

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS
Vitória, Rio Branco/AC**

Madelen Espinosa Jimenez

Pelotas, 2015

Madelen Espinosa Jimenez

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS
Vitória, 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: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

J61m Jimenez, Madelen Espinosa

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Vitória, Rio Branco/AC / Madelen Espinosa Jimenez; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 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. Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditam em que um mundo melhor é possível. Sempre que exista a vontade de fazer boas mudanças na vida das pessoas. Dedico ele com muito amor a todo o povo do Brasil que acreditou no programa e que achou certo começar a mudar as bases da saúde, mudar assim a maneira de trabalho da Saúde da Família. Para assim garantir uma melhor qualidade de vida das pessoas.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e Governo do Brasil; por brindar-me a possibilidade de ser parte deste programa.

A população da Vitoria, Acre; por acolher-me como seu médico de família.

A equipe da Vitoria II, pelo apoio durante toda a intervenção.

A minha família pelo apoio ainda ficando longe. A meu esposo por ficar no meu lado e apoiar-me.

A minha orientadora pela sua paciência durante toda a intervenção e pela ajuda prestada durante todo o trabalho.

Aos professores ou tutores pelo apoio em cada atividade e fórum.

Resumo

ESPINOSA JIMENEZ, Madelen. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS Vitória, Rio Branco – AC.** 2015. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A hipertensão arterial e diabetes mellitus são a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Brasil. É responsabilidade de cada equipe de saúde conseguir uma boa adesão da população e diminuir a quantidade de casos novos com estas doenças. Os hipertensos e diabéticos da unidade já contavam com prontuários médicos específicos onde eram registradas as consultas e outras atividades. Através desses registros era possível monitorar esses usuários e fazer a busca ativa dos faltosos. Tínhamos dificuldades para a realização de exames em dia desses usuários, apenas 57 (48%) hipertensos e 29 (85%) diabéticos estavam com exames em dia. Os aspectos positivos que viabilizaram a intervenção foram a imensa disposição de fazer mudanças para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Objetivamos implementar ações que melhorassem a qualidade de vida dos usuários e que diminuíssem os fatores de risco. Nosso objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Saúde da Família Vitória. Município Rio Branco. Acre. Esta intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vitória. Foram realizadas ações em quatro eixos pedagógicos; avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica. A intervenção teve como alvo todos os adultos portadores de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus da unidade. A intervenção propiciou o aumento da cobertura destes usuários, para 152(18,2%) hipertensos e 40(19,5%) diabéticos, mais ainda assim não foi possível cumprir nossa meta de ter um 80% da cobertura. Melhorou a qualidade do exame físico, garantindo assim avaliação dos pés, tomada da pressão arterial a maiores de 18 anos e avaliação dos riscos cardiovasculares. Conseguimos organizar a equipe para a busca dos faltosos; e prescrevemos medicamentos da farmácia da Hiperdia a todos os usuários. Com a intervenção alcançamos uma equipe mais capacitada e integramos nosso trabalho com os usuários. Esclarecemos as atribuições de cada um dos membros da equipe. O serviço também ficou beneficiado porque melhoráramos a qualidade dos atendimentos. Criamos registros únicos e individuais dos usuários com melhor qualidade. Priorizamos os hipertensos e/ou diabéticos, garantindo o agendamento das suas consultas.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos; Saúde bucal

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de saúde	69
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	69
Figura 3	Gráfico de proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	71
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	71
Figura 5	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	73
Figura 6	Gráfico de proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	73
Figura 7	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	76
Figura 8	Gráfico de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	76
Figura 9	Gráfico de proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento	79
Figura 10	Gráfico de proporção de diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento	80
Figura 11	Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de	81

	risco cardiovascular por exame clínico em dia	
Figura 12	Gráfico de proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	83
Figura 13	Gráfico de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividades físicas regulares	84
Figura 14	Gráfico de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	85
Figura 15	Gráfico de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	86

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAD	Centro de Atendimento Diagnóstico
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CEO	Centro de Atendimento Odontológico Especializado
CLS	Conselho Local de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
OS	Pronto Socorro
PCCU	Programa de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico- Pirúvico
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde de portadores de hipertensão e/ou diabetes na Unidade Saúde da Família Vitoria. Município Rio Branco. Acre. O trabalho apresenta-se estruturado conforme “Teses - Dissertações - Trabalho acadêmico - Manual de normas da Universidade Federal de Pelotas”.

