

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz, Rio Branco/AC

Anilse Rodríguez Cruzata

Pelotas, 2015

Anilse Rodríguez Cruzata

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz, Rio Branco/AC

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

Orientador: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C957m Cruzata, Anilse Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz, Rio Branco/AC / Anilse Rodriguez Cruzata; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

108 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. Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à comunidade.

Agradecimentos

A Deus, por iluminar meu caminho, meus pensamentos e atuações durante esta jornada.

Aos colegas da equipe sem os quais nada teria sido possível.

A minha esposa pelo carinho e apoio durante esta caminhada juntos.

A UFPEL pela excelência de ensino.

A minha orientadora pela paciência e apoio constante durante todo este tempo.

Aos professores do apoio, em especial Cristina Ribeiro pelas orientações e apoio prestado.

Resumo

RODRÍGUEZ CRUZATA, Anilse. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz, Rio Branco/AC.** 2015. 107f. 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.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS, da DM e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica, pelo vínculo com a comunidade e a população adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção. Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Diante disso, esse trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz, Rio Branco/Acre. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, no período de 16 de março a 04 de junho de 2015. Os objetivos específicos foram: ampliar cobertura, melhorar a adesão, a qualidade do atendimento, a qualidade dos registros, mapear hipertensos e diabéticos de risco e promoção de saúde. Toda a equipe ficou envolvida nas ações desenvolvidas nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o monitoramento da intervenção foi utilizado a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Dos 419 hipertensos e 103 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS, foram acompanhados no período da intervenção 253 (60.4%) hipertensos e 69 (67%) diabéticos, sendo atingida a meta de cobertura em ambos casos. Todos cadastrados tiveram exame clínico realizado, estratificação de risco cardiovascular e exames complementares em dia de acordo com protocolo, com registro adequado na ficha de acompanhamento, prescrição dos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos de tabagismo e higiene bucal. A intervenção foi de muita importância para o serviço, contribuiu para uma equipe mais unida, mais engajada, um serviço mais organizado e de melhor qualidade, os atendimentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos passaram a ser atividade prioritária para a equipe e a comunidade envolvida ficou muito grata pelas mudanças, além de conquistas importantes, tais como: acesso facilitado, agendamento prioritário, garantia de consultas de retorno. Com todas estas ações podemos promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos e conseqüentemente diminuir o risco de complicações e mortalidade.

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

Lista de Figuras

Tabela 1	Descrição da população da área adstrita, por idade e sexo, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	14
Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	73
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	74
Figura 3	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	77
Figura 4	Apresentação do projeto de intervenção, distribuição de fichas espelho e capacitação da equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	99
Figura 5	Capacitação da equipe de saúde, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	100
Figura 6	Reunião da equipe com as lideranças da comunidade e membros da secretaria de saúde do Acre (SEMSA), na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	101
Figura 7	Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	102
Figura 8	Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	103
Figura 9	Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	104
Figura 10	Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.	105

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AC	Acre
APS	Atenção Primária a Saúde
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CEAFAN	Centro Especializado em Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DPEM-AC	Departamento de Pesos e Medidas do Acre
DST	Doenças Sexualmente Transmitidas
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo de Câncer do Colo Uterino
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde Acre
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAP	Unidade de Referência da Atenção Primária
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística	58
2.3.4 Cronograma.....	62
3 Relatório da Intervenção.....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção.....	73
4.1 Resultados.....	73
4.2 Discussão	83
5 Relatório da intervenção para gestores	87
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	90
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	93
Referências	95
Anexos	96

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da UFPEL foi realizado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz, Rio Branco/Acre.

O trabalho está constituído por sete partes iniciando-se pela análise situacional, com a apresentação do município, a descrição da unidade e uma análise de sua situação em relação à atenção à saúde da UBS em que se desenvolveu a intervenção.

Na segunda parte, a descrição da análise estratégica com a apresentação da justificativa, os objetivos, metas, metodologia, detalhamento das ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira parte o relatório da intervenção sobre as ações previstas no projeto que foram ou não realizadas, as dificuldades encontradas para realizá-las, aspectos relativos à coleta e a sistematização dos dados, além de uma avaliação da viabilidade de incorporação das ações à rotina do serviço.

A quarta parte é avaliação da intervenção, mostrando os resultados e a discussão dos mesmos. Na sequência o relatório da intervenção para os gestores, a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Para finalizar as referências e anexos.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou Anilse Rodríguez Cruzata, médico cubano, cheguei em fevereiro de 2014 no Brasil, trabalho na Unidade Básica de Saúde Maria Sofia de Souza, que está localizada no município Rio Branco, estado Acre, a uma distância de 25 km da cidade, o que antigamente era considerado área rural. A unidade tem boa estrutura, sala de recepção e espera, sala de procedimentos da técnica de enfermagem, sala de vacinas e nebulização, dois consultórios médicos e consultórios de enfermagem, sala de epidemiologia, farmácia que tem os medicamentos básicos, a unidade também tem dois banheiros, cozinha, área de serviços e um depósito de materiais de limpeza.

Temos duas comunidades na área adstrita, uma é Albert Sampaio e a outra comunidade é Liberdade com uma população de 2752 pessoas, em 688 famílias, 116 hipertensão arterial, 43 diabetes mellitus e outras doenças crônicas, além disso, tem muitos usuários ex-hansenianos com muitas deficiências os quais atendo sem preconceito, como outras pessoas os tratam.

A equipe está formada por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e o médico, ademais trabalha o técnico de epidemiologia e também trabalha a senhora de limpeza e os integrantes da outra equipe. O trabalho é oito horas diárias, de segunda a quinta-feira e oito horas semanais para a especialização. O horário de trabalho é de 07 da manhã até 12 do meio dia e das 14 às 17 horas da tarde. As consultas na unidade tem dias destinados para atenção pré-natal, para saúde das crianças, doenças crônicas, além da demanda espontânea que inclui as urgências e fazemos visitas domiciliares duas tardes por semana, as quais são agendadas por os agentes comunitários priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, realizamos palestras educativas a

grupos específicos, como idosos, usuários com doenças crônicas, grávidas, lactantes, adolescentes os últimos muito importante falamos sobre a prevenção de doenças sexuais transmissíveis, gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais, assim é realizado um bom trabalho em equipe para realizar o diagnóstico situacional de saúde com a participação comunitária e do planejamento em equipe.

Pretendemos desenvolver ações como busca ativa de doenças transmissíveis e não transmissíveis, com enfoque no controle das condições crônicas e prevenção das complicações. Além disso, prevenção de câncer, especialmente de colo uterino, mama e próstata. Minha equipe tem potencial para trabalhar com qualidade na medicina familiar e vamos continuar planejando para que assim tudo dê certo. É um processo que ainda esta começando, precisa de tempo, permanência e de superação constante de todos os integrantes, é isso o que queremos alcançar no dia a dia no trabalho com o mesmo objetivo de elevar as ações de promoção e prevenção de saúde a nossa comunidade, e assim mudar os indicadores negativos de nossa comunidade e assim de nosso município para demonstrar que o trabalho em equipe da medicina familiar preventiva é melhor que a medicina curativa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Rio Branco, capital do estado Acre, região norte do Brasil, é cortado pelo rio Acre que divide a cidade em duas partes denominadas primeiro e segundo Distritos, sendo atravessado por seis passarelas. O município tem um total de 363.928 habitantes, em uma extensão territorial de 9 222,58 km², o clima equatorial é muito quente e úmido, as principais atividades econômicas são a extração vegetal de castanha e borracha, além da pesca e agricultura. A renda da população nas últimas duas décadas cresceu 70,36%, diminuindo a pobreza e a desigualdade social.

O sistema de saúde do município é o responsável pela atenção básica, que é a porta de entrada para os outros níveis de atendimento na atenção em saúde. Rio Branco possui 59 Unidades Básicas de Saúde (UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas rurais e 57 urbanas e, destas somente 22 contam com serviço de odontologia, sete centros de saúde onde são realizados os cuidados primários á população, exames laboratoriais, vigilância epidemiológica, cinco

Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP), três Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que funcionam com serviços de exames, raio-x e consulta médica, além de leitos de observação e um pronto socorro que trabalha 24 horas diárias para garantir os atendimentos das urgências e emergências.

Há disponibilidade de dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) para promover mudanças de atitude por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares no âmbito da promoção, prevenção, reabilitação e vigilância em saúde, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que oferece instalação e manutenção de aparelho ortodôntico fixo e removível, implantes dentários osteointegrados, prótese dentária, endodontia além de atendimento para usuários com necessidades especiais, ademais tem um consultório na rua, uma unidade de acolhimento, um centro especializado em assistência farmacêutica (CEAFAN), um laboratório de prótese dentaria, três Centros de apoio e diagnóstico (CAD) para diagnóstico por imagem e outro de odontologia, com boa disponibilidade de exames, tem serviços hospitalar de média e alta complexidade com nove hospitais, deles cinco gerais e quatro especializados (hospital da criança, mulher, idoso, do câncer), completando a rede hospitalar, dispõe de hospital para portadores de hanseníase.

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho (faço parte do programa Mais Médicos e sou médico cubano) denomina-se Maria Sofia de Souza Cruz, qual fica a 25 Km da cidade, antigamente era considerada área rural, agora é urbana. A unidade é de ESF e tem boa estrutura, com sala de recepção e espera, sala de procedimentos da técnica de enfermagem, sala de vacinas e nebulização, dois consultórios médicos e dois consultórios de enfermagem, sala de epidemiologia, farmácia com os medicamentos básicos, dois banheiros (um para funcionários e outro para usuários), cozinha, área de serviço e um depósito de materiais de limpeza, tem almoxarifado, tem depósito para o lixo comum, mas não para o lixo contaminado. As salas são muito pequenas, o consultório médico tem dois metros quadrados e todos os locais são muito pequenos para duas equipes. A UBS possui uma boa estrutura para os usuários com deficiências físicas, com ausência de barreiras arquitetônicas.

Além disso, trabalho uma vez por semana em outra comunidade que não tem médico, onde as condições são muito piores, tem um local que não tem ventilação, não tem ventilador, nem ar condicionado, há pouca iluminação, não tem mesa para fazer a consulta, nem maca para examinar os usuários. Nessa tem

muitos usuários deficientes físicos por hanseníase e esse local tem degraus e não tem rampas ou corrimãos, não tem banheiro, não tem cadeira de rodas disponível para os usuários. O presidente da comunidade está fazendo o possível para melhorar as condições em conjunto com a prefeitura, pero todo é muito devagar. Enquanto são resolvidas estas dificuldades, sigo trabalhando da melhor forma possível para que essa comunidade fique agradecida com meu trabalho.

A equipe atende duas comunidades, Albert Sampaio e Liberdade, com uma população de 2752 pessoas, em 688 famílias, 115 hipertensos, 43 diabéticos, além disso, tem muitos usuários ex-hansenianos com muitas deficiências, os quais são atendidos sem discriminação. A equipe está formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), e o médico da estratégia da família, ademais trabalha o técnico de epidemiologia e também trabalha a servente de limpeza e os integrantes da outra equipe. O trabalho é de oito horas diárias de segunda a quinta, para 32 horas semanais e 8 horas para a especialização, totalizando as 40 horas semanais. O horário de trabalho da UBS é das 7 às 12h da manhã e das 14 às 17h da tarde.

