendimento clínico dos usuários. Tínhamos planejado somente 4 atividades educativas, mas tendo em vista o impacto positivo que as mesmas tiveram na comunidade decidimos acrescentar mais duas. As atividades começavam pela palestra inicial que era desenvolvida pelo médico, enfermeira e agentes comunitários, em várias oportunidades realizamos jogos participativos entre duas equipes fazendo perguntas e respostas dependendo do tema da palestra. Os participantes em cada atividade apreenderam e compartilharam suas experiências sobre alimentação saudável, atividade física, importância da realização dos exames complementares e higiene bucal. Em relação as atividades de saúde bucal tivemos a participação da equipe de saúde bucal, formada pela odontóloga que atende diretamente a população da área adstrita e a técnica de saúde bucal. Em geral participaram em cada atividade educativa entre 20 e 30 usuários, a equipe dava espaço para o diálogo e perguntando sobre dúvidas ao final de cada palestra. As dúvidas eram muitas, a maioria delas voltadas a alimentação. As atividades educativas foram todo um sucesso, a população e os familiares que participaram adoraram que a intervenção contasse com esse tipo de atividades, pois os fez adquirir mais conhecimentos e interagir uns com os outros, apreender de maneira educativa com técnicas de aprendizagem que a equipe pôs em prática.

Na primeira semana ficou confeccionado o livro de registros de usuários com hipertensão e diabetes da equipe, o mesmo foi preenchido com cada um dos usuários que foram sendo cadastrados, tudo bem organizado por micro áreas. Além de já ter na unidade os suficientes registros de hipertensos e diabéticos, consideramos que seria uma ótima ação, pois teremos um maior controle dos nossos usuários. A ação foi cumprida sem dificuldades, o livro foi proporcionado pelos diretos do centro de saúde.

O material logístico não pode ser preparado completamente na primeira semana. Uma das dificuldades que tivemos e temos até o momento é que a SEMSA somente permite mil impressões mensais, ficando um obstáculo para a equipe o fato de imprimir as fichas espelhos de uma vez só. A equipe levou o problema em reunião da macro área mas não foi dada uma solução total ao problema. O diretor do centro deu a opção de imprimir de pouco em pouco as fichas e é assim como fizemos até o momento alcançando para todos os usuários.

Na primeira, na quarta, na sétima e décima semana fizemos a revisão periódica dos registros das pessoas com hipertensão e diabetes (ficha espelho, prontuário, livro de registro, planilha eletrônica). Os espaços onde realizamos esta ação foi na reunião de equipe. Cada agente comunitário procurava o prontuário e ficha espelho de cada usuário cadastrado, revisávamos atentando para que o preenchimento estivesse correto com qualidade dos dados inseridos nas fichas e tabelas eletrônica de coleta de dados. Foi uma ação que precisou de tempo e dedicação, mas não tivemos obstáculos.

Na primeira semana também foi combinado com a direção a prioridade do atendimento para aqueles usuários considerados de alto risco, o diretor junto com a equipe fizeram uma reunião com as secretarias do centro de saúde para informar o apoio com este tipo de marcação de consultas.

A cada começo de semana, nas segundas feiras a equipe se reunia para organizar o trabalho correspondente a cada semana. Desta maneira, reforçávamos o papel de cada profissional nas ações. Tivemos o benefício de que nenhum de nós esteve de férias ou ficou ausente durante a intervenção, assim, não foi um impedimento a falta de recursos humanos, mas se isso chegasse acontecer, a equipe iria tomar a estratégia de selecionar alguém para realizar determinada ação. Por isso, pode se dizer que todas as ações desenvolvidas nesses três meses foram realizadas sem dificuldades.

Na primeira e nona semana foram entregues, aos usuários que compareceram à consulta clínica, folders informativos sobre oferecimento de remédios na Farmácia Popular, que também abordava a importância do comparecimento à consulta de acompanhamento e sobre a importância da realização da avaliação do exame bucal. Com um total de 112 impressos os usuários que receberam os folders, tiveram a mão um material que estimulou e foi

um incentivo para complementar o acompanhamento de sua saúde. Foi um pouco dificultoso a impressão, pois não tínhamos a suficiente quantidade de folhas brancas na unidade mas as mesmas foram oferecidas por uma agente comunitária que contava com algumas na sua casa e disponibilizou as 112 folhas que precisávamos, todos foram impressas na impressora da unidade com a autorização do diretor. Desta maneira a ação ficou cumprida.

Na terceira, sétima e decima primeira semana, os 5 agentes comunitários fizeram o controle do estoque dos remédios incluindo validade. Estas ações foram cumpridas com 100% de sucesso. Também foi um sucesso o contato com lideranças da comunidade, a equipe procurou lideranças de cada micro área. Os agentes foram os encarregados de realizar o primeiro contato com eles para agendar um encontro oficial entre a equipe e eles, que aconteceram, na primeira, quinta e na nona semanas. As lideranças compreenderam a importância que tem para nossos usuários a qualificação da intervenção, e tem nos apoiado na procura de locais como por exemplo casa de vizinhos, para as atividades educativas que tem sido desenvolvidas, também ajudaram aos agentes na pesquisa de novos casos de usuários hipertensos e diabéticos.

No início tivemos uma série de dificuldades pela grande demanda que o serviço odontológico tem na nossa área, em parte para pela posição central da unidade no município de Boa Vista, por outra parte pela escassez de profissionais odontólogos. Foi esta uma dificuldade que a equipe informou aos gestores da unidade, e que de fato tem nos ajudado incondicionalmente na nossa intervenção. O diretor organizou uma reunião com os odontólogos para entre todos planejar como poderia ser feito o atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos, assim depois de ter ficado como acordo que toda quinta feira a tarde seriam atendidos de 6 a 7 dos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de dois usuários por dia nos outros dias de semana. Assim conseguimos dar como encerradas as dificuldades com o serviço de odontologia e conseguimos que todos os usuários cadastrados até o momento tenham recebido a avaliação do atendimento odontológico na própria consulta tanto do médico como da enfermeira.

Todos os usuários cadastrados receberam uma consulta clínica qualificada, com anamnese e exame físicos detalhados, tendo como guia as informações da ficha espelho e a necessidade de cada indivíduo. Graças ao trabalho mantido da

equipe não temos apresentados faltosos as consultas nestas 12 semanas, os agentes comunitários tem o cronograma do agendamento dos usuários e os dias do atendimento para o grupo de hipertensos e diabéticos que são quarta e quinta feiras, também são os encarregados de lembrar entre segunda e terça aos usuários que tem consulta marcada.