A intervenção evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais das equipes de saúde, pertencentes à unidade referida, a relevância desta ação para a comunidade, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento das ações realizadas com hipertensos e diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo, será apresentada a análise situacional, apresentando-se o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando indicadores, metas, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

O quinto capítulo apresentará uma análise sobre os aprendizados e significados por meio dessa especialização.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de saúde da família Vitória encontra-se no município Rio Branco, Acre, e pertence à Unidade de referência da atenção primária (URAP) São Francisco. A unidade de Vitória é nova, completa dois anos no mês de novembro, e está localizada na zona periférica da cidade.

A área da unidade possui muita floresta e as ruas não estão todas asfaltadas ou pavimentadas. Porém, isso está mudando já que em um só mês de trabalho que tenho nesta unidade, acredito que foi asfaltada mais de quarenta por cento das ruas. Esse fato é muito bom porque existe o predomínio de doenças respiratórias nesta população. A maioria das casas são de madeira, mas tem saneamento básico. A unidade funciona das 7 às 12h e das 14h às 19h de segunda à sexta feira.

Fazem parte dessa unidade três equipes de trabalho, que realizam o atendimento a três áreas de saúde. As equipes são constituídas por um médico, uma enfermeira, onze Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Duas das equipes estão incompletas porque tem falta do cirurgião dentista e da auxiliar em saúde bucal. A equipe que atuo não conta com eles.

Estruturalmente a unidade está constituída por uma recepção, três salas para consultas médicas, duas salas para as consultas de enfermagem, uma farmácia, uma sala de vacinação, uma sala de curativo, uma sala para medicação, uma copa, uma sala da administração, uma consulta do odontologista, um expurgo, um pequeno almoxarifado, uma sala de reuniões e cinco banheiros (dois para funcionários, dois para usuários e um para usuários

com incapacidade). Os ambientes são climatizados, dispomos de computadores na unidade, mas sem acesso à internet. De uma maneira geral a unidade está em boas condições estruturais. Temos um pequeno problema na instituição, pois temos uma equipe de saúde bucal para fazer atendimento a toda à população de Vitória, ou seja, para fazer atendimento da população das três equipes. A unidade tem só conta com uma assistente de higienização, acho que não é suficiente porque a unidade é bastante grande e tem uma área exterior muito extensa.

Como falado anteriormente, temos três equipes de trabalho, sendo que eu faço parte da equipe Vitória II que possui sua população delimitada ao redor da unidade, mas isso não quer dizer que a população é pequena, pelo contrário, temos uma população que fica um pouco afastada da unidade e temos que fazer as visitas domiciliares de carro. Na unidade não contamos com estes carros mais é disponibilizado de acordo com o prévio agendamento, pela Unidade de Referência da saúde da Família (URAP). Atualmente ainda estamos trabalhando com os registros de 2013, mas no momento estamos fazendo um novo cadastro da população.

Nesses registros contamos com uma população de 1589 pessoas apenas da equipe e 468 famílias estão cadastradas. Até o momento, a equipe está funcionando adequadamente. Realizamos o atendimento das consultas agendadas e programadas, visitas domiciliares, dentro de outras atividades em equipe. Na unidade temos muitas demandas espontâneas, as quais procedem pelo geral, das áreas descobertas ou de outras áreas. Contamos com serviço de acolhimento aos usuários, consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, vacinação, curativos, medicação, entregas de medicamentos, entre outros. Realizamos atendimentos também a diferentes programas tais como rastreamento do câncer do colo do útero e das mamas; atendimento a idosos, grávidas, puérperas, hipertensos, diabéticos e crianças; assim como o programa de atendimento à mulher e família, onde é feita a consulta de planejamento familiar. As atividades de planejamento e educação em saúde são organizadas e planejadas nas reuniões da equipe e são desenvolvidas na unidade ou nas áreas já sinalizadas.

Na unidade estamos fazendo atividades de educação social, para assim educar a população sobre o programa de saúde da família e assim não

ser olhados só como um centro de curativo. Com estas atividades, pretendemos diminuir a demanda espontânea assim como os atendimentos dos foras da área.