As consultas na unidade possuem dias destinados para atenção ao pré-natal, para saúde das crianças, doenças crônicas, além da demanda espontânea que inclui as urgências, fazemos visitas domiciliares duas tardes por semana, as quais são agendadas por os agentes comunitários priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, realizamos palestras educativas a grupos específicos, como idosos, usuários com doenças crônicas, grávidas, lactantes, adolescentes os últimos muito importante falamos sobre a prevenção de doenças sexuais transmitidas, gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais, assim e um bom trabalho em equipe para realizar a análise situacional de saúde com a participação comunitária e do planejamento em equipe. Pretendemos desenvolver ações como busca ativa de doenças transmissíveis e não transmissíveis, com enfoque no controle das condições crônicas e prevenção das complicações. Além disso, prevenção de câncer, especialmente de colo uterino, mama e próstata.

Há disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumentos de uso geral em condições satisfatórias e existe sistema um satisfatório de revisão e calibragem dos esfigmomanômetros e das balanças uma vez ao ano e se preciso em prazo menor. Na equipe não há dentista, o consultório odontológico, pertence à outra equipe e os usuários da área estão carentes de esse atendimento. Para a

comunicação da unidade temos telefone e conexão internet, mas somente contamos com um computador que fica na recepção e é utilizado por todos os profissionais da equipe para acessar a literatura, para fazer o agendamento, marcação e registro de atendimentos, análise de dados de pesquisas, cadastramento de usuários e famílias, digitação de documentos, monitoramento e avaliação das ações, registro de ações programáticas, recepção de ações programáticas e para discussão de casos com os colegas e outros profissionais.

Na UBS os materiais de consumo, insumos e medicamentos são suficientes, não temos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, as vacinas são disponibilizadas em quantidade suficiente, entre elas, febre amarela, influenza, meningococo, pneumo 10, tetravalente, tríplice viral e bacteriana, vacinas orais de rotavirus e pólio, não dispomos de BCG, a qual é ministrada na maternidade ao nascer. Os usuários têm acesso aos exames complementares de rotina e às sorologias, o tempo de espera pelos resultados é variável. Também são encaminhados para atendimento especializado a todas as especialidades como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional, estas três últimas os usuários vão diretamente para o Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC). As equipes removem os usuários, em situação de urgência e emergência, através do SAMU, tendo acesso satisfatório a atendimento em pronto de socorro e em serviços de pronto atendimento no próprio município, temos dificuldade em garantir a internação hospitalar para alguns usuários, isto é um tema que devemos discutir em reuniões do município.

Quanto às atribuições dos profissionais da equipe na UBS, a unidade tem mapeamento atualizado da área de atuação, com micro áreas bem identificadas, assim como grupos de risco, sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais. Neste trabalho participam todos os membros da equipe e fazemos o cuidado de saúde em escolas, domicílios e associação comunitária. Também existe busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e programas existentes, além da notificação compulsória das doenças. Na UBS não eram realizadas pequenas cirurgias, só pequenos procedimentos e agora já conseguimos fazer um estoque de suturas para pelo menos fazer os casos de feridas. Também fazemos atendimentos de emergências, as quais não são frequentes porque temos perto a UPA do distrito.

As principais atividades da nossa equipe são a educação em saúde com os diferentes grupos, para diabéticos, hipertensos, idosos e outros. Fazendo uma reflexão comparativa com a Portaria n^o 2488 de outubro de 2011, a equipe tem bom funcionamento e participação dos profissionais, embora que ainda precisa de melhoramento em algumas necessidades para ter maior qualidade no serviço.

Sexo	Faixa Etária (anos)										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
Masculino	17	43	82	118	162	187	365	151	74	80	1279
Feminino	08	59	96	77	135	222	408	246	130	92	1473
Total	25	102	178	195	297	409	773	397	204	172	2752

Tabela 1: Descrição da população da área adstrita, por idade e sexo, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.

A UBS atende a toda a demanda espontânea do usuário não agendada e não especificada de nenhum setor como vacinas, farmácia, nebulização. O acolhimento é aquela escuta da equipe que acontece como primeiro contato com os usuários. É realizado na recepção porque não temos sala específica para acolhimento, já que a unidade é pequena, os profissionais que participam são a técnica de enfermagem, enfermeira e os agentes comunitários misturados das duas equipes, que fazem um cronograma para toda a semana, este acolhimento é feito nos dois turnos de trabalho, a escuta inicial das necessidades dos usuários dura mais de cinco minutos e menos de dez minutos, a equipe conhece e avalia o risco e vulnerabilidade do usuário, os quais solicitam consultas para a enfermeira e para o médico quando estão com problemas agudos e também para atendimento imediato, o qual é oferecido em menos de 30 minutos sem contar o tempo de acolhimento. Existe excesso de demanda para o médico, o que não ocorre para as consultas de enfermagem.

Em razão de não termos dentista, os casos de urgência são encaminhados para o dentista da outra equipe, o qual também atende algum encaminhamento do

médico, desde que não se trate de serviços de prótese dentária ou outro atendimento odontológico especializado, os quais não são oferecidos na UBS.

O acolhimento realizado na UBS conta com a participação das duas equipes e tem as características de coletivo porque inicialmente ficamos reunidos na recepção com todos os usuários e explicamos como vai ser o atendimento, nesta ocasião também fazemos as ações coletivas de promoção e prevenção para o cuidado individual e familiar, as quais são desenvolvidas diariamente para contribuir ao fortalecimento da atenção básica e o impacto positivo na saúde das pessoas e coletivos, e assim possibilitar todo usuário se sinta cuidado diante suas demandas e necessidades de todos e cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada.

Em relação à saúde da criança, temos 25 menores de um ano área de abrangência, de uma estimativa de 55, alcançando 45% de cobertura de acordo com Caderno de Ações Programáticas. O atendimento para estas crianças é realizado pela enfermeira e o médico, todos os dias da semana em todos os horários, também são atendidas as crianças que precisam atendimento por problemas de saúde agudos. Não temos outros especialistas na unidade, isto é uma deficiência que existe, no futuro poderia haver ampliação dos profissionais e inclusão de ginecologista, pediatra, nutricionista e outros. A primeira consulta do recém-nascido é feita na sua primeira semana de vida, e constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família, fazer a verificação da Caderneta de Saúde da Criança, a identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e também avaliação da saúde da puérpera, esta primeira consulta pode ser feita durante a visita domiciliar que é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para os ACS, mas também é responsabilidade do resto da equipe.

Na realização das consultas são usados os protocolos disponibilizados pelo ministério de saúde, são preenchidos os cadernos das crianças e as devidas fichas mediante uma anamnese detalhada, é feito o exame físico geral, encaminhamento para a técnica de enfermagem para revisar o esquema de vacinas e dar as orientações precisas, finalmente fazemos promoção de saúde sobre aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal,

acidentes, entre outras, sempre ao concluir é agendada a próxima consulta. Na UBS existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos de puericultura com a finalidade de verificar as crianças faltosas, de risco, déficit de peso s, este arquivo é revisado pela enfermeira, o médico de família, também existe o Programa Bolsa Família do Governo Federal, sendo os responsáveis pelo cadastramento: a técnica de enfermagem, os ACS e a enfermeira.

Em relação à atenção ao pré-natal e puerpério, há um bom acompanhamento pré-natal seguindo os protocolos do MS e com o desenvolvimento das atividades educativas e preventivas para garantir um parto sem complicações maternas e um recém-nascido saudável. A unidade tem um total de 18 grávidas sendo atendidas, das quais 13 são da nossa área (as outras cinco são da outra área), as quais representam 31% de cobertura segundo a estimativa que é de 42 grávidas, fazemos o atendimento pré-natal duas vezes por semana em todos os horários, às vezes não temos agendamento e atendemos a demanda espontânea, se as gestantes precisam atendimento por problemas de saúde agudos, são atendidas no dia que chegam, os atendimentos são realizados pela enfermagem e pelo médico da família.

Na realização das consultas de pré-natal são usados os protocolos disponibilizados pelo estado do Acre, no ano 2013, são preenchidos os cadernos de gestantes e as devidas fichas mediante uma anamnese detalhada, é feito o exame físico geral, ginecológico, indicações de exames laboratoriais, encaminhamento ao dentista da outra equipe, encaminhamento para a técnica de enfermagem para revisar o esquema de vacinas e dar as orientações precisas, finalmente fazemos promoção de saúde sobre aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, saúde bucal, controle de câncer do colo de útero e mama, planejamento familiar, ao concluir é agendada a próxima consulta. Na UBS existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos pré-natais com a finalidade de verificar as gestantes faltosas, identificar gestantes em data provável de parto, este arquivo é revisado pela enfermeira, o médico de família e a técnica de enfermagem, também existe o Programa SISPRENATAL do Ministério da saúde e não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Pré-natal.

A equipe atendeu nos últimos 12 meses 27 puérperas, que representa 49% da cobertura, foram consultadas antes dos 42 dias, com consulta puerperal

registrada, exame de mama, abdômen, ginecológico, não foi avaliado seu estado psíquico por especialista pertinente, já que não temos na UBS, todas receberam orientações sobre aleitamento materno, cuidados básicos do recém-nascido e planejamento familiar, em sua maioria tomaram Norestin, o anticoncepcional para as mulheres que estão aleitando.

A organização da linha de cuidado do câncer do colo uterino envolve intervenções na promoção de saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica. Na unidade são desenvolvidas atividades de promoção e prevenção realizadas com o grupo de mulheres no âmbito da UBS e outras vezes na associação do bairro, onde é explicado que as mulheres com idade entre 25 e 64 anos devem realizar exame preventivo ginecológico, sendo estabelecido que, após dois exames normais seguidos, deverá realizar um exame a cada três anos. Para os exames alterados, deve-se seguir as orientações médicas.

As mulheres com 40 anos ou mais devem realizar o exame clínico das mamas anualmente. Àquelas que estiverem entre 50 e 69 anos devem realizar ainda a mamografia a cada dois anos. Esses exames devem ser feitos mesmo que mulher não perceba nenhum sintoma. Se uma pessoa da família (principalmente a mãe, irmã ou filha) teve esta doença antes dos 50 anos de idade, a mulher tem mais chances de desenvolver um câncer de mama. Quem já teve câncer em uma das mamas ou câncer de ovário, em qualquer idade, deve ficar mais atenta. Nestes casos, a partir dos 35 anos, o exame clínico das mamas e a mamografia devem ser feitos uma vez por ano.

Também são orientadas sobre outros fatores de risco como são o consumo de álcool, tabagismo, que estão presentes em muitos tipos de câncer, além de serem orientadas para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Na UBS o PCCU (Preventivo de câncer do colo uterino) é feito pela enfermeira os cinco dias da semana, nos dois turnos, tem um 30% de mulheres atendidas que residem fora da área. É utilizado o protocolo da secretaria municipal de saúde do ano 2012. Durante o contato seja do médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e mais frequentemente os ACS são verificadas a necessidade de realizar o PCCU ou Mamografia, ambos rastreamentos oportunístico e organizado são utilizados, embora não podemos falar nos últimos três anos sobre o total de mulheres com

exame citopatológico alterado e seu seguimento, por instabilidade no pessoal da equipe e falta de arquivos específicos, eu mesmo só tenho quatro meses de trabalho na UBS, já consegui junto com o trabalho da equipe modificar alguns indicadores e acho que também vamos a melhorar a atenção para os cânceres do colo uterino e mama. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de prevenção do câncer de colo uterino.