Realizamos no final de cada ação o monitoramento da mesma, assim cada atividade considerada como ação foi avaliada no final de sua realização por todos os integrantes da equipe e registrávamos-tudo no o livro de atividades da equipe. Culminando a décima segunda semana da intervenção a equipe fez um resumo do desenvolvimento do período de qualificação da atenção ao usuários hipertensos e diabéticos. Em reunião de equipe, foram analisados todos os indicadores. O diretor da unidade de saúde e supervisora da área foram convidados para participar na reunião.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Foram realizadas todas as ações previstas no cronograma, todas com ótimo desenvolvimento e sucesso graças à muitos fatores que influíram positivamente, entre eles está o trabalho em equipe, ao diálogo entre nós que ficou com muita mais força desde o começo da intervenção. Uma das ações foi fundamental para o desenvolvimento da intervenção foi sem dúvidas as capacitações oferecidas que possibilitaram realizar a pesquisa dos usuários cadastrados, entender as doenças com as quais iríamos trabalhar e o protocolo de atendimento desses usuários. Ajudou indiscutivelmente o apoio da gestão do centro de saúde, a mão amiga dos líderes da comunidade e dos próprios usuários hipertensos e diabéticos que apoiaram ao projeto desde o começo oferecendo suas casas para realizar as atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A equipe não apresentou dificuldades para realizar a coleta e sistematização de dados de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, nem para realizar o cálculo dos indicadores. Toda a equipe reunia-se para fazê-lo em conjunto depois da cada dia de atendimento e a sua inserção na planilha de coleta de dados era realizada no computador da direção pelo médico e a enfermeira ao finalizar cada semana.

Nos diários da intervenção era informado sobre o desenvolvimento das ações realizadas segundo o cronograma, as diferentes experiências durante as semanas e as principais dificuldades apresentadas. No diário também foram postadas fotografias que evidenciam as ações da intervenção. Todos as pessoas que aparecem nas fotos, assinaram um Termo de Consentimento Livre e informado, autorizando sua divulgação.



Figura 3: Registro das informações na planilha de coleta de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço ajudaram a melhorar o atendimento integral dos nossos usuários, e a continuidade da mesma está sendo mais uma conquista da nossa equipe e de nossa unidade. A equipe dará continuidade a todas as ações dentro do nosso trabalho como equipe de saúde, trabalhando nos 4 eixos do curso. De feito muitas mais atividades educativas estão sendo programadas para serem realizadas no futuro com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Digo que como estudante da UFPEL, neste curso de especialização em saúde da família a maior parte da direção com esse projeto ficou ao meu cargo, mas posso dizer que toda a equipe ficou envolvida e o êxito da nossa intervenção dependeu do trabalho em conjunto, demonstramos assim que podemos continuar de maneira exitosa com nosso atendimento para pode atingir um 100% dos hipertensos da área em mais um mês e manter os 100% de usuários diabéticos cadastrados, e garantindo o acompanhamento com qualidade dos mesmos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da qualificação da atenção aos Hipertensos e/ou diabéticos no Centro de Saúde Olenka. Na área de abrangência da equipe há um total de 511 hipertensos e 103 diabéticos de acordo com as informações dos ACS, os quais fizeram um levantamento do número de pessoas na comunidade com hipertensão e/ ou diabetes antes de iniciar a intervenção, mas nem todos compareciam de maneira regular ao nosso serviço. Os resultados obtidos foram avaliados por meio dos indicadores quantitativos e qualitativos que serão aqui descritos comparando-os às metas e objetivos pactuados no projeto de intervenção.

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

Meta:

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

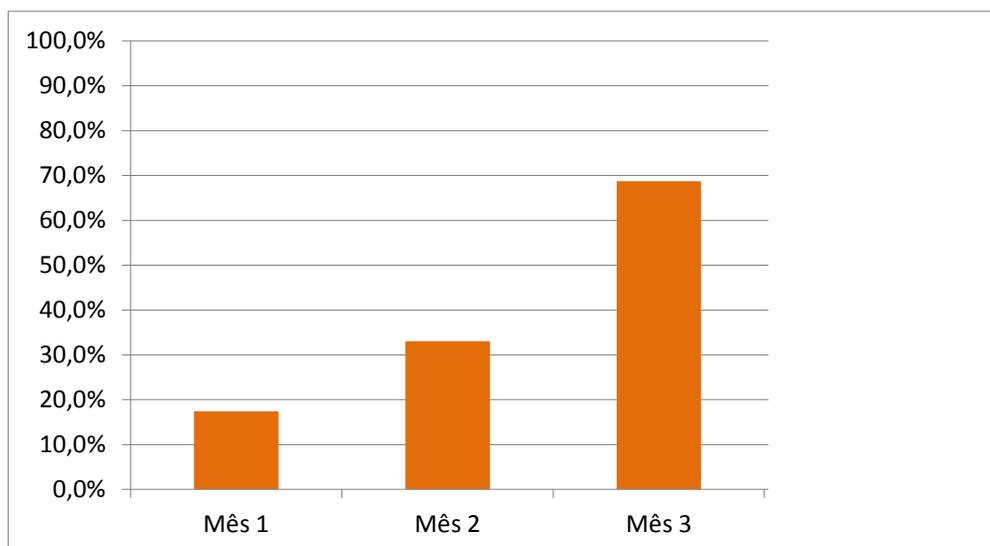


Figura 4: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

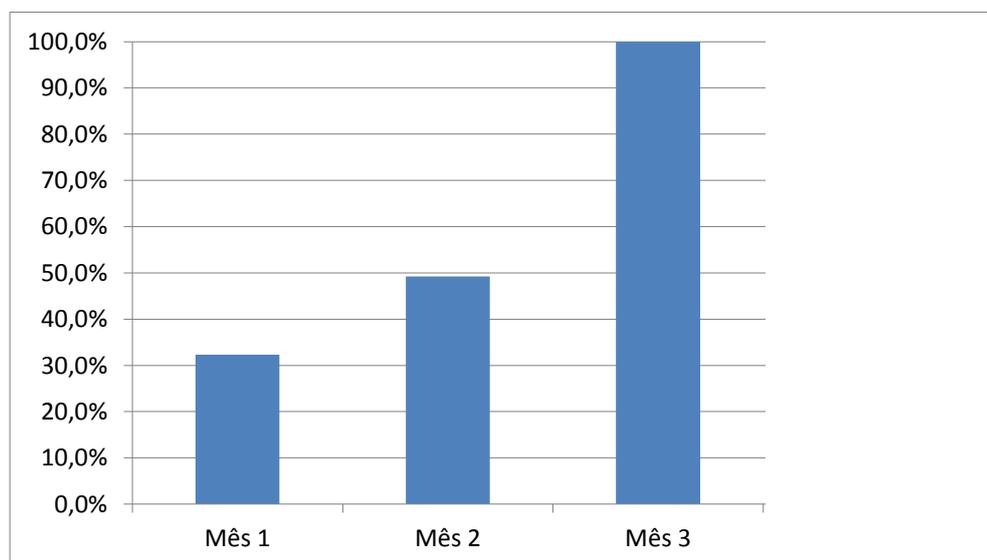


Figura 5: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A área de abrangência da equipe 1.9 tem um total de 511 hipertensos e 130 diabéticos. No primeiro mês foram cadastrados no programa 89 (17,4%) hipertensos, ao finalizar a oitava semana tínhamos cadastrados no programa 169 (33,1%) usuários hipertensos já finalizando o terceiro mês a equipe alcançou um total de 351 (68,7%) usuários cadastrados. Os resultados alcançados não atingiram a meta como pensávamos, talvez pela redução das semanas da intervenção, influenciou também os pontos facultativos antes ou depois dos feriados que tivemos no estado provocou o desmarque e novo agendamento de muitas

consultas. A equipe acredita que com mais um mês poderemos atingir a meta proposta.

Quanto aos diabéticos, segundo as ACS havia um total de 103 diabéticos. Ao iniciar a intervenção foram cadastrados no primeiro mês 42 (32,3%) diabéticos, finalizando o segundo mês tínhamos atingido 64 (49,2%) usuários com diabetes, finalizando a intervenção foram cadastrados mais 66 usuários que representam um total de 130 (100%) diabéticos. O trabalho nos quatro eixos do curso permitiu o alcance do resultado esperado, desta maneira o trabalho ficou organizado e só restava colocá-lo em prática. O trabalho desenvolvido na pesquisa dos usuários hipertensos e diabéticos pelos agentes comunitários foi essencial para iniciar o cadastramento, e a equipe considera que esta constituiu a principal ação que mais auxiliou o alcance dessa meta, como também a promoção do projeto na comunidade e no centro de saúde foi de vital importância para o conhecimento da população da área adstrita e ajudou ao fluxo dos usuários hipertensos e diabéticos a comparecerem ao nosso serviço.

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

Meta:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Realizamos em todos os usuários cadastrados com hipertensão e/ou diabetes o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. A meta alcançada foi possível graças as capacitações realizadas à equipe, que permitiu sobretudo reforçar elementos próprios do exame físico, assim como a cooperação e o comparecimento dos usuários as consultas, foram elementos que facilitaram alcançar os 100% em todos os meses.



Figura 6: Exame físico a usuária com hipertensão e diabetes.

Meta:

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

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

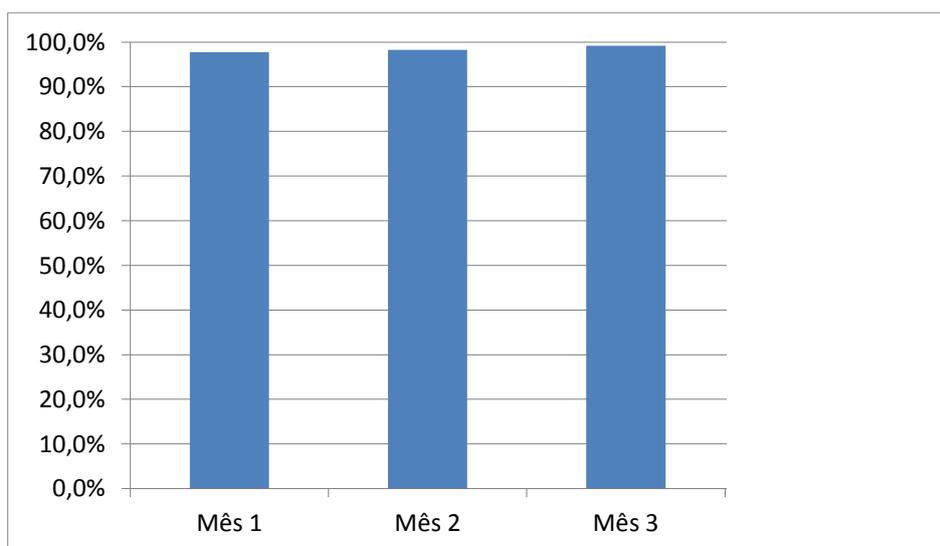


Figura 7: Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

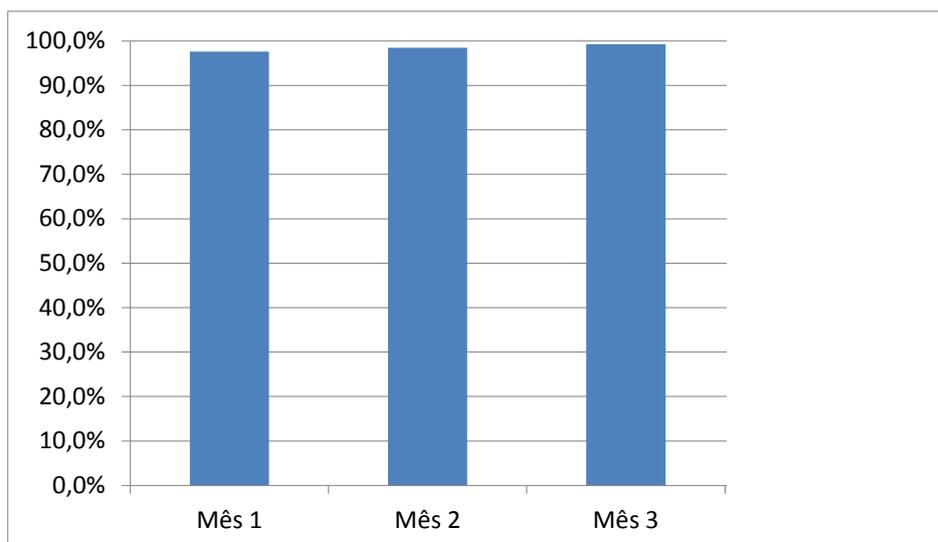


Figura 8: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção foram atendidos 89 usuários com hipertensão, e 87 (97,8%) usuários estavam com exames complementares em dia, dois hipertensos, um deles com hipertensão e diabetes associada, não tiveram o indicador cumprido porque encontravam-se no interior do município Mucajaí (55 km de Boa Vista) no momento que deveriam realizar os exames e optaram por não fazê-los. No segundo mês de intervenção foram atendidos mais 80 usuários, deles só um usuário com hipertensão não teve exames em dia pois relatou que estava se sentindo bem e que não precisava “tirar sangue” pois o resultado seria normal, a equipe trabalhou com o usuário que finalmente entendeu a importância da realização dos exames. No terceiro mês a equipe atendeu 182 usuários, todos com exames em dias, finalmente dos 351 hipertensos atendidos, 348(99,1%) apresentaram exames em dia.