A comunidade está muito bem relacionada com a unidade, porque conhecem seu trabalho, os serviços ofertados e os integrantes da nossa equipe. Assim como que estão em constante inter-relacionamento com as ACS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O estado do Acre tem uma população de 790 100 habitantes, e é um dos 26 estados do Brasil, sendo um dos estados beneficiados com o PMM. A capital desse estado é Rio Branco, e tem praticamente a metade da população total, ou seja, tem 363 928 habitantes. A unidade de saúde está alocada nesse município. Este tem a saúde pública organizada por 51 unidades básicas de saúde, de tipo ESF; cinco Unidades de Referência da Saúde Primária; dois CAD (Centro de atendimento diagnóstico onde tem um de laboratório de análise e um de imagem), um laboratório central (LACEN); um consultório de rua; um Centro de especialização odontológica; um Centro especializado de assistência farmacológica municipal; dois Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), três Unidades de Pronto Atendimento, dois Prontos Socorros e nove hospitais (cinco gerais e quatro de especialidades). Contamos com duas unidades de pronto atendimento e uma oficina ortopédica de próteses e cadeiras de rodas. Nossa rede tem como principal meio de transporte o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), que tem 15 unidades móveis e duas avançadas. Tem um centro onde são feitos os atendimentos especializados odontológicos (CEO).

A unidade onde faço atendimento se chama Vitória e só tem dois anos de funcionamento; ela atua como uma unidade de saúde da família e está na zona urbana de Rio Branco. Ela está composta por três equipes de saúde. Minha equipe se chama Vitoria II, é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 11 Assistentes de saúde da família. A equipe está incompleta porque falta uma ACS, um cirurgião odontológico e uma assistente de saúde bucal. A equipe de Vitória I está completa, mais a equipe

da Vitoria III, tem falta do enfermeiro, de quatro ACS e da equipe completa de saúde bucal.

Fizemos uma análise, em conjunto com a equipe, sobre as necessidades e limitações encontradas na unidade referentes aos recursos humanos. Não temos a quantidade suficiente de recursos humanos e as equipes estão incompletas. No momento, a secretaria de saúde está trabalhando para melhorar tal situação e estão fazendo concursos para completar as necessidades de vagas. Nós estamos apoiando-nos uns aos outros sem deixar de fazer nosso trabalho. Por exemplo, não temos recepcionista então os ACS fazem plantão para organizar e orientar as pessoas e buscar os prontuários. O auxiliar de enfermagem é o que fica encarregado da farmácia, uma das enfermeiras exerce a função de diretora, e um dos ACS em conjunto com a diretora são os encarregados do almoxarifado, entre outras coisas. Outra dificuldade é que só temos uma auxiliar geral de limpeza e higiene, podendo-se afetar a higiene da unidade.

Na unidade temos um vínculo estreito com o SUS, porque não só formamos parte de um de seus programas, como também somos os encarregados de manter atualizadas as informações dos diferentes programas de atendimento estipuladas pelo SUS. Na unidade não contamos com vinculação de ensino.

A unidade está constituída, de maneira geral, por uma recepção, uma farmácia, uma sala de reuniões, uma sala de medicação, uma de curativo, uma de vacinação e uma de administração. Conta com dois consultórios de enfermagem, três de consultas medicas e um de consultas odontológicas. Na parte posterior tem uma área de almoxarifado, uma de esterilização e uma para copa. Temos cinco banheiros, dois para os profissionais, dois para usuários e um para pessoas com deficiências ou incapacidades. Dentro dos consultórios de enfermagem temos um banheiro a mais para as gestantes ou mulheres que vão fazer as consultas e que precisam trocar a roupa. Todos os ambientes estão climatizados e contamos com computadores que estão sendo instalados pouco a pouco, assim como a internet. Na unidade só temos um telefone fixo.

Tínhamos como problema, barreiras arquitetônicas nas redondezas da unidade, e como consequência, em uma ocasião um idoso teve um acidente. Isso foi solucionado porque colocaram corrimões e fecharam os furos do chão.

Outra dificuldade é que não tínhamos consultório para a nebulização e tivemos que adaptar um local dentro da sala de medicação para tal propósito. Não tínhamos nebulizador, mas já recebemos um, porém a tomada não encaixa e tivemos que colocar um adaptador.