Na área de abrangência da equipe temos de 523 mulheres entre 25 e 64 anos, alcançando 90% (470) de cobertura da prevenção do câncer de colo de útero, todas com orientações sobre prevenção do câncer do colo uterino e DST, só 77 com exames coletados com amostra satisfatória e avaliação de risco para câncer, além disso, de um total de 126 mulheres entre 50 e 69 anos acompanhamos 92%, todas com orientação de prevenção de câncer de mama, 31% com mamografia em dia e avaliação de risco para o câncer de mama. Ainda falta muito trabalho por fazer, mas estamos envolvendo mais a população e setores para obter melhores resultados. Sempre temos que lembrar que a Atenção Primária de Saúde tem um papel fundamental e nos somos os responsáveis de fazer o melhor cada dia.

Na área de nossa equipe temos, atualmente, 419 hipertensos e acompanhamos 115, o que representa 27% de cobertura. O número estimado de diabéticos é de 103, são acompanhados 43 alcançando 42% de cobertura. Fazemos o atendimento todos os dias da semana, em todos os horários, além disso, atendemos a demanda espontânea por problemas de saúde agudos, os atendimentos são feitos pela enfermeira e o médico da família, na unidade não temos outros especialistas. Na realização das consultas são usados os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no ano 2013, estes atendimentos são registrados no prontuário clínico, é realizada anamnese detalhada, exame físico completo no paciente diabético, com ênfase no exame físico dos pés buscando ulcerações, testando a sensibilidade, os pulsos tibial posterior e pedioso, indicações de exames complementares para seguimento, ao final de cada consulta é programada a data do retorno.

Fazemos ações de promoção de saúde sobre a importância de prevenir os fatores de risco e tomar o tratamento uso continuo já que tanto a hipertensão como a diabetes são doenças crônicas que precisam tomar a medicação para ficar controlados, coisa que muitos usuários ainda não compreendem, eles acham que algum dia vão se curar, além de orientações sobre hábitos alimentares saudáveis,

prática de atividade física, saúde bucal. Na UBS não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos de DM e HAS. Existe o Programa HIPERDIA, onde a enfermeira é a responsável pelo cadastramento e envio da informação para a secretaria municipal de saúde. Na UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas a usuários Hipertensos e Diabéticos. O atendimento em odontologia é dificultado pela falta de profissional na equipe, portanto os indicadores de qualidade são baixos, somente 26% de HAS e 21% de DM tem avaliação de saúde bucal em dia.

Para a pessoa idosa, os profissionais de saúde tem conhecimento sobre as especificidades dessa população e a legislação brasileira vigente. Para isso, temos preparação para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa; reconhecemos a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências; facilitamos o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção; melhoramos a qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

Na área da UBS temos 175 idosos, deles 172 idosos acompanhados que representam 98% da cobertura, deles 87 são hipertensos, que representam 51% e 31 diabéticos que representam 18%, 69% dos idosos tem caderneta de saúde da pessoa idosa, a qual é solicitada nos atendimentos para preencher os aspectos relevantes da consulta e os medicamentos usados, fazemos o atendimento todos os dias da semana, em todos os horários, além disso, atendemos a demanda espontânea por problemas de saúde agudos, os atendimentos são feitos pela enfermeira e o médico da família.

Na realização das consultas são usados os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, estes atendimentos são registrados no prontuário clínico, é realizado interrogatório, exame físico, imunizações, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação multidimensional rápida, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde mental, indicações de exames complementares, ao final de cada consulta é programada a data do retorno, fazemos promoção de saúde sobre fatores de risco de doenças crônicas, como são obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, além de orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física regular, promoção de saúde mental e promoção de saúde bucal. Na UBS não existe um arquivo específico para

os registros dos atendimentos dos idosos. Não existem programas implantados para os idosos. Temos protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como são encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, pronto de socorro e pronto atendimento. Na UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos. Em relação a cobertura de odontologia só 13% dos idosos tem avaliação de saúde bucal em dia devido a falta de profissional já descrita.

A equipe tem potencial para trabalhar com qualidade na medicina familiar e vamos a continuar planejando para que assim todo de certo, somente que é um processo que ainda esta começando, precisa de tempo, permanência e de superação constante de todos os integrantes, é isso o que queremos alcançar no dia a dia no trabalho com o mesmo objetivo de elevar as ações de promoção e prevenção de saúde a nossa comunidade, e assim mudar os indicadores negativos de nossa comunidade e assim de nosso município para demonstrar que o trabalho em equipe da medicina familiar preventiva é melhor que a medicina curativa, além de melhorar o relacionamento com a comunidade a fim de tornar-se mais participativa nas ações de saúde desenvolvidas para beneficio dos mesmos.

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

A postagem que fiz sobre a situação inicial da minha UBS foi muito difícil porque não tinha ideia de que ia falar, não estava certo do funcionamento da UBS e do Sistema de Saúde Brasileiro, que além de ser parecido a outros países, tem muitas diferenças que só são compreendidas depois do conhecimento e trabalho no dia a dia. Para este entendimento, esta especialização está sendo muito útil, a qual estou cumprindo com todo meu empenho.

Depois da análise dos indicadores do caderno de ações programáticas para os distintos grupos específicos já tenho um amplo conhecimento da UBS, além da facilidade para priorizar os principais problemas, propiciando melhoria do trabalho e dos indicadores de saúde, com a realização de ações específicas baseadas nestes

dados. Agora posso falar com mais preparação sobre minha unidade e sei que ainda é só o principio.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. BRASIL, 2013, p 19.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Ainda, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. BRASIL, 2013, p 19-22. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Outra doença crônica de alta relevância na atenção primária de saúde (APS) é a Diabetes Mellitus (DM), transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

A DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado “Condição Sensível à Atenção Primária”, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema no nível da atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. É estimado que o Brasil passe da oitava posição de doenças, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a sexta posição, 11,3%, em 2030. (CAB, Diabetes Mellitus, Brasília, 2013, p 19).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS, a DM e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a população adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial e glicose poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus (CAB, Diabetes Mellitus, Brasília, 2013, p 19-20).

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho denomina-se Maria Sofia de Souza Cruz, fica muito longe da cidade de Rio Branco, em torno de 25 Km. A equipe está formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), e o médico da estratégia da família, ademais trabalha o técnico de epidemiologia e também trabalha a servente de limpeza e os integrantes da outra equipe. Na equipe não há dentista, os usuários da área estão carentes de esse atendimento. A equipe atende duas comunidades, Albert Sampaio e Liberdade, com uma população de 2752 pessoas, em 688 famílias, temos um estimativo de 419 hipertensos e acompanhamos 115, o que representa um 27% de cobertura e o número estimado de diabéticos é de 103, são acompanhados 43, alcançando 42% de cobertura. As coberturas de atenção para as duas doenças

estão muito baixas, tornando importante a ampliação da atenção, para isso implementaremos a intervenção neste foco.

Considerando as facilidades e dificuldades que temos na unidade para alcançar os objetivos e metas propostos com a realização de ações de saúde encaminhadas a desenvolver uma melhor atenção do foco de intervenção. Uma das facilidades é que temos uma boa equipe que está empenhada em realizar a intervenção. Uma deficiência é a falta de cirurgião dentista, razão pela qual as ações de saúde bucal não poderão ser desenvolvidas totalmente, apenas as ações de educação e promoção de saúde bucal. Na unidade temos mecanismos para o cadastro dos hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares feitas, além do acompanhamento mensal dos agentes comunitários de saúde, no entanto ainda não temos o cadastramento de toda área, porém existe pouca adesão destes usuários ao tratamento. Outra facilidade é a pesquisa mantida destas doenças, já que na UBS é aferida a pressão arterial de todos os maiores de 18 anos e realizada glicemia capilar aos maiores de 50 anos e usuários que refiram antecedentes patológicos familiares ou apresentem fatores de risco como obesidade, sedentarismo ou hábitos alimentares não saudáveis.

Os aspectos em que a intervenção pode melhorar à saúde da população alvo são fundamentalmente a melhoria da qualidade de vida do usuário e família, evitando complicações destas doenças, propiciando assim o aumento da expectativa de vida e contribuindo para a efetividade da atenção básica no município.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Sofia de Souza Cruz Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos

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

6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

2.2.3 Metas

Em relação ao objetivo específico 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação ao objetivo específico 2- Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Em relação ao objetivo específico 3- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

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

Em relação ao objetivo específico 4- Melhorar o registro das informações:

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

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

Em relação ao objetivo específico 5- Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Em relação ao objetivo específico 6- Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria Sofia de Souza Cruz, no Município de Rio Branco, estado do Acre. Participarão da intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência.

Para cada objetivo específico haverá uma (ou mais) meta(s). Cada meta terá indicador específico que auxiliará no monitoramento da intervenção. Para alcançar os objetivos e metas, ações serão tomadas e estabelecidas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará este monitoramento semanalmente, através da planilha de coleta de dados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro dos hipertensos se dará por meio da ação conjunta dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e do resto da equipe nas visitas domiciliares e no âmbito da UBS respectivamente.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: O acolhimento para os usuários portadores com Hipertensão Arterial será feito na UBS por toda equipe de saúde e pelos agentes comunitários na sala de recepção que tem espaço suficiente, cadeiras, boa iluminação e ventilação.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de fazer o pedido ao gestor sempre que precisar, além de solicitar revisão anual dos mesmos pelo Departamento de Pesos e Medidas do Acre (DPEM-AC).

Eixo: Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A ação de informar sobre o programa de Hiperdia será realizada por toda a equipe na UBS colocando folders na recepção e diante as palestras, na associação do bairro nas atividades realizadas com os grupos e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A equipe fará palestras na recepção explicando a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, além disso, os ACS informarão nas visitas domiciliares de usuários com fatores de risco.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A equipe fará palestras na recepção e os ACS nas visitas domiciliares orientando sobre a importância do rastreamento para diabetes em usuários adultos com fatores de risco e com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A orientação sobre fatores de riscos de hipertensão e diabetes será garantida por toda a equipe na UBS realizando palestras, colocando folders na recepção; na associação do bairro nas atividades realizadas com os grupos e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará a capacitação com as fichas espelho, ou seja, fará impressões para cada membro da equipe para explicar cada item corretamente e esclarecer as dúvidas que existam.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico fará a capacitação usando o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde 2013.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará este monitoramento semanalmente, através da planilha de coleta de dados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro dos diabéticos se dará por meio da ação conjunta dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e do resto da equipe nas visitas domiciliares e no âmbito da UBS respectivamente.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: O acolhimento para os usuários portadores de Diabetes Mellitus será feito na UBS por toda equipe de saúde e pelos agentes comunitários na sala de recepção que tem espaço suficiente, cadeiras, boa iluminação e ventilação.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de fazer o pedido das fitas reativas mensalmente para a realização do exame nos usuários diabéticos e naqueles com fatores de risco.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A ação de informar sobre o programa de Hiperdia será realizada por toda a equipe na UBS colocando folders na recepção e diante as palestras, na associação do bairro nas atividades realizadas com os grupos e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A equipe fará palestras na recepção explicando a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, além disso, os ACS informarão nas visitas domiciliares de usuários com fatores de risco.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A equipe fará palestras na recepção e os ACS nas visitas domiciliares orientando sobre a importância do rastreamento para diabetes em usuários adultos com fatores de risco e com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A orientação sobre fatores de riscos de hipertensão e diabetes será garantida por toda a equipe na UBS realizando palestras, colocando folders na recepção; na associação do bairro nas atividades realizadas com os grupos e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará a capacitação com as fichas espelho, ou seja, fará impressões para cada membro da equipe para explicar cada item corretamente e esclarecer as dúvidas que existam.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: O médico fará a capacitação usando o Caderno de Atenção Básica para Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013.