Dos 42 diabéticos atendidos no primeiro mês tivemos um usuário com atraso nos exames como já foi escrito acima já que era o mesmo usuário que também apresentava hipertensão. No segundo e terceiro mês foram 64 e 66 usuários atendidos respectivamente, todos com exames em dia. Assim, 129 usuários diabéticos dos 130 corresponderam a 99,2%.

Os resultados demonstrados ficaram bem próximos da meta, consideramos que trabalhando um pouco mais com os usuários com resistência em realizar os exames complementares e mantendo as atividades educativas poderemos atingir

a meta. As atividades com o grupo de hiperdia e o atendimento clínico foram as ações que propiciaram que os 348 usuários atendidos apresentassem os exames completos realizados.

Meta:

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

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

Durante as 12 semanas de intervenção todos os usuários atendidos e que participaram da intervenção receberam durante as consultas clínicas a prescrição dos medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Foi essencial para o cumprimento deste indicador em 100% todos os meses, a presença de farmácia no CS com medicação disponível para todos nossos usuários, que é viável graças a quantidade suficiente de pedidos realizados pelo farmacêutico da unidade e à entrada dos mesmos semanalmente, como também a prescrição dos remédios necessários aos usuários para cada mês por parte dos profissionais.

Meta:

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

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

O 100% dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos receberam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizadas todas durante as consultas com o médico e a enfermeira. Para alcançar a meta realizamos dentro do exame físico inspeção visual da cavidade bucal dos usuários e perguntávamos queixas referentes à saúde bucal e frequência do comparecimento a consulta odontológica, para isso o médico e a enfermeira recebemos orientações da odontóloga que atende aos usuários da área de abrangência que ficou disponível para dúvidas durante esses procedimentos como foi o caso de vários usuários que compareceram com gengivites e periodontites e

solicitamos seu apoio em várias ocasiões, utilizávamos para essa avaliação depressor lingual e luvas disponíveis na consulta. Desta maneira e graças ao comparecimento em consulta de todos os usuários foi que a equipe alcançou a meta durante todos os meses.

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

Meta:

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

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

Durante a intervenção felizmente não apresentamos usuários faltosos as consultas. Os 100% dos usuários tanto hipertensos e diabéticos compareceram as consultas conforme os agendamentos. O resultado alcançado foi obtido graças ao trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários que realizavam as visitas aos usuários que iriam ser atendidos durante a semana para lembra-los do dia e horário da consulta. Acreditamos que também o engajamento público mediante as atividades educativas foi essencial para conscientizar à população sobre a importância de não deixar de ocupar uma vaga agendada para o atendimento clínico.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta:

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

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

Mensalmente todos os usuários diabéticos cadastrados no programa ficaram com registro adequado, e tiveram preenchida a ficha espelho. Todas as fichas espelhos ficaram anexadas aos prontuários clínicos. Também dentro das nossas ações realizamos o monitoramento semanal do total de atendidos, verificando o correto preenchimento da ficha-espelho que foi implementada para a verificação e avaliação dos indicadores de qualidade.



Figura 9: Atendimento clínico de usuária com hipertensão e diabetes (explicação da ficha espelho para a usuária.)

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

Meta:

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

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

Em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos mensalmente foi realizado a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares, estratificação que não era realizada a todos os usuários hipertensos e diabéticos na UBS antes da implementação da mesma. Para realiza-la o médico e a enfermeira se aprofundaram no tema e imprimiram o escore para tê-lo em mão nas consultas, no início foi trabalhoso pois tínhamos que dedicar mais tempo nas consultas para realiza-lo mas logo fomos nos acostumando e foi cada dia mais fácil. Hoje todas as equipe tem incorporado o escore à rotina de atendimento e assim, a avaliação de vários fatores de risco

ao mesmo tempo permite identificar usuários com alto risco, motiva-os para aderir à terapêutica e modular os esforços de redução de risco.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta:

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Todos os usuários cadastrados mensalmente receberam orientações sobre a alimentação saudável. A equipe considera que a ação que mais auxiliou para atingir esse resultado foi as atividades educativas realizadas tanto na unidade de saúde como na comunidade assim como nas palestras realizadas antes do começo de cada atendimento clínico, a cada quarta e quinta feiras.



Figura 10: Orientações individuais sobre alimentação saudável.

Meta:

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados mensalmente receberam orientação sobre a prática de atividade física regular em cada consulta, apoiaram este resultado alcançado as atividades educativas realizadas, nas mesmas os usuários entenderam a importância de incorporar a sua rotina diária a atividade física, a maioria deles sedentários e com sobrepeso.

Meta:

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Foi atingida a meta de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos ao todos receber orientação sobre os riscos do tabagismo nas consultas do médico e da enfermeira, também o indicador foi apoiado pelas palestras oferecidas no centro de saúde e na comunidade. Dentre os cadastrados existiam 31 fumantes que acataram as orientações e serão incorporados ao grupo de fumantes que a equipe organizará proximamente.



Figura 11: Atividade educativa sobre tabagismo na micro área 03.

Meta:

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos atendidos mensalmente receberam orientações sobre higiene bucal, as atividades educativas realizadas pela equipe em parceria com a equipe odontológica propiciaram o excelente resultado alcançado. Antes da intervenção a equipe oferecia estas orientações aos hipertensos e diabéticos mais não com muita frequência, hoje elas ficam incorporadas dentro dos tópicos que serão desenvolvidos em palestras e atividades educativas.

Com a intervenção o indicador de cobertura de atenção aos usuários diabéticos foi alcançado. Como pode ser observado, a equipe alcançou a maioria dos indicadores de qualidade em 100%, tudo graças ao empenho demonstrado pela equipe e ao envolvimento dos próprios usuários atendidos e à população da área que colaboraram muito. Quanto aos indicadores que não foram alcançados a equipe se compromete em continuar trabalhando neles, empenhando a mesma força e qualidade de trabalho para atingir a meta e manter os resultados.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção.

A população adstrita ao CS Olenka Macellaro Thomé do município Boa Vista ficou beneficiada com a incorporação de profissionais do Programa Mais Médicos. Os três médicos que trabalham inseridos nas ESF realizaram a implantação de programas com focos de intervenção na Saúde da Criança, pré natal e puerpério e saúde do hipertenso e diabético no decorrer de 12 semanas.