A unidade não tem todas as medidas adequadas, porém isso não está em nosso alcance. Isso atrapalha o serviço pela grande quantidade de pessoas nos espaços comuns da unidade.

Não temos tela de mosquiteiros nas janelas, mas elas são de vidro e permanecem fechadas o tempo todo já que a unidade está climatizada. Não temos muitos insetos na unidade. Contamos com ventilação suficiente.

As cadeiras na recepção não são suficientes, porém já colocamos algumas nos corredores. Já foram solicitadas cadeiras para as mães dar aleitamento. Contudo, tendo em conta a quantidade de atendimentos na unidade, e a demanda dos usuários, às vezes o número de cadeiras não é suficiente; por isso é preciso colocar em ocasiões os usuários na sala de reuniões.

A sala de vacinação não está em um local que permita a circulação livre das pessoas, porém é uma das primeiras: antes de entrar no corredor dos consultórios e para evitar que as pessoas fiquem de pé colocamos cadeiras na frente. Elas são chamadas de maneira organizada, de três em três pelos ACS e enfermeira.

Na unidade contamos com equipamentos como balanças de adultos e crianças, esfigmomanômetro, glicômetros, fitas métricas, geladeiras para colocar vacinas, mesas de exame médico e ginecológico e outros. Estes equipamentos estão em boas condições e recebem manutenção de ano em ano. Temos alguns deles em quantidades insuficientes tais como balanças de pesagem de crianças. Isto afeta o serviço porque estão colocadas em uma sala da enfermagem e em uma das consultas médicas. Atrapalhando o atendimento dos profissionais e ficando interrompidas as consultas, quando tem que ser pesada alguma criança. Os consultórios têm balanças de adulto, mesas ginecológicas ou de exame médico, esfigmomanômetro e outros equipamentos imprescindíveis. Os insumos ou materiais são quantidades suficientes e são pedidos de mês em mês pelo administrador ou coordenador da unidade.

Quando apresentamos dificuldade com as receitas, elas são impressas na mesma unidade pelas enfermeiras, não atrapalhando o serviço.

Os profissionais de cada instituição de saúde têm atribuições e responsabilidades para a população, as quais estão formadas para melhorar a saúde e o atendimento deles. Dentro das coisas interessantes estão como cada unidade deve funcionar e o seu objetivo, a carga horária de cada um e as suas funções. A partir da análise das atribuições dos profissionais e da unidade observamos que não acompanhamos o plano terapêutico dos usuários que são encaminhados para outros níveis e não fazemos acompanhamento hospitalar. Na verdade às vezes isso não é possível pela distância das unidades e pela carga de trabalho. É muito importante ressaltar que realizamos o acompanhamento após alta hospitalar. Outras das dificuldades é que não realizamos cirurgias menores porque não contamos com equipamentos e anestesia. Realizamos curativos, bandagens e compressas, e às vezes, drenamos alguns abscessos. Só o médico e a enfermeira fazem notificações das doenças infecto contagiosas, porém os outros integrantes da equipe ajudam na identificação de alguns casos. Os médicos não participam do gerenciamento dos insumos, mas isso até o momento não é um problema, porque não temos tido deficiência de insumos e quando acontece é pela falta no almoxarifado central.

A busca ativa dos faltosos só é feita pela enfermeira, a técnica de enfermagem e ACS. O médico informa quando as faltas ocorrem e quais são os que devem buscar. Temos como atribuição encaminhar os usuários para a internação, mas de acordo com o protocolo do município, primeiro encaminhamo-os para os Prontos atendimentos ou Prontos socorros. Lá os usuários são reavaliados e se necessário, internados. Para aumentar a qualidade dos atendimentos, temos que cumprir as atribuições, assim como fazer que os outros cumpram. Temos que garantir que todos cumpram seu horário de trabalho, façam um bom acolhimento e respeitem seus deveres e direitos.