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos será realizado através da revisão semanal dos prontuários clínicos e ficha espelho pelo médico.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: A definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos será pactuada pela equipe e baseada em protocolo a ser adotado em reunião de equipe.

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

Detalhamento: O médico fará a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotado em reunião de equipe, previamente à intervenção.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será estabelecida periodicidade para atualização dos profissionais, em reunião de equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Após adoção do protocolo, providências serão tomadas para adquirir uma versão atualizada do protocolo impressa na UBS, pela enfermeira.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os 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.

Detalhamento: Toda a equipe será responsável pela orientação dos usuários e da 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; serão orientados diante as palestras e a divulgação com mídias audiovisuais.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico fará a capacitação para a realização de exame clínico apropriado na reunião da equipe utilizando como material o protocolo adotado nas reuniões anteriores (Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Hipertensão Arterial, 2013).

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos será realizado através da revisão semanal dos prontuários clínicos e ficha espelho pelo médico.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: A definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos diabéticos será pactuada pela equipe e baseada em protocolo a ser adotado em reunião de equipe.

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

Detalhamento: O médico fará a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotado em reunião de equipe, previamente à intervenção.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será estabelecida periodicidade para atualização dos profissionais, em reunião de equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Após adoção do protocolo, providências serão tomadas para adquirir uma versão atualizada do protocolo impressa na UBS, pelo gestor.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Toda a equipe será responsável pela orientação dos usuários e da comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; serão orientados diante as palestras e a divulgação com mídias audiovisuais.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico fará a capacitação para a realização de exame clínico apropriado na reunião da equipe utilizando como material o protocolo adotado nas reuniões anteriores (Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus, 2013).

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará este monitoramento semanalmente, através da revisão dos prontuários clínicos e planilha de coleta de dados.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico fará este monitoramento semanalmente, através da revisão dos prontuários clínicos e planilha de coleta de dados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pela solicitação dos exames complementares de acordo com a periodicidade estabelecida segundo o protocolo adotado.

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

Detalhamento: O médico será responsável por garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico e o gestor serão responsáveis de estabelecer sistema de alerta dos exames complementares preconizados.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Toda a equipe da unidade básica de saúde será responsável pela orientação dos usuários e a comunidade quanto a necessidade com que devem ser realizados exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão as orientações da periodicidade com que devem ser realizados exames complementares na consulta programada.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A capacitação será feita pelo médico usando o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, ano 2013.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará este monitoramento semanalmente, através da revisão dos prontuários clínicos e planilha de coleta de dados.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico fará este monitoramento semanalmente, através da revisão dos prontuários clínicos e planilha de coleta de dados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pela solicitação dos exames complementares de acordo com a periodicidade estabelecida segundo o protocolo adotado.

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

Detalhamento: O médico será responsável por garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico e o gestor serão responsáveis de estabelecer sistema de alerta dos exames complementares preconizados.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Toda a equipe da unidade básica de saúde será responsável pela orientação dos usuários e a comunidade quanto a necessidade com que devem ser realizados exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão as orientações da periodicidade com que devem ser realizados exames complementares na consulta programada.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A capacitação será feita pelo médico usando o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, ano 2013.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, baseados em ficha-espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O controle de estoque será realizado mensalmente pela enfermeira e a técnica de enfermagem responsável da farmácia do posto de saúde.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O registro das necessidades será realizado mensalmente pela enfermeira e a técnica de enfermagem responsável da farmácia do posto de saúde.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: A atualização no tratamento da hipertensão será feita pelo médico usando o Caderno de Atenção Básica para doenças crônicas do MS, 2013.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermagem será responsável pela capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, baseados em ficha-espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O controle de estoque será realizado mensalmente pela enfermeira e a técnica de enfermagem responsável da farmácia do posto de saúde.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O registro das necessidades será realizado mensalmente pela enfermeira e a técnica de enfermagem responsável da farmácia do posto de saúde.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento: A atualização no tratamento da diabetes será feita pelo médico usando o Caderno de Atenção Básica para doenças crônicas do MS, 2013.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermagem será responsável pela capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico fará exame físico bucal na primeira consulta para avaliar os usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: A auxiliar odontológica e o dentista organizarão a agenda para avaliar a necessidade de atendimento dos hipertensos, além de garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico realizando o pedido do material mensalmente.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A auxiliar odontológica e o dentista farão o agendamento um dia à semana para o atendimento dos hipertensos da área.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A orientação sobre a importância da avaliação odontológica dos hipertensos será realizada pela equipe da UBS e pelos ACS nas visitas domiciliares diante palestras.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Será realizada pelo dentista, auxiliar de odontologia e médico da UBS, na reunião da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico fará exame físico bucal na primeira consulta para avaliar os usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: A auxiliar odontológica e o dentista organizarão a agenda para avaliar a necessidade de atendimento dos diabéticos, além de garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico realizando o pedido do material mensalmente.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A auxiliar odontológica e o dentista farão o agendamento um dia à semana para o atendimento dos diabéticos da área.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A orientação sobre a importância da avaliação odontológica dos diabéticos será realizada pela equipe da UBS e pelos ACS nas visitas domiciliares diante palestras.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Será realizada pelo dentista, auxiliar de odontologia e médico da UBS, na reunião da equipe.

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.

Eixo: Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico que fará este monitoramento semanalmente, através da planilha de coleta de dados e prontuários clínicos.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira será responsável pela organização da busca dos hipertensos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizada em conjunto pela enfermeira e os ACS da equipe.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Toda a equipe será responsável por informar sobre a importância da realização das consultas aos hipertensos.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Toda a equipe ouvirão as estratégias da comunidade para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Toda a equipe esclarecerá a aos usuários hipertensos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A enfermagem será responsável pela capacitação da equipe para orientar os hipertensos sobre periodicidade das consultas.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico que fará este monitoramento semanalmente, através da planilha de coleta de dados e prontuários clínicos.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira será responsável pela organização da busca dos diabéticos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizada em conjunto pela enfermeira e os ACS da equipe.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Toda a equipe será responsável por informar sobre a importância da realização das consultas aos hipertensos.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Toda a equipe ouvirão as estratégias da comunidade para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Toda a equipe esclarecerá a aos usuários diabéticos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A enfermagem será responsável pela capacitação da equipe para orientar os diabéticos sobre periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará uma revisão mensal dos registros dos hipertensos acompanhados na UBS para melhorar a qualidade dos mesmos, baseados em ficha-espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira será responsável por atualizar as informações do SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico será o responsável por implantar a ficha de acompanhamento que será a ficha espelho disponibilizado pelo curso.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico será o responsável de pactuar com a equipe para o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico fará reunião com a equipe para definir o responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a organização do registro em ordem alfabético e por micro áreas para facilitar a revisão mensal do mesmo e detectar situações de alerta.

Eixo: Engajamento público:

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

Detalhamento: Toda a equipe será responsável por orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos de usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis de treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico fará a capacitação da equipe da UBS nas três primeiras semanas para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará uma revisão mensal dos registros dos diabéticos acompanhados na UBS para melhorar a qualidade dos mesmos, baseados em ficha-espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira será responsável por atualizar as informações do SIAB.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico será o responsável por implantar a ficha de acompanhamento que será a ficha espelho disponibilizado pelo curso.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico será o responsável de pactuar com a equipe para o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico fará reunião com a equipe para definir o responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a organização do registro em ordem alfabético e por micro áreas para facilitar a revisão mensal do mesmo e detectar situações de alerta.

Eixo: Engajamento público:

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

Detalhamento: Toda a equipe será responsável por orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos de usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis de treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico fará a capacitação da equipe da UBS nas três primeiras semanas para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos.

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano dos usuários hipertensos no momento da consulta, baseando-se em a ficha espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: A equipe fará atendimento de prioridade aos usuários hipertensos avaliados como alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A enfermeira fará semanalmente a agenda para o atendimento desta demanda dando prioridade aos usuários avaliados como de alto risco.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Os usuários serão orientados na consulta pelo médico e pela enfermeira quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Toda a equipe fará esclarecimento aos usuários hipertensos e o resto da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercício físico, hábitos tóxicos.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: O médico fará capacitação nas reuniões da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo usando o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica do 2013.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O médico fará capacitação nas reuniões da equipe sobre a importância do registro da avaliação da estratificação de risco usando o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica do 2013.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico fará capacitação quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis da hipertensão nas reuniões da equipe usando o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica do 2013.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano dos usuários diabéticos no momento da consulta, baseando-se em a ficha espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: A equipe fará atendimento de prioridade aos usuários diabéticos avaliados como alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A enfermeira fará semanalmente a agenda para o atendimento desta demanda dando prioridade aos usuários avaliados como de alto risco.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Os usuários diabéticos serão orientados na consulta pelo médico e pela enfermeira quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Toda a equipe fará esclarecimento aos usuários diabéticos e o resto da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercício físico, hábitos tóxicos.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.

Detalhamento: O médico fará capacitação nas reuniões da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo usando o Caderno de Atenção Básica para Diabetes Mellitus do 2013.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O médico fará capacitação nas reuniões da equipe sobre a importância do registro da avaliação da estratificação de risco usando o Caderno de Atenção Básica para Diabetes Mellitus do 2013.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico fará capacitação quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis da hipertensão nas reuniões da equipe usando o Caderno de Atenção Básica para Diabetes Mellitus do 2013.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação nutricional aos hipertensos cadastrados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável no âmbito da UBS e na associação do bairro.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: O médico será o responsável de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável diante palestras no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável nas reuniões da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação nutricional aos diabéticos cadastrados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A enfermeira e os ACS serão os responsáveis de organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável no âmbito da UBS e na associação do bairro.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: O médico será o responsável de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável diante palestras no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável nas reuniões da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos cadastrados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A enfermeira e os ACS serão os responsáveis de organizar práticas coletivas para orientação de atividade física no âmbito da UBS e na associação do bairro.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: O médico será o responsável de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular diante palestras no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular nas reuniões da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos cadastrados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A enfermeira e os ACS serão os responsáveis de organizar práticas coletivas para orientação de atividade física no âmbito da UBS e na associação do bairro.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: O médico será o responsável de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular diante palestras no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação da equipe sobre promoção da prática de atividade física regular nas reuniões da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação riscos do tabagismo aos hipertensos cadastrados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: O médico será o responsável de demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo diante palestras no âmbito da unidade, na consulta e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas, no momento que exista disponibilidade do mesmo na unidade.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação riscos do tabagismo aos diabéticos cadastrados.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: O médico será o responsável de demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo diante palestras no âmbito da unidade, na consulta e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas, no momento que exista disponibilidade do mesmo na unidade.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico terá que organizar em tempo médio a consulta para garantir as orientações em nível individual.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal diante palestras no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento mensal da realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Eixo: Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico terá que organizar em tempo médio a consulta para garantir as orientações em nível individual.

Eixo: Engajamento público:

Ação: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Toda a equipe fará orientação aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal diante palestras no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O médico fará capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

1. Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

2. Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para desenvolver a Ação de Intervenção com os usuários de HAS e DM serão adotados os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, de 2013.