A nossa equipe 1.9 que atende a comunidade de Tancredo Neves II ficou envolvida na melhora da qualidade da atenção ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A equipe apresentava uma boa cobertura dos hipertensos e diabéticos da área antes da intervenção, nosso principal problema era quanto aos demais indicadores de qualidade, registro, adesão, avaliação de risco cardiovascular e promoção em saúde. De acordo com as estimativas das ACS haviam na área adstrita da equipe 511 hipertensos e 103 diabéticos. Durante a 12 semanas da intervenção a equipe atingiu uma meta de 351 hipertensos e 130 diabéticos, alcançando uma cobertura de 68,7% dos hipertensos e atingindo o 100% dos diabéticos. A meta de cobertura de 100% para os hipertensos não foi alcançada, talvez pela redução das semanas da intervenção, influenciaram também os pontos facultativos antes ou depois dos feriados que tivemos no estado que provocou o desmarque e novo agendamento de muitas consultas. A equipe acredita que mantendo o trabalho nos quatro eixos com mais um mês poderemos atingir a meta proposta. Quanto a indicadores de qualidade alcançamos um 99,1% e 99,2% dos hipertensos e diabéticos respectivamente com exames complementares em dia. Dentre os fatores que influíram negativamente para não atingir a meta de 100% foi a dificuldade para sensibilizar os usuários sobre a importância da realização dos exames, apesar ter trabalhado a promoção em saúde com eles, para atingir a meta proposta continuaremos reforçando a promoção de saúde e acreditamos seja atingida em um mês. Foram atingidos o 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o números de hipertensos e diabéticos com prescrição de remédios na farmácia popular/hiperdia, também quanto a necessidade da avaliação de atendimento odontológico.



Figura 12: ACS realizando o controle do estoque dos remédios

Não tivemos faltosos as consultas nestas 12 semanas, tivemos uma ótima melhoria dos registros sendo que todos os usuários atendidos apresentaram um adequado preenchimento da ficha espelho e na planilha eletrônica, todos os atendidos tiveram feita a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e receberam as orientações de alimentação saudável, importância da prática de atividades físicas regularmente, riscos do tabagismo e higiene bucal. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram realizadas com pouca frequência.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção proporcionou que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes através dos cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 que apresenta Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (BRASIL,2013). Estas atividades permitiram que cada integrante ficasse mais preparado em relação ao protocolo de atendimento, e também cada profissional pode adquirir mais conhecimentos sobre suas funções. Assim, foi possível ver

rever as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas.



Figura 13: Reunião e capacitação de equipe.

A intervenção proporcionou maior integração entre os profissionais em conjunto com o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem, dos 5 agentes comunitários, odontóloga e técnica de saúde bucal.

Os agentes comunitários ficaram muito mais preparados como funcionários de saúde na abordagem dos usuários na comunidade, e no acolhimento na unidade básica, além disso, apreenderam e compartilharam experiências sobre a higiene, atividade física, sobre hábitos tóxicos e saúde bucal em geral, temas que serão ponto de partida para as futuras orientações e palestras com os usuários.

As integrantes da equipe odontológica ficaram envolvidas com a intervenção. Os usuários atendidos apresentaram um adequado acompanhamento e a intervenção fez que houvesse uma parceria sólida com a equipe de odontologia. Também foi possível que a técnica de enfermagem melhorasse o seu conhecimento sobre esses temas e participasse ativamente nas palestras oferecidas fazendo que aumentasse seus conhecimentos em saúde e contribuições nas atividades educativas.

O médico e enfermeira reforçaram as relações entre profissionais e os usuários, e entre a gestão e a equipe, o que melhorou a confiança no trabalho da equipe, fato que pode ser observado pelos resultados alcançados. Em geral, cada

um de nós desenvolveu de maneira responsável o trabalho previamente planejado.

Importância da intervenção para o serviço

A intervenção viabilizou a organização do acolhimento no serviço, do trabalho qualificado desde a recepção, fluxo dos usuários da triagem até as consultas, farmácia e laboratório, na organização do arquivo dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, na identificação de usuários que não tinham adequando acompanhamento a consulta. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e/ou Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos foram cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.



Figura 14: ACS ajudando na triagem de usuária com HAS.

Tivemos uma melhora na qualificação da atenção com destaque para a qualificação da maioria dos indicadores deste objetivo como o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, a prescrição de medicamentos da farmácia popular do hiperdia, a realização do exame clínico em todos os usuários cadastrados que incluiu a estratificação do risco cardiovascular de ambos grupos.

Tivemos uma ampliação do exame dos pés dos diabéticos, e realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos usuários cadastrados.



Figura 15: Exame físico dos pés de usuária com diabetes mellitus.

A equipe de odontologia incorporou as atividades educativas dentro de suas ações, desenvolvendo atividades educativas, e apresentando em powerpoint nas palestras temas sobre a correta escovação como parte essencial da higiene bucal, também orientaram sobre a importância do comparecimento regular as consultas odontológicas, tendo como base o trabalho que desenvolvem com a nossa equipe.

A equipe em conjunto participou no cadastro, acolhimento, agendamento de consultas com o médico, enfermeira e odontólogas, registro, atividades educativas, reuniões com líderes da comunidade, visitas domiciliares e monitoramento, assim houve uma melhora considerável da qualidade do atendimento. Durante a intervenção também foram aperfeiçoadas muitas das ações, a equipe se propôs a trabalhar na priorização da agenda odontológica desde o início da análise situacional, e deixar tudo arrumado para o início da intervenção, assim como se esforçou para garantir o material logístico como folhas e impressos que foi outra de nossas dificuldades. Antigamente a agenda odontológica estava sobrelotada e pedir a priorização dos hipertensos e

diabéticos da área causou controvérsia da equipe odontológica, seria trabalho a mais para eles pois somente atendiam demanda espontânea, em reunião com a gestão ficaram pautados dias para o atendimento dos nossos hipertensos e diabéticos da área mas foi um acordo tomado já iniciado a intervenção porém apresentamos essas dificuldades nas duas primeiras semanas.



Figura 16: Atividade educativa sobre higiene bucal.

Também a gestão do Centro de Saúde não contava com quantidade suficiente de folhas brancas necessárias para os impressos que incluía a impressão das fichas espelhos, também não pode ser feitas mais de mil impressões mensais na impressora da direção aspecto que também que foi totalmente negativo. O diretor propôs que fizéramos aos poucos os impressos e uma das agentes comunitárias ofereceu as folhas brancas que precisávamos. Desta maneira conseguimos realizar essas ações.

Importância da intervenção para a comunidade

O impacto da intervenção virou um sucesso na comunidade, com ela melhorou a qualidade do atendimento que é o que mais os usuários tem percebido. Como parte da estratégia da equipe, incorporamos as atividades educativas aos familiares dos cadastrados sempre convidando-os previamente

comparecendo quase sempre de um a dois familiares por cada usuário cadastrado, nestas atividades desenvolvidas a maioria na comunidade em casa de vizinhos geralmente a equipe abordou as doenças de hipertensão e diabetes desde o ponto de vista individual e familiar, dando-lhe participação ao familiar nos jogos participativos, interagindo com eles nas palestras, assim parte da família ficou envolvida e vivenciaram a intervenção.



Figura 17: Atividade educativa na micro área 06.

Como foram feitas atividades educativas em cada uma das 5 micro áreas, a população percebeu mais o impacto da intervenção, a equipe organizou estas atividades junto aos líderes da comunidade, eles e o agente comunitário responsável de cada micro área seriam os encarregados de procurar o local e convidar aos usuários e familiares, a gestão apoiou com cadeiras que eram levadas até o cenário das atividades na camioneta da SEMSA que foi ativada pelo diretor previa coordenação com a supervisora da macro área, cada atividade educativa começava com uma palestra onde participavam todos os integrantes da

equipe, depois delas realizamos jogos participativos(geralmente perguntas e respostas entre duas equipes).



Figura 18: Atividade educativa na micro área 05.

Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento sobretudo odontológico, porém gerou insatisfação aqueles que não eram grupo alvo do programa de atenção aos Hipertensos e/ou diabéticos, pois muitos falavam que também eram usuários do SUS e que tinham o mesmo direito de serem atendidos, a equipe explicou em várias oportunidades o por que desta priorização para não gerar mais dúvidas e tentar ganhar a compreensão dos demais que foi aceita em cada explicação. A equipe estabeleceu a comunicação com líderes da comunidade, que ajudaram à organizar as atividades, a divulgar o projeto, à pesquisar os usuários com hipertensão e/ou diabetes, assim, ficaram aliados nas atividades da unidade, se mostrando disponíveis para projetar outras ações na comunidade. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos 160 hipertensos sem cobertura que serão incorporados ao serviço para dar continuidade ao nosso trabalho.



Figura 19: Encontro com lideranças comunitárias.

Ampliamos a frequência das atividades educativas a uma atividades quinzenais com orientações em 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que participaram da intervenção. Todos receberam orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo e higiene bucal. O trabalho organizado propiciou que não apresentássemos faltosos as consultas.



Figura 20: Atividade educativa na micro área 01.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Ampliamos a frequência das atividades educativas a uma atividade semanal. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar o projeto de intervenção. Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas como a melhora na agenda de atendimento odontológico, ampliação dos turnos de atendimento ao hipertenso e diabético e priorização dos materiais logísticos.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/que melhorias pretende fazer na intervenção.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço e a gestão demonstrou que continuará apoiando a equipe. Devido ao sucesso que a qualificação da

intervenção teve, mantê-la com qualidade constitui-se uma obrigatoriedade a para nós, continuaremos com a busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos, faremos o monitoramento e a avaliação das ações, organizando o trabalho nas reuniões de equipe, e planejando as atividades educativas. Considero que devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos, em especial os de alto risco.

A equipe manterá o rastreamento e o cadastramento de hipertensos na comunidade para ampliar a cobertura dos mesmos e poder atingir 100% de cobertura, concomitante a isso, continuaremos trabalhando nos indicadores de qualidade, registro, adesão ao programa, avaliação de risco e promoção da saúde. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar no futuro o programa de pré natal no CS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Com o objetivo de melhorar o acesso ao atendimento médico e pela falta de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) em julho do ano 2013. Desta maneira chegamos ao Brasil eu e muitos médicos com a missão de ampliar e melhorar a saúde da população através do atendimento aos usuários do SUS. Uma das exigências do PMM é a realização de um curso de especialização em saúde da família oferecida pela UFPEL, o qual orientou uma análise da UBS que possibilitou a realização de um projeto de intervenção com foco na saúde de hipertensos e diabéticos.

A equipe 1.9 do Centro de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira realizou a qualificação da atenção hipertensão e/ou diabetes. Na área de abrangência da UBS há 511 hipertensos e 130 diabéticos. Com a intervenção foram cadastrados 351(68,7%) hipertensos e 130 (100%) diabéticos da área de abrangência em 12 semanas de árduo trabalho com início do mês de março de 2015.

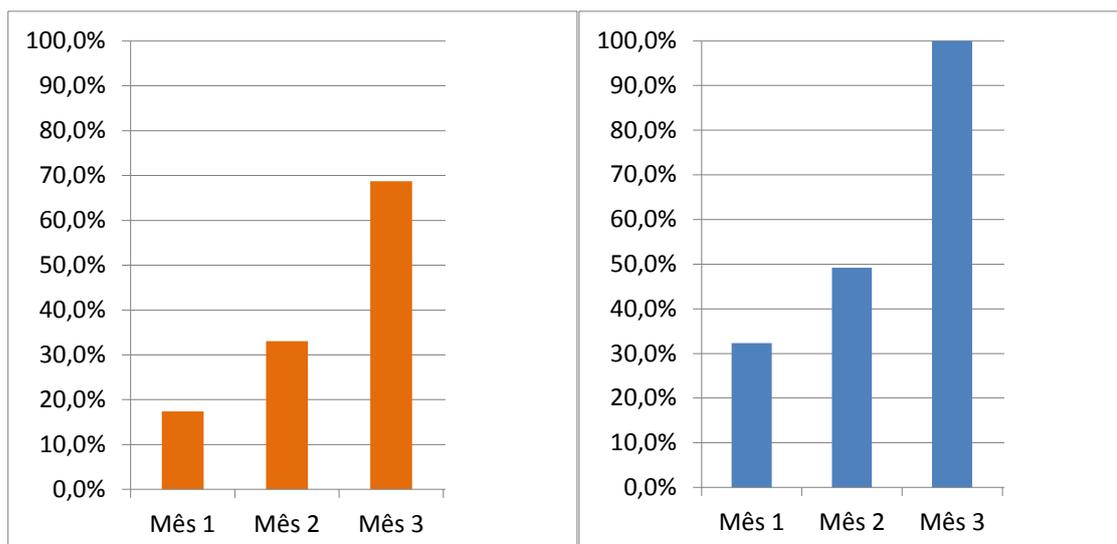


Figura 21: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde.