As informações serão colhidas no prontuário clínico, o qual deve conter as informações relevantes para o monitoramento da intervenção como nome, idade, sexo, cor da pele, antecedentes patológicos familiares, hábitos tóxicos, controle de tratamento, tipo de tratamento, regularidade de tratamento e acompanhamento, fornecimento de medicamentos prescritos, exame clínico apropriado, exames complementares em dia, estratificação de risco, lesões em órgãos alvo, com orientações para alimentação saudável, para atividade física regular, sobre risco de tabagismo e álcool, usuários com atraso de consulta, faltosos com busca ativa, além de informações adicionais presentes na anamnese. Aqui, cabe salientar, que somente serão coletados os dados a partir do início da intervenção, caso tenha falta de alguma informação relevante, a equipe poderá buscar em ficha de anamnese de outra consulta anterior. A cada consulta os dados serão coletados na ficha-espelho,

a qual é disponibilizada pelo curso. Será solicitado ao gestor municipal que imprima cópias da ficha-espelho, necessárias para o acompanhamento. Elas terão arquivo próprio para facilidade de acesso e monitoramento.

O cadastro do hipertenso e/ou diabético se realizará na UBS pela equipe de enfermagem e na visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde. As visitas são realizadas pelos ACS diariamente, duas tardes com a participação do médico da equipe, estas com prioridade aos usuários cadeirantes, acamados, com doenças descontroladas. Há carro disponível, caso necessário, para a realização das visitas. Será solicitado ao gestor o fornecimento de cópias das fichas necessárias ao cadastramento, bem como das fichas de acompanhamento.

Para o acolhimento ao hipertenso e diabético será revisada a rotina durante as reuniões de equipe, para adoção do protocolo e capacitações. Será feita medida de PA na sala de recepção, diariamente. A UBS já dispõe dos materiais necessários para aferição adequada de PA e glicemia capilar (tensiômetros, fita métrica, glicosímetro, glicofitas). Estes têm sido regularmente repostos ou calibrados anualmente pela gestão municipal.

Para alcançar a meta de busca aos faltosos será elaborado conjuntamente com enfermagem e recepção um registro de faltosos. A busca ativa aos faltosos será feita principalmente pelos ACS através das visitas domiciliares, até mesmo por telefone. Os usuários terão prioridade no agendamento, preferencialmente no mesmo mês.

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS, em termos de logística, o monitoramento semanal será realizado pela enfermeira e o médico através da ficha-espelho. As atribuições de cada profissional estão bem definidas no protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, as quais serão repassadas na reunião da equipe utilizando os mencionados protocolos. Na consulta o médico solicitará os exames complementares previstos em protocolo, com facilidade de acesso pelo município e os resultados dos exames estão sendo obtidos em tempo adequado. Todos os usuários saem da consulta com o retorno agendado.

Na UBS há disponibilidade e estoque suficiente dos medicamentos da hiperdia, até temos trocado as receitas de muitos usuários que tinham tratamentos de com nomes comerciais muito custosos pelos genéricos que são disponibilizados na rede e eram desconhecidos.

A qualificação da prática clínica dos membros da equipe será de responsabilidade do médico e as primeiras capacitações ocorrerão nas três primeiras semanas e depois a cada quatro semanas nas reuniões mensais da equipe, na sala de recepção, único local da unidade com espaço suficiente, com duração de duas horas. Para melhor organização será pedido que os membros da equipe leia partes do protocolo para serem posteriormente discutidas em grupo. As cópias do protocolo estarão disponíveis para todos.

Em relação às ações de promoção de saúde, relacionadas com as orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo, álcool, farão parte da rotina médica e de enfermagem no atendimento diário de cada usuário. Para isso, serão realizadas capacitações para fazer que os profissionais da equipe façam também promoção de saúde nas visitas domiciliares, no âmbito da UBS, na associação do bairro. Esta capacitação será realizada pelo médico, nas reuniões de equipe.

Para realizar estas atividades de grupo com os usuários se utilizará a sala de recepção, que é espaçosa e boa para fazer esta atividade de caráter participativo, serão discutidos os temas alimentação saudável, tabagismo, álcool, prática de exercício regular, orientações sobre saúde bucal, importância do acompanhamento de doenças crônicas e suas possíveis complicações, importância do exame clínico e o acompanhamento com os exames complementares, além do rastreamento para diabetes ou hipertensão em usuários que só tenham uma das duas doenças, explicar sobre a importância do acompanhamento de familiares como irmãos, pais, filhos ainda sem a doença para orientar sobre os fatores de riscos modificáveis. Para a realização das atividades de grupo mensal vamos precisar de folders, folhas, canetas e os protocolos impressos. Este material será solicitado ao gestor pelo médico da equipe. Será anotada a participação dos usuários no prontuário e planilha disponível.

Todas estas ações serão monitoradas e avaliadas pelo médico, semanalmente, utilizando o computador disponível na UBS e as planilhas eletrônicas do curso. Ainda, o médico revisará os prontuários e fichas espelho, verificando se estão corretamente preenchidos e alertando para busca aos faltosos. A partir destas ações de monitoramento e avaliação de todas as ações será possível avaliar os indicadores propostos e verificar o andamento correto da intervenção.

Sem dúvidas serão de muita importância as ações de engajamento público com as lideranças da comunidade na busca de pacientes faltosos, na divulgação dos serviços oferecidos na UBS e na organização de atividades com a população alvo na associação do bairro, escolas e outros espaços comunitários. Além de parcerias feitas em conjunto a equipe, o gestor e as lideranças da comunidade com instituições da área de abrangência, como já temos falado a escola, a igreja e empresas.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

As reuniões de equipe foram semanais nas três primeiras semanas da intervenção e logo depois, mensais, estas foram sem dúvida uns dos elementos facilitadores à intervenção ao proporcionar um ponto de encontro comum para as apresentações, discussões, proposições e pactuações importantes desta intervenção. Nestas também houve capacitação dos profissionais da equipe nos diferentes temas, como o preenchimento da ficha espelho e abertura de cadastros, importantíssima ação para aumentar a cobertura do programa. A equipe de enfermagem foi capacitada para a realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, além da verificação da PA de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2013).

O cadastro dos usuários de toda área de abrangência do grupo de HIPERDIA foi assumido por toda a equipe, principalmente pelos ACS e a equipe de enfermagem. O registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa através de prontuário clínico e/ou odontológico, além da ficha espelho e o cartão do hipertenso (MS), deram-se progressivamente na medida em que os usuários compareciam às consultas. Foi utilizado um livro de registros e a ficha espelho.

Devido às dúvidas surgidas durante o processo e a rotatividade profissional foram necessárias três capacitações para esclarecer a equipe no preenchimento da ficha espelho e abertura de cadastros. O médico foi o responsável por lançar os dados coletados nas planilhas de coleta de dados, além de fazer o monitoramento

semanal, muitas vezes recebi o apoio da enfermeira que por sua função de coordenadora das atividades da equipe tinha reuniões na secretaria de saúde e por esta razão não sempre recebia seu apoio nesta atividade.

Também foi garantido o acolhimento para os portadores de hipertensão e/ou diabetes todos os dias de funcionamento da UBS, na área da recepção, com participação de todos os membros da equipe seguindo escala, onde é explicado a paciente, familiares e outros membros da comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Foi garantido o material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do HGT na UBS, pela técnica de enfermagem, a qual recebeu capacitação tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2013).

Mesmo que todas as ações planejadas tenham acontecido, tivemos dificuldades sobre tudo porque os recursos humanos foram insuficientes, na unidade não contamos com recepcionista, trabalho que foi realizado pelos ACS e equipe de enfermagem segundo escala, por isso dificultava a informação oferecida aos usuários.

Não contamos com equipe fixa para fazer a triagem no acolhimento e às vezes alguns profissionais esqueceram de realizar alguns procedimentos importantes para a consulta médica, como a falta de medida da altura do usuário ou a falta do exame de glicose capilar de usuários diabéticos ou com fatores de risco. Sempre procurei atentar para isso e lembrar os responsáveis sobre a importância destes procedimentos.

Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento e dois turnos semanais foram dedicados exclusivamente aos hipertensos e diabéticos e se mantiveram as avaliações por intercorrências a usuários deste grupo independente do dia da semana.

O agendamento, além de presencial, passou a ser feito também por telefone e diante os ACS nas visitas domiciliares realizadas. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e foi flexibilizado o reagendamento de faltosos, embora que não tivemos porque os ACS visitavam os usuários no dia prévio à data da consulta para

confirmar sua presença, caso que não confirmara o ACS reagendava a consulta para outra data e agendava para outro dos cadastrados do grupo, já que por ser um grupo grande todos não podiam ser atendidos no mesmo dia, nem semana. Outra estratégia da equipe para evitar faltosos a consultas foi para fazer visitas domiciliares a acamados e cadeirantes com dificuldade de locomoção e de outros que moram em área muito distante onde não tem ônibus, nem possibilidades para transladar-se até o posto de saúde e assim evitamos usuários faltosos e garantimos as visitas domiciliares. Estas atividades conseguimos fazer graças às ações de engajamento público com o gestor e as lideranças da comunidade.

A equipe foi capacitada sobre a importância de informar a comunidade sobre a realização das consultas e esclarecer aos portadores de HAS, DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Estas ações foram realizadas sempre que houvesse oportunidade por toda a equipe e principalmente em nível individual durante as consultas médicas, bem como através de visitas domiciliares pelas ACS.

Para melhorar a qualidade do atendimento foram disponibilizadas cerca de 10 consultas/turno. A duração das consultas foi em torno de 20 a 30 minutos. Em muitas ocasiões ultrapassavam os limites do turno. Ainda assim, o preenchimento final da ficha-espelho, o lançamento dos dados na planilha e o monitoramento eram realizados fora do expediente pelo médico.

A demora da consulta foi compensada pela qualidade da mesma. A satisfação foi notória pela maioria quando escutávamos os comentários. O atendimento clínico incluiu o exame dos pés, estratificação de risco cardiovascular, solicitação de exames complementares de acordo com protocolo, prescrições de medicação fundamentalmente usando os medicamentos da farmácia do posto, avaliação bucal.

As orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente foram dadas aos usuários individualmente e também à comunidade.

O acesso aos medicamentos na UBS foi ótimo com fornecimento dos mesmos em quantidade suficiente para que os usuários tivessem tratamento de forma regular, além disso, foram orientados para recorrer à Farmácia Popular quando não estavam disponíveis na UBS.

Para melhorar a qualidade de registros foi adicionada a ficha-espelho, além de prontuário clínico e/ou odontológico. A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros. O monitoramento dos registros foi realizado pelo médico e a enfermeira ao final de cada mês.

Para mapear os hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular foi realizada a estratificação de risco cardiovascular através de fatores de risco e/ou lesões de órgão alvo e uso do escore de Framingham (modificado, 2008); o monitoramento desta ação foi realizado; as consultas foram reagendadas de acordo risco cardiovascular. Os usuários foram devidamente orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis; a equipe foi também capacitada para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis pelo que foram orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo.

Em relação aos exames complementares segundo o protocolo, a realização do eletrocardiograma esteve dificultada, pois tem que ser agendado para fundação (Hospital das clínicas) e demora um pouco, além de ser muito burocrático (o usuário tem que agendar no centro de saúde e aguardar ser chamado, até três meses ou mais).