Antes da intervenção muitos usuários hipertensos e/ou diabéticos não compareciam ao serviço, não tinham um adequado acompanhamento, a estratificação de risco não era realizada com qualidade nos hipertensos e diabéticos, não havia monitoramento e nem organização das ações. A equipe decidiu realizar o trabalho com o programa de atenção aos hipertensos e/diabéticos para melhorar sobretudo os indicadores de qualidade, como a adesão da população as atividades do CS, o registro organizado e adequado das informações de saúde, avaliação de risco, e promoção em saúde da população. Todas as ações foram muito bem desenvolvidas e atingimos ótimos resultados.

Buscamos realizar um conjunto de ações voltadas para qualificar a atenção ofertada aos hipertensos e/ou diabéticos da comunidade. Dentre essas ações, buscou-se, garantir a todos os hipertensos e/ou diabéticos o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Outro aspecto qualitativo que foi melhorado com intervenção foi o número de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia alcançando 351(99,1%) em relação aos hipertensos e 129 (99,2%) quanto aos diabéticos, consideramos foi uma ação bem sucedida embora não obtivemos o 100%, a equipe continuará promovendo a saúde para atingirmos a meta desejada.

Garantimos a todos os usuários atendidos a prescrição da medicação na farmácia Popular/hiperdia segundo a necessidade. Foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico de 100% dos usuários cadastrados. Os 100% dos

usuários tanto hipertensos e diabéticos compareceram as consultas conforme os agendamentos. Felizmente não apresentamos usuários faltosos as consultas. Mensalmente todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ficaram com registro adequado, e tiveram preenchida a ficha espelho. Também dentro das nossas ações realizamos o monitoramento semanal do total de atendidos, verificando o correto preenchimento dos registros. Realizamos a avaliação de risco cardiovascular em 100% dos usuários atendidos, a equipe aprofundou no tema segundo o score de Framingham para implementá-la. Foram implementadas atividades educativas que fizeram parte da promoção junto com orientações individuais e palestras, nestas ações os usuários receberam folders informativos com conteúdo sobre oferecimento de remédios na Farmácia Popular, sobre a importância do comparecimento à consulta de acompanhamento e sobre a importância da realização da avaliação do exame bucal. Também nestas atividades 100% dos usuários cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal.

Contamos com o apoio do diretor do centro de saúde, que de fato foi imprescindível para conseguirmos parte do material logístico necessário. É válido dizer que as causas que possibilitaram realizarmos as ações com qualidade estão compreendidas pela constância dos agentes comunitários quanto as visitas realizadas por eles aos usuários dias antes da consulta para lembrar a data e hora do atendimento, graças as capacitações realizadas à equipe, que permitiu sobretudo reforçar elementos próprios do exame físico, assim como a cooperação e o comparecimento dos usuários as consultas, foram elementos que facilitaram alcançar os 100% em todos os meses. As medicações foram garantidas, graças à presença da farmácia da unidade, da medicação em quantidade disponível, e a prescrição regularizada dos remédios de maneira mensal. As ações de odontologia aconteceram pois houve uma superação dos profissionais da equipe e à articulação da equipe odontológica que apoiou com orientações sobre o exame bucal. Acreditamos que também o engajamento público mediante as atividades educativas foi essencial para conscientizar à população sobre a importância de não deixar de ocupar uma vaga agendada para o atendimento clínico.

A conquista dos resultados alcançados foi devido ao trabalho unido da equipe em parceria com o apoio dos gestores e da comunidade. Todas as ações previstas foram desenvolvidas e durante as semanas de intervenção tivemos algumas dificuldades que foram sendo superadas com o apoio da gestão e equipe da unidade como o atendimento odontológico dos nossos usuários cadastrados, em que a gestão de centro de saúde apoiou nossa intervenção organizando uma reunião entre a equipe e com presença das funcionárias da recepção, assim ficou organizada a agenda de atendimentos com duas vagas diárias e sete vagas toda quinta feira a tarde; outras das dificuldades foi a falta de material próprio para a impressão dos folders e fichas espelhos, a direção decidiu que a impressão fosse feita aos poucos pois somente permitiam mil impressões mensais, também as folhas brancas foram oferecidas por uma das agentes comunitárias.

A gestão municipal apoiou em todo momento o trabalho da equipe, representada principalmente pela coordenadora da macro área vinculada ao trabalho das equipes no centro de saúde, quem ofereceu dicas para o ótimo desenvolvimento do nosso trabalho, possibilitando realização das atividades educativas, do registro adequado das informações, também recebemos apoio dos gestores municipais nas reuniões loco regionais de Mais Médicos, organizadas com frequência mensal e onde ventilavam-se problemas relacionados ao desenvolvimento da intervenção.

A equipe depois de finalizada a intervenção decidiu incorporar a mesma a rotina do serviço, ficando assim garantida a melhoria da qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência. Precisamos porém do apoio da gestão municipal para continuar implementando ações com outros focos de intervenção, tanto no planejamento, desenvolvimento, orientando, supervisionando e capacitando, mantendo a integração entre a secretaria municipal e o centro de saúde, ações estas da gestão municipal que farão possível a continuidade e implementação desta e outras intervenções na rotina de trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade acompanhada pela UBS Olenka Macellaro Thome Vieira. No período de março a junho de 2015 foi realizada uma intervenção no serviço, cujo objetivo foi melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A área de abrangência da nossa equipe 1.9 atende um total de 3287 pessoas. Nesta comunidade há um total de 511 hipertensos e 130 diabéticos. Com a intervenção, foram cadastradas um total de 351 hipertensos e 130 diabéticos. A intervenção foi implementada em conjunto com a equipe de saúde integrada pela enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um médico clínico geral, além da equipe odontológica visando melhorar a qualificação da atenção a esses usuários cadastrados.

A equipe criou as condições necessárias para poder trabalhar com os usuários cadastrados e assim poder qualificar o trabalho. No período 12 semanas a equipe ficou envolvida na implementação da intervenção, nosso primeiro objetivo esteve dirigido ao cadastramento da maior quantidade possível dos hipertensos e diabéticos residentes na comunidade. Uma vez cadastrados os usuários receberam um atendimento de qualidade, pois implementamos uma série de ações dirigidas a melhorar a qualidade do serviço realizando o exame físico detalhado dos usuários atendidos, presença de exames complementares em dia, prescrição de remédios da farmácia popular, foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico de todos os usuários Hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na intervenção. Para que não houvesse usuários faltosos as

consultas, os agentes comunitários desempenharam um papel especial visitando antecipadamente a cada usuário para lembrar data e hora do atendimento. Realizamos a avaliação do risco cardiovascular de cada um dos usuários atendidos e oferecemos orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal durante as próprias consultas, visitas domiciliares e atividades educativas que foram realizadas na comunidade em casa de vizinhos.

A equipe continua trabalhando no cadastramento dos hipertensos e acompanhamento dos diabéticos, para que todos os usuários com essas doenças crônicas sejam contemplados com as ações do serviço. Durante a intervenção chamou a atenção que alguns dos usuários atendidos não tinham realizados exames complementares com a frequência requerida, neste aspecto gostaríamos dizer que muitos dos usuários não conheciam a importância da realização dos exames e também tinham vagos conhecimentos sobre a correta alimentação, a tomada de remédios na hora e com a frequência indicada pelos profissionais, sobre a importância da realização de atividade física e a negatividade que traz as nossas vidas os hábitos tóxicos. Por isso, investimos na conscientização de cada usuário que compareceu a consulta e nas visitas domiciliares.

Um resultado importante foi o fato de não termos tido usuários faltosos as consultas, e nesse sentido gostaríamos de agradecer a comunidade e também ressaltar a importância de manter esse compromisso, sendo significativamente importante. Esperamos que a comunidade possa comparecer as consultas médicas com a frequência estimada, assim o médico e a enfermeira podem ter um correto acompanhamento, identificar fatores de risco, indicar e avaliar exames complementares, oferecer tratamento, identificação precoce de complicações e orientações em geral, desta maneira garantimos a vocês nossos queridos usuários uma melhor qualidade de vida.

Durante a intervenção foi importante o apoio dos líderes da comunidade que ajudaram na providências os locais para a realização das atividades educativas e também no cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos. Também destacamos, ajuda recebida por nossos gestores, com o apoio deles foi possível a implementação das ações de atendimento clínico e odontológico, realização das atividades educativas na comunidade, a disponibilidade de materiais e a facilidade nos resultados obtidos. Foram aperfeiçoadas durante a intervenção ações que

eram realizadas anteriormente como o acolhimento, a triagem, as consultas clínicas incluindo o exame físico, o atendimento odontológico, entre outros.

A intervenção propiciou que a equipe ganhasse em confiança na resolutividade dos problemas resolvidos, que reforçássemos os laços entre a equipe e a gestão, e entre equipe e comunidade, que melhorássemos as ações na comunidade, que ficássemos melhor preparados como profissionais. Hoje a equipe se compromete com vocês em manter a qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos e anunciamos a implementação dentro de pouco tempo de outras intervenções com abordagem a outros grupos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ter vindo para o Brasil além de um sonho constitui um orgulho não somente do ponto de vista pessoal como também profissional. A vinda trouxe-me muitas vantagens em distintos aspectos da vida. Desenvolver-me num meio muito diferente, me adaptar à realidade de uma sociedade com idioma e costumes distintos mas com identidade cultural muito parecida à minha, tem produzido pontos de convergência e também de divergência, mas foram situações que em um curto período de tempo me fizeram evoluir para uma pessoa mais humana, mais sensível e mais forte.

Trabalhar na saúde pública do Brasil, na posição de médico, atendendo numa população carente, fez com que despertasse meu interesse pela origem das principais doenças e os grupos vulneráveis. Uma realidade que abrange a pluralidade de causas e efeitos que seriam impossíveis descrever sem esquecer, só quero lembrar de uma: atendimento de qualidade, valorizando a saúde do próximo como a minha própria; desde essa ótica direcionei o trabalho que focalizou a saúde integral da população hipertensa e diabética. Tendo em conta a alta prevalência e incidência destas doenças crônicas e a falta de conhecimentos de muitas pessoas sobre a doença foram parte das motivações para começar a marcha no nosso trabalho pela saúde do usuário hipertenso e diabético.

O curso de especialização possibilitou a troca de ideias com colegas de outras partes do mundo, pessoas que enxergam a realidade de diferentes perspectivas, mas que convergem num mesmo ponto: atenção integral e de qualidade, para o indivíduo e a sua família. Também apreendi muito de metodologia, de organização, do papel da gestão que formam parte da nossa prática profissional.

Particularmente, sinto-me feliz, ao expressar minhas considerações numa troca de ideias, num processo de trabalho e pesquisa, na constante atualização dos conhecimentos médicos, o intercâmbio com médicos daqui e de lá que foram maravilhosos. Experiência que sempre terei como inesquecíveis, já que me tornou uma pessoa melhor do que sou e do que fui.

A experiência com a intervenção foi maravilhosa, ver que as pessoas realmente mudam o pensar se preocupando mais com sua saúde, gozando de um serviço muito mais preparado, mais integral, cheio de novidades nunca antes vivenciadas por eles como foram as atividades educativas que foram de excelente aceitação.

Acho que ainda poderíamos aprender mais, pesquisar mais, humanizar mais nosso trabalho, para além das estatísticas e do momento da consulta. Aproveitar cada espaço da atenção médica para continuar valorizando o indivíduo como um ser biopsicossocial.

Considero que dentre os aprendizados mais decorrentes do curso estão:

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde com seus seis princípios básica de cidadania, constituem uma fortaleza de cada cidadão pois asseguram o direito básico ao ingresso digno ao sistema de saúde.

Ações programáticas com especificidades para cada grupo de atuação na APS, permite o estudo comparativo entre o feito e que falta por fazer, permitindo traçar ações para a melhora de cada indicador.

Acolhimento e atenção a demanda espontânea mediante elas humanizamos a atenção, criamos vínculos, detectamos as necessidades dos usuários.

Casos interativos e estudos da prática clínica permitiram o reforço dos conhecimentos, atualizações quanto as doenças estudadas incluindo protocolos de atendimento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. b

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Informações sobre os municípios brasileiros. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> > Acesso em: 08 jun. 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, 2006, Fev: 1–48.

WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2014. **Chronic Disease – epidemiology**. I. World Health Organization. 2014.

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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Judex para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está falhando às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizado busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de precauções	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em caso	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																		
2																		
3																		
4	1																	
5	2																	
6	3																	
7	4																	
8	5																	
9	6																	
10	7																	
11	8																	
12	9																	
13	10																	
14	11																	
15	12																	
16	13																	
17	14																	
18	15																	
19	16																	
20	17																	
21	18																	
22	19																	
23	20																	
24	21																	
25	22																	
26	23																	
27	24																	
28	25																	
29	26																	
30	27																	
31	28																	

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