Na reunião da equipe da semana oito para a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, fizemos o monitoramento do cadastro com 145 hipertensos que representam um 34,6% do total e 50 diabéticos que representam um 48,5% do total, ainda estava faltando muitos usuários do grupo para serem atendidos até o final da intervenção e decidimos como estratégia aumentar o número de atendimentos na semana para alcançar as metas propostas, já que a intervenção era para ser em quatro meses e foi reduzida para três meses. Esta estratégia foi tomada sem afetar o resto das atividades da UBS.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

Não tivemos o apoio do gestor e da secretaria municipal de saúde para promover atividades de educação em saúde para hábitos alimentares saudáveis com um café da manhã planejado na atividade com o grupo de HIPERDIA, onde pretendíamos explicar os principais alimentos que podem consumir, os benefícios a sua saúde e as diferenças de alguns alimentos para usuários que tem hipertensão e diabetes em relação com outros usuários que somente tem hipertensão. Infelizmente não pudemos contar com eles quando se trata de atividades que demandem dinheiro, nem sendo convidados para constatar a realização da mesma. Mesmo assim foi realizada a atividade do grupo e os usuários foram orientados quanto à alimentação saudável.

Todas as ações aconteceram segundo o planejado, exceto a consulta odontológica porque minha equipe não tem odontólogo, somente a outra equipe tem e a sobrecarga de trabalho é muita, depois de várias tentativas para articular o trabalho com o dentista da outra equipe só conseguimos que fossem atendidos os usuários do grupo de HIPERDIA em alguma emergência, o resto dos usuários teriam que aguardar pela ampliação da UBS, com a realização de outro consultório odontológico para assumir a saúde bucal da população de nossa área adstrita.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:

A maior dificuldade foi que na UBS não contamos com computador disponível para realizar esta atividade, para o que foi necessário usar notebook pessoal.

Também houveram algumas dificuldades no cálculo dos indicadores no fechamento do primeiro mês porque preenchia o dado de total de atendimentos como o total de usuários da área de abrangência, quando deveria colocar a quantidade de usuários atendidos no mês e manter a somatória dos meses anteriores, pois a intervenção é cumulativa. Tive problemas no fechamento do segundo mês porque não modifiquei os dados do segundo mês na aba da UBS e os

percentuais ficaram acima de 100, foi corrigido por minha orientadora, arrumei na hora, foi só um descuido.

A planilha de coleta de dados é uma ferramenta muito boa, mas poderia ser melhorada para quando o usuário já registrado nela volte a consulta programada e se digite o nome apareça na fila do registro porque imagina de um grupo de 255 usuários procurar cada nome para verificar sim o registro fica desse jeito ou precisa mudar alguma coisa, precisaria de muito tempo disponível.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que estão funcionando adequadamente ou que serão melhorados para que a incorporação ocorra:

Apesar de ainda ter a melhorar, o programa de atenção a hipertensos e diabéticos já é realidade na UBS Maria Sofia. Hoje o usuário hipertenso e/ou diabético é cadastrado e segue todo um protocolo de atenção individual que preza por excelência em qualidade. A ficha espelho é um mapa que facilita esse processo e já está incorporada ao serviço, bem como o monitoramento das ações.

A garantia de consulta médica ao usuário com a realização do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames complementares de acordo protocolo; registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, garantia da consulta de retorno, facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas, tudo isso agora é uma realidade em nossa unidade de saúde e em orgulho de nossa equipe que soube enfrentar o desafio e transformá-lo em rotina de trabalho, em nosso dia a dia.

A gestão ofereceu o apoio para prover os recursos materiais (cópias de ficha espelho, folhas de prontuário, cartão do hipertenso, caneta, lápis) necessários para a realização dos cadastros. Tivemos um ótimo fornecimento de medicamentos, assim como a realização dos exames laboratoriais.

É preciso continuar estreitando os laços e as ações de engajamento público com a gestão para juntos tentar encontrar soluções para os problemas identificados e participar na sugestão de políticas de longo prazo que contribuam com a melhoria da APS, sem esquecer o papel fundamental da comunidade e suas lideranças. Também é importante investir na educação popular para que de forma organizada possa tornar-se um agente promotor de saúde e catalizador no processo de evolução do SUS.

Mesmo com o término da intervenção os atendimentos vão continuar acontecendo do mesmo jeito, vamos a manter o trabalho feito até agora e melhorar ainda mais os indicadores, o qual se traduz em mais saúde e melhor qualidade de vida para nossa população.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Finalizada a Intervenção na ESF Maria Sofia, no município de Rio Branco-AC, apresento os resultados alcançados ao longo de três meses de realização do Projeto de Intervenção com foco em melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

1. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos pertencentes à área de abrangência cadastrados no programa.

A área da UBS Maria Sofia possui uma estimativa populacional de 419 hipertensos, destes no primeiro mês foram cadastrados 83 usuários hipertensos, representando 19,8% do total. No segundo mês já tínhamos cadastrados 145, representando um 34,6%, já no terceiro mês a cobertura dos hipertensos aumentou para 253 usuários, representando 60,4% da cobertura de hipertensos da área de abrangência.

O cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos foi realizado de forma paulatina com avanços e mudanças progressivas, em concordância às consultas agendadas e estabelecidas pelos agentes comunitários de saúde a cada hipertensos e/ou diabéticos.

A ação conjunta de toda a equipe, as buscas dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área feitas pelos ACS, a priorização de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS, a conscientização da comunidade na importância do acompanhamento da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, foram

os principais fatores que possibilitaram esse resultado, que fez com que a meta estabelecida pudesse ser cumprida (Figura 1).

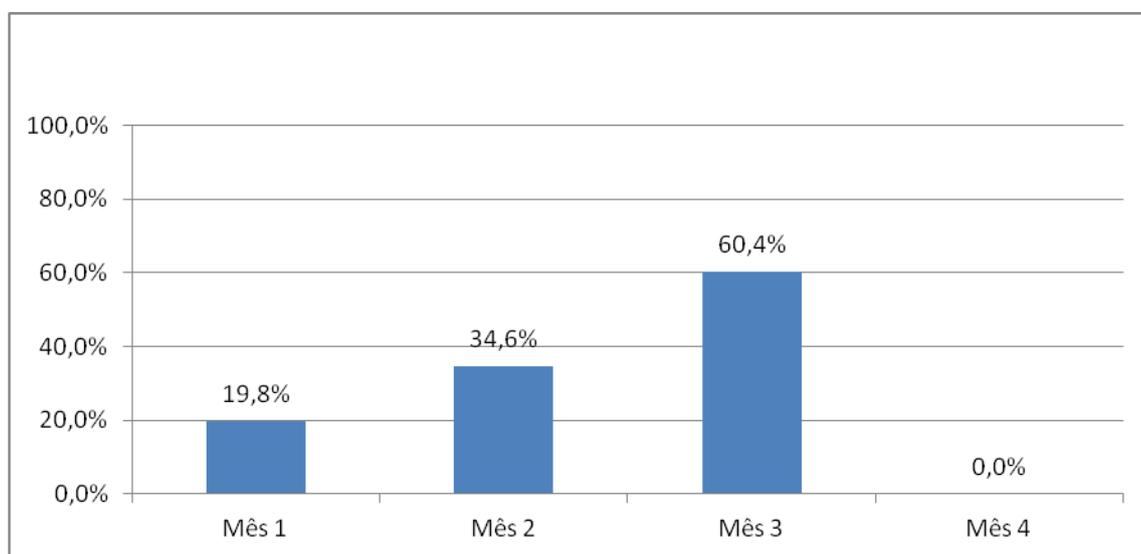


Figura1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos pertencentes à área de abrangência cadastrados no programa.

Conforme esperado a curva de cadastramento em gráfico foi ascendente. Foram cadastrados 28 (27,2%) de um total estimado de 103 diabéticos na área de abrangência) no primeiro mês, 50 (48,5%) no segundo mês e 69 (67,0%) no terceiro mês, alcançando e mais que isso ultrapassando a meta proposta (Figura 2).

O cadastro dos diabéticos foi de forma paulatina com avanços e mudanças progressivas, da mesma forma como foi feito com os hipertensos.

A equipe de saúde melhorou o acolhimento, oferecendo porta aberta para os usuários portadores de Diabetes Mellitus na sala de recepção com espaço suficiente, cadeiras, boa iluminação e ventilação. A enfermeira foi responsável de fazer o pedido das fitas reativas mensalmente para garantir realização do exame de hemoglicoteste na unidade de saúde nos diabéticos e naqueles com fatores de risco.

A comunidade foi informada sobre o programa de Hiperdia, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientada quanto a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o

desenvolvimento de hipertensão e diabetes, estas ações foram realizadas por toda a equipe na UBS colocando folders na recepção e diante as palestras, na associação do bairro nas atividades realizadas com os grupos e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS.

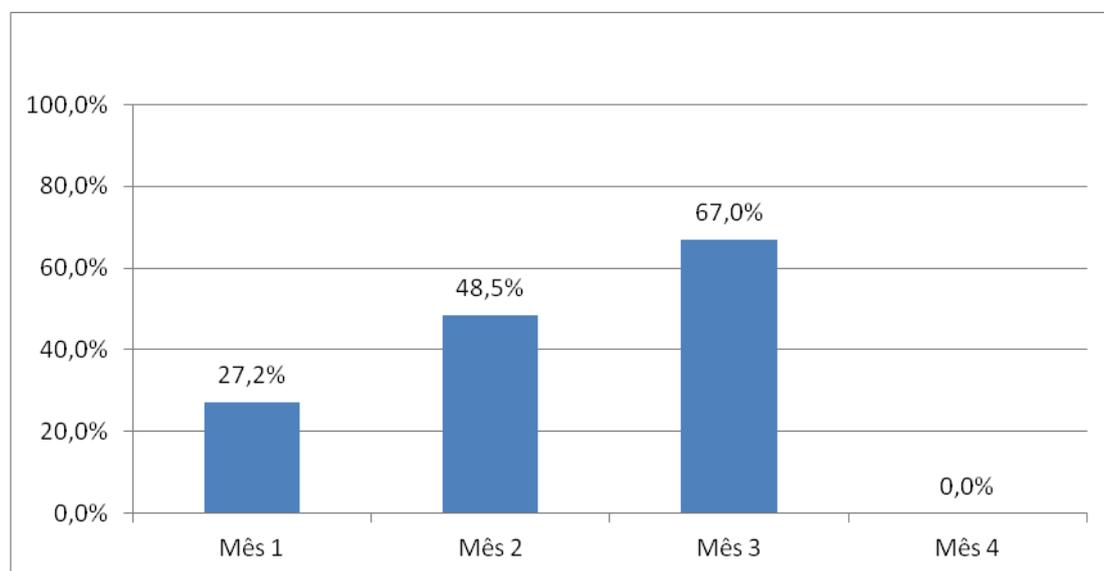


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.

2.Resultados relativos ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos:

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

Indicador: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

O exame clínico foi realizado pelo médico e enfermeira, na consulta de cuidado contínuo programada, além da capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo.

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Foi realizado pelo médico o exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos em acompanhamento, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, na consulta agendada para cuidado contínuo programado, conforme o protocolo do MS.

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

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

Em relação aos diabéticos, houve um número de usuários com realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Durante a intervenção todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo indicados pelo médico ou enfermeira durante a consulta programada. O gestor garantiu a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, sendo coletados em dois dias da semana e aumentando a quantidade de coletas de 30 usuários para 40 para ampliar a cobertura, além disso, os resultados foram recebidos em torno de 15 dias depois, o que foi bom para a consulta de retorno. Ressalto que a maioria dos usuários diabéticos da população alvo também são hipertensos, então trata-se do mesmo usuário com as duas doenças, para os quais a consulta e as indicações foram as mesmas.

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

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

Em relação aos diabéticos, houve um número de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

A prescrição do tratamento medicamentoso para os hipertensos e diabéticos foi feita no ato da consulta pelo médico conforme protocolo, dando prioridade aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, tendo em conta o fácil acesso e disponibilidade destes medicamentos no posto, além de não ter custo. Para facilitar esta ação foram feitos os pedidos de medicamentos e controle do estoque da farmácia pelo responsável da farmácia do posto e o gestor para garantir acesso facilitado dos hipertensos na unidade.

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.

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 80 no primeiro mês (96,4%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês representando o 100% (Figura 3).

No primeiro mês três hipertensos não foram avaliados quanto à necessidade de tratamento odontológico porque usavam prótese e no momento não entendiam a importância do exame, mostrando-se receosos já no segundo e terceiro mês foi possível a realização deste exame em 100% dos usuários graças as atividades de promoção de saúde e à divulgação das atividades do projeto que estávamos

desenvolvendo. Esta avaliação foi realizada pelo médico na consulta, não sendo encaminhados para o dentista já que minha equipe não conta com equipe de odontologia. Foi articulado com o odontólogo da outra equipe para o atendimento das urgências somente porque não tinha como oferecer atendimento à população alvo da intervenção, sendo uma cobertura muito grande.

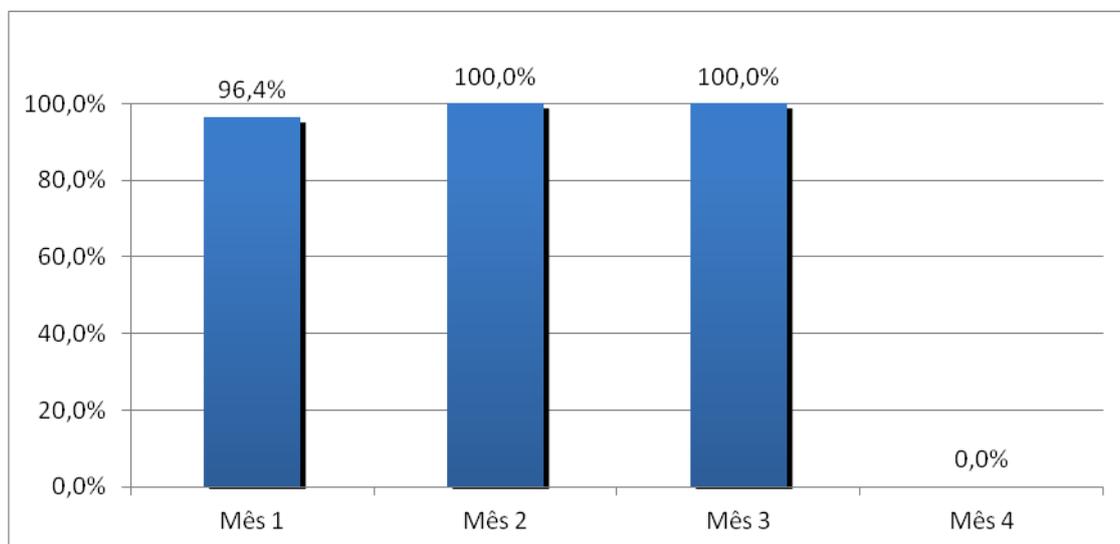


Figura 3: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.

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.

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Todos os usuários diabéticos foram avaliados quanto à necessidade de tratamento, graças às atividades de promoção de saúde e à divulgação das atividades do projeto que estávamos desenvolvendo. Esta avaliação foi realizada pelo médico no ato da consulta, não sendo possível fazer o encaminhamento ao dentista já que minha equipe não conta com equipe de odontologia, foi articulado com o odontólogo da outra equipe para o atendimento somente das urgências somente porque não tinha como oferecer atendimento à população alvo da intervenção, sendo uma cobertura muito grande.

3.Resultados relativos ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

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

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

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

Durante a intervenção não tivemos hipertensos, nem diabéticos faltosos às consultas porque os ACS visitavam os usuários no dia prévio à data da consulta para confirmar sua presença, caso que não confirmara o ACS reagendava a consulta para outra data e agendava para outro dos cadastrados do grupo, já que por ser um grupo grande todos não podiam ser atendidos no mesmo dia, nem semana. Outra estratégia da equipe para evitar faltosos a consultas foi para fazer visitas domiciliares aos acamados e cadeirantes com dificuldade de locomoção e de outros que moram em área muito distante onde não tem ônibus, nem possibilidades para transladar-se até o posto de saúde e assim evitamos usuários faltosos e garantimos as visitas domiciliares. Conseguimos fazer estas atividades graças às ações de engajamento público com o gestor e as lideranças da comunidade.

4.Resultados relativos ao objetivo de melhorar o registro das informações:

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

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

Em relação aos diabéticos nos três meses da intervenção, houve um número de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

O registro adequado dos hipertensos e diabéticos na ficha de acompanhamento/espelho foi realizado no ato cada consulta pelo médico e

enfermeira, quando foi esquecido algum dado, fomos buscar nas informações presentes nos prontuários clínicos. Estas fichas foram armazenadas por microáreas de cada ACS para facilitar o acesso rápido às mesmas.

5. Resultados relativos ao objetivo de mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Durante os três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Foi priorizado o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco, com estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, além de organizada a agenda semanalmente para o atendimento prioritário desta demanda. A equipe fez esclarecimento aos usuários diabéticos e o resto da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercício físico, hábitos tóxicos.

6. Resultados relativos ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Durante o desenvolvimento da intervenção garantimos a orientação sobre práticas de alimentação saudável em todos os atendimentos a usuários hipertensos e diabéticos, além seus familiares acompanhantes e resto da comunidade. A equipe foi capacitada sobre metodologias de educação em saúde para as conversas e palestras com a população alvo e cada membro desempenhou seu papel nas orientações realizadas no âmbito da UBS e na associação do bairro, nas visitas domiciliares feitas pelos ACS e em cada consulta médica e de enfermagem.

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Durante o desenvolvimento da intervenção garantimos a orientação sobre a prática de atividade física regular em todos os atendimentos a usuários hipertensos e diabéticos, seus familiares acompanhantes e resto da comunidade. A equipe foi

capacitada sobre metodologias de educação em saúde para as conversas e palestras com a população alvo e cada membro desempenhou seu papel nas orientações realizadas no âmbito da UBS e na associação do bairro, nas visitas domiciliares feitas pelos ACS e em cada consulta médica e de enfermagem.

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

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

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Durante o desenvolvimento da intervenção garantimos a orientação sobre os riscos do tabagismo em todos os atendimentos a usuários diabéticos e hipertensos, seus familiares acompanhantes e resto da comunidade. A equipe foi capacitada sobre metodologias de educação em saúde para as conversas e palestras com a população alvo e cada membro desempenhou seu papel nas orientações realizadas no âmbito da UBS e na associação do bairro, nas visitas domiciliares feitas pelos ACS e em cada consulta médica e de enfermagem.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal de 83 no primeiro mês (100%), 145 no segundo mês (100%) e 253 no terceiro mês (100%).

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Ao longo dos três meses da intervenção, houve um número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal de 28 no primeiro mês (100%), 50 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%).

Durante o desenvolvimento da intervenção garantimos a orientação sobre higiene bucal em todos os atendimentos a usuários hipertensos e diabéticos, seus familiares acompanhantes e resto da comunidade. A equipe foi capacitada sobre metodologias de educação em saúde para as conversas e palestras com a população alvo e cada membro desempenhou seu papel nas orientações realizadas no âmbito da UBS e na associação do bairro, nas visitas domiciliares feitas pelos ACS e em cada consulta médica e de enfermagem. Também foram realizadas palestras pela equipe de odontologia da outra equipe, as quais foram comuns para toda a população, resultando em benefício para a população alvo.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Maria Sofia propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, um maior rigor e sistematização na realização de exames complementares, com base no protocolo adotado do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, 2013).

Além disso, houve um maior rigor quanto a garantir as prescrições de medicamentos da rede e/ou Farmácia Popular; um ganho na qualidade do registro de informações; uma ampliação na classificação de risco cardiovascular; uma ampliação do acesso dos agendamentos da consulta médica; um maior engajamento com a comunidade, proporcionando conscientização da importância do acompanhamento de saúde para os hipertensos e/ou diabéticos; um aumento e sistematização das orientações sobre prevenção em saúde.

Importância para a equipe

A intervenção foi de muita importância para a equipe, tornando-se uma equipe mais organizada, mais unida, mais engajada e mais capacitada, já que a intervenção exigiu da capacitação de todos seus membros para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico,

tratamento e monitoramento da Hipertensão e/ou Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico da estratégia de saúde da família, da enfermeira, da técnica de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, cada um com suas atribuições específicas e dentro do grupo.

Os ACS realizaram o mapeamento, busca e cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos que participaram da intervenção, além dos agendamentos das consultas e confirmação das mesmas no dia anterior para evitar faltosos às mesmas.

O médico ficou responsável pelo atendimento clínico com avaliação dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades; estratificação de risco cardiovascular através de fatores de risco e/ou lesões de órgão alvo e uso do escore de Framingham; calculo do IMC; solicitação e avaliação dos exames complementares de acordo com protocolo; prescrição das medicamentos da rede e/ou Farmácia Popular; a realização de anotações das informações no prontuário clínico, na ficha espelho e planilha de coleta de dados. Realização das visitas domiciliares programadas para os usuários com sequelas de hanseníase, com dificuldades de locomoção, cadeirantes e idosos que moram em microáreas de difícil acesso e a realização de orientações no ato da consulta ou visita domiciliar. Realizar capacitação da equipe de enfermagem e os ACS sobre protocolo adoptado para os atendimentos, além disso, pela realização do monitoramento dos resultados.

A equipe de enfermagem foi responsável pelo acolhimento e triagem, também pela organização dos prontuários e a realização de palestras na sala da recepção para o usuário, familiares e outros membros da comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM; sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Também realizaram capacitações para os ACS.

Importância para o serviço

A intervenção foi de muita importância para o serviço, contribuiu para um serviço mais organizado e de melhor qualidade, os atendimentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos passaram a ser atividade prioritária para a equipe e a comunidade envolvida ficou muito grata pelas mudanças, além das conquistas

importantes, tais como: acesso facilitado, agendamento presencial ou por telefone, garantia de consultas de retorno.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos eram concentradas no médico, com a intervenção foram revistas as atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção de um maior número de usuários. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e/ou Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea deste grupo específico e o resto dos atendimentos de outros realizados na UBS. A classificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização dos agendamentos e atendimentos dos mesmos.

Importância para a comunidade

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. Os hipertensos e/ou diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento, porém gera satisfação dos mesmos, embora que outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, ficam ansiosos e até reclamam. Outra atividade que gerou grande satisfação tanto nos usuários do grupo como seus familiares foi a realização das visitas domiciliares aos acamados e com dificuldade de locomoção, além das atividades de promoção de saúde realizadas no âmbito da UBS, na escola, igreja, na associação do bairro que se tornou o centro da atenção para nossa comunidade.

Com a melhoria na qualidade do atendimento, cada vez mais hipertensos e/ou diabéticos vem procurando a UBS, alguns deles há muito tempo não compareciam e recebiam atendimento clínico e exames adequados. De uma maneira geral estão bastante satisfeitos, satisfação esta refletida também em nossa equipe pelo esforço destes últimos três meses.

Se a intervenção estivesse iniciando hoje, daria mais enfoque na cobrança de um cuidador participando das consultas, o que nem sempre acontece. Também a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse sido discutido por mim as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe e não somente com o gestor, acredito que pela inexperiência, nem imaginava como ia acontecer a intervenção, mas agora já sei como realizar um projeto adequado para um determinado foco e como desenvolver o mesmo.

Finalizada a intervenção percebo que a equipe está integrada, e apta a incorporar a intervenção à rotina do serviço, com condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos, em especial os de alto risco.

Sabemos que mesmo com a realização desta intervenção, temos ainda hipertensos e/ou diabéticos que não foram mapeados, devemos continuar fazendo buscas para que todos possam ser acompanhados. Vamos adequar a ficha de coleta de dados para atingir 100% da cobertura na área e facilitar a coleta e monitoramento de todos os indicadores desta população alvo.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço são investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, obviamente com a ajuda de toda a equipe, especialmente dos ACS que propiciam grande parte da informação para o trabalho da equipe.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de prevenção do câncer do colo de útero na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores

Através deste relatório quero apresentar os resultados obtidos com o desenvolvimento de um projeto de intervenção na UBS Maria Sofia, município Rio Branco, Acre. Esta intervenção esteve vinculada à especialização em saúde da família da UFPel e teve duração de 12 semanas, com início em 16 de março e fim em 04 de junho de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Maria Sofia.

Para dar início as ações da intervenção na UBS, foi necessária uma reunião com a coordenadora e os membros da equipe para apresentar o projeto de intervenção, destacando a importância do envolvimento e participação de cada um para o sucesso da mesma. Os profissionais de saúde da UBS também foram capacitados sobre o protocolo de atenção da hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, estabelecendo o papel de cada profissional na ação programática, além de previa divulgação do projeto na comunidade.

Dentro dos resultados obtidos durante a intervenção temos:

Aumentamos a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, ou seja, um maior número de usuários deste grupo passou a ser acompanhado por nossa equipe. No primeiro mês foram cadastrados 83 usuários hipertensos (19,8%), no segundo mês já tínhamos cadastrados 145 usuários (34,6%) e no terceiro mês a cobertura dos hipertensos aumentou para 253 usuários (60,4%) da estimativa de 419 hipertensos na área de abrangência.

O cadastro dos diabéticos foi de forma paulatina com avanços e mudanças progressivas, da mesma forma como foi feito com os hipertensos, aumentando a cobertura, no primeiro mês foram cadastrados 28 (27,2%) de um total estimado de

103 diabéticos na área de abrangência, no segundo mês 50 usuários (48,5%) e no terceiro mês 69 (67,0%).

Para melhorar o acesso ao atendimento a marcação de consultas foi facilitada ao máximo, podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone. Dois turnos por semana foram dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento, embora o usuário pudesse também procurar a unidade de saúde, sem agendamento prévio, qualquer dia da semana, sempre que houver necessidade; a consulta de retorno foi garantida.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção foi realizado exame clínico apropriado, garantida a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular e realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Com o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa a equipe criou estratégias para evitar faltosos a consultas como as visitas dos ACS aos usuários para confirmação da consulta e as visitas domiciliares aos acamados e cadeirantes com dificuldade de locomoção e de outros que moram em área muito distante onde não tem ônibus, nem possibilidades para transladar-se até a unidade de saúde, até porque muitos são sequelados de hanseníase. Conseguimos fazer estas atividades graças às ações de engajamento público com o gestor e às lideranças da comunidade.

Ao longo dos três meses da intervenção, 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento.

Foi realizada estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia para os 253 (100%) hipertensos e/ou diabéticos e priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, com estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, além de organizada a agenda semanalmente para o atendimento prioritário desta demanda.

Com o objetivo de promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos foram garantidas orientações a 100% dos usuários sobre nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Temos que agradecer ao gestor pelo apoio recebido quanto à disponibilidade de fotocópias das fichas de acompanhamento/espelho, garantida

disponibilidade de medicamentos e o acesso ao transporte para a realização das visitas domiciliares.

No entanto precisamos ressaltar algumas situações que dificultaram o adequado desenvolvimento da intervenção e que seriam de responsabilidade da gestão, como a falta de apoio para promover atividades de educação em saúde para hábitos alimentares saudáveis com um café da manhã planejado na atividade com o grupo de HIPERDIA. Esperamos para próximas atividades contar com este apoio.

Também o fato da equipe não contar com o profissional de odontologia prejudicou as ações de saúde bucal, que poderiam beneficiar 100% a população adstrita.

A falta de informatização da unidade também seria muito importante para melhorar o registro das informações sem necessidade de usar computador particular.

Finalmente os hipertensos e/ou diabéticos de nossa população tiveram um atendimento clínico humanizado de acordo com o estabelecido no protocolo, os mesmos demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento e cada vez mais usuários vem procurando a UBS. Estas ações continuarão sendo realizadas na UBS com o objetivo de ampliar ainda mais a qualidade do serviço e o acesso da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados membros da comunidade este relatório tem como o propósito informar vocês sobre uma série de mudanças que estiveram acontecendo no período de 12 semanas com início em 16 de março e fim em 04 de junho de 2015, pelo desenvolvimento do projeto de intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Maria Sofia.

Este projeto dirigido aos portadores de Hipertensão e/ou Diabetes tinha como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar a adesão destes usuários o programa, melhorar a qualidade do atendimento, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Para dar cumprimento aos mesmos foi preciso que todos os membros da equipe se unissem para o desenvolvimento de algumas ações importantíssimas. Para a qualificação do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS foi realizada capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do Ministério da Saúde para atenção dos HAS e DM; capacitação para busca ativa de faltosos a consulta; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; organizar instrumento de registro específico de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos (ficha/espelho); cadastramento de todos HAS e/ou DM pertencentes à área adstrita; realização do atendimento clínico de maneira integral e humanizada; realização de visitas domiciliares; monitoramento da intervenção.

Durante a intervenção tivemos muitas mudanças e resultados alentadores:

- Aumentou o cadastro de hipertensos para 253 usuários (60,4%) e 69 diabéticos (67,0%), ou seja, um maior número de usuários deste grupo passou a ser acompanhado por nossa equipe.

- A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone ou mais comumente mediante as visitas domiciliares dos ACS.

- Foi garantida a consulta de retorno.

- Foi facilitado o acesso ao tratamento com os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA sempre que foi possível.

- Dois turnos por semana foram dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento. O usuário podia também procurar a unidade de saúde, sem agendamento prévio, sempre que houver necessidade.

- Em cada consulta foi realizado exame clínico adequado e classificação quanto ao risco cardiovascular, o que contribui para que nossa equipe dar prioridade aos usuários de risco.

- Houve prescrição de exames complementares de acordo com protocolo.

- Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente. Lembramos aos usuários do direito de acessarem seus registros, sempre que julgarem necessário.

- Todos os usuários receberam avaliação da necessidade odontológica, mas lamentavelmente não conseguimos vincular o serviço de odontologia ao Programa pelo déficit de recursos humanos.

- Os usuários estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual de fundo de olho com oftalmologista.

Além disso, durante os atendimentos clínicos, nas visitas domiciliares, as atividades de grupo foram desenvolvidas atividades direcionadas à promoção de saúde dos hipertensos e/ou diabéticos com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, higiene bucal e sobre os riscos do tabagismo, com o objetivo de ajudar no controle das doenças crônicas e assim diminuir o risco de complicações (cardiovasculares, neurológicas, renais) e a mortalidade.

Queremos agradecer à comunidade pela colaboração e compreensão e também ao apoio da gestão, imprescindíveis para a efetividade desta intervenção, que embora tenha finalizado continuamos de porta aberta na UBS para os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, as ações desenvolvidas são incorporadas à rotina da unidade para garantir atendimento de qualidade e orientações em saúde, importante para que toda a comunidade mantenha hábitos de vida saudáveis.

Também estamos planejando intervenções para melhoria em outros focos, para as quais precisamos de seu apoio, continuar com as parcerias com as instituições para estreitar ainda mais o vínculo com a unidade básica de saúde e garantir atividades de promoção que contribuam com o fortalecimento das melhoras alcançadas em pro de uma população mais saudável.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Nunca havia participado de um ensino à distância, o que gerou grande ansiedade por ser desconhecido, além de minhas dificuldades com o idioma, a computação e o acesso à Internet, indispensáveis para o desenvolvimento adequado do curso.

Acredito que a realização deste curso e trabalho na minha profissão foi maravilhoso, me fez adquirir uma visão diferente e humanizada diante as dificuldades encontradas no caminho. Pude perceber que podemos mudar a realidade dos nossos serviços com o trabalho bem feito, para isso foi necessário reconhecer ao usuário integralmente, com seus vínculos familiares e riscos sociais, reaprender a trabalhar em equipe e distribuir funções para cada membro, ampliar os conhecimentos em vários níveis de atenção que abrangem a atenção básica usando os protocolos do Ministério da Saúde, Cadernos da Atenção Básica para hipertensão arterial e diabetes mellitus, pelos quais a equipe foi capacitada e contribuíram para a fluidez do serviço. Entramos em acordo sobre critérios de agendamento, orientações fornecidas aos usuários sobre alimentação saudável, prática de exercício físico, riscos do tabagismo, que implicaram em uma melhora na adesão ao tratamento, além disso, o exame físico mais detalhado ampliou o bem-estar dos hipertensos e diabéticos.

O curso foi de um significado imensurável na minha prática profissional e teve aprendizados relevantes no decorrer do mesmo citando desde a ampliação de conhecimentos do SUS, os conhecimentos sobre ferramentas de trabalho na atenção primária, sobre a carta dos direitos dos usuários, as atribuições dos membros da equipe, a qualificação da prática clínica com realização dos casos clínicos da Plataforma Kurt Kloetzel e os estudos de prática clínica baseados em erros cometidos nos testes de qualificação da prática clínica, além da participação

nos fóruns de clínica e saúde coletiva com colegas e orientadores de todo Brasil, propiciaram troca de experiências e discussões de alta qualidade que contribuíram com o crescimento pessoal e profissional.

Após os três meses da intervenção percebo que todos ganhamos no processo, a equipe é mais unida e autoconfiante, a comunidade demonstra satisfação e reconhece uma melhoria na qualidade da atenção, assim fortalecemos o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade. Com certeza estamos mais seguros e capacitados para intervir em outras ações programáticas.

Referências

BRASIL. 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. 19-20p (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 19-22p (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 2.ed. Brasília: MS, 2007. 09 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. Brasília: MS, 2008. 51p.

GIUSTI, CLL et al. Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, 2006. 61f.

SIQUEIRA, FVC et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. 2009. 39-44p

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							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

Anexo D - Fotografias



Apresentação do projeto de intervenção, distribuição das fichas espelho e capacitação da equipe de saúde, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.



Capacitação da equipe de saúde na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.



Reunião da equipe com as lideranças da comunidade e membros da secretaria municipal de saúde do Acre (SEMSA), na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.



Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.



Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.



Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.



Visita domiciliar com a equipe, na UBS Maria Sofia, Rio Branco-AC, 2015.