A UBS conta aproximadamente com 16.500 usuários na área de abrangência para as três equipes. Na equipe que atuo há uma população de 5 476 habitantes (dados que superam os estipulados pelos protocolos de atendimento para cada equipe; mas que são devido o aumento da comunidade

adjacentes e pela reorganização feita pela secretária de município) deles 2628 são homens e 2948 mulheres, 72 são menores de um ano; 179 estão de 1 a 4 anos; 1130 possuem de 5 a 14 anos; 3839 de 15 a 59 anos e 256 são maiores de 60 anos. Existe predomínio do sexo feminino, o que está de acordo com as estatísticas mundiais (OMS, 2014). Acredito que podíamos fazer atividades para prevenir doenças frequentes, como por exemplo, no sexo feminino são frequentes as doenças como o câncer de mama e de útero; no sexo masculino o câncer da próstata, dentro de outras. A população é um pouco maior que o esperado, e a equipe está incompleta. Temos uma área não coberta por ACS, realizamos o atendimento deles, e em conjunto com o Conselho Local de Saúde (CLS), programamos ações, visitas domiciliares e outros atendimentos que se fizerem necessários.

A equipe conta com uma população acima do ideal (2400 até 4500 usuários) de acordo com o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mas como a equipe tem falta de um ACS, da equipe de saúde bucal e algumas áreas descobertas; agendamos os usuários dos programas prioritizados e deixamos mais de dez vagas para atendimento das demandas espontâneas. Para viabilizar o atendimento da população, realizamos atendimentos nos dois turnos de atendimento, realizamos classificação de risco dos casos antes de começar o atendimento, para assim garantir que não fique mais sobrecarregado um profissional do que outro. Garantindo assim o atendimento da população.

O acolhimento à demanda espontânea nos ajuda a organizar o nosso trabalho e esclarecer algumas dúvidas. Atualmente, a unidade está fazendo atendimento às demandas espontâneas e aos usuários de livre demanda, como foi estabelecido pela secretária. Essa prática tem coisas boas como uma diminuição da quantidade de usuários nos prontos atendimentos e nos prontos socorros. Mais tem como inconveniente que, pela quantidade de demandas, às vezes, o seguimento programado é pouco, e o principal objetivo da unidade não se cumpre na totalidade já que mais de 60 % da população atendida não é de nossa área de abrangência.

Então, neste momento nossa equipe tem pessoas que fazem acolhimento diário na recepção, eles são os ACS de plantão e as técnicas de enfermagem. Esse acolhimento é feito na sala de reunião para alguns casos

que precisam de maior privacidade. Essa equipe classifica as pessoas, as escutam, as orientam para que serviço deva ser encaminhado e damos prioridade para os casos mais graves.

Com o objetivo de diminuir a sobrecarga dos médicos, e de acordo com o protocolo do município, as enfermeiras fazem as consultas de acompanhamento das gestantes e lactantes, assim como os PCCU (programa de rastreamento do câncer do colo do útero). Se alguns desses usuários têm alguma doença que precise de avaliação médica, este é realizado.

Nos casos de urgências, como aumento da pressão arterial, desidratações, febres entre outros, as técnicas de enfermagem ou enfermeiras verificam a temperatura, pressão arterial ou sinais vitais e avisam para o médico. Em cada horário de atendimento a equipe reserva cinco vagas para o atendimento de demanda imediata, porém se tivermos mais casos estes também são atendidos.

Na unidade temos excesso de demandas em todas as áreas, e geralmente, os usuários são procedentes de áreas fora de cobertura, contudo, atendemos esses usuários, levando em consideração o horário e a capacidade de cada profissional. Encaminhamos o excesso para outros lugares explicando os motivos do encaminhamento para que estes não se sintam mal.

O dentista não faz próteses dentais e às vezes encaminha o excesso das demandas porque não tem materiais e nem condições para fazer próteses. Temos um só dentista que não é suficiente para o atendimento das três equipes. Às vezes os usuários apresentam dor de dente ou inflamação e são tratados pelo clínico geral e depois marcam uma consulta programada com um especialista.

Em geral, ainda temos insatisfações porque alguns usuários sentem-se maltratados quando não existem vagas para o atendimento. Nós fazemos nosso trabalho, informamos, conversamos e escutamos. Explicamos o porquê às vezes alguns usuários precisam ser atendidos antes, porque não todos os que vão podem ser atendidos no mesmo horário ou dia; explicamos também que algumas coisas não dependem de nós, como por exemplo, os atrasos em algumas consultas. Para melhorar o excesso das demandas, usamos a parte das atividades educativas, realizamos atendimentos dos grupos priorizados ou de risco nas casas, então só atendemos quando tem a consulta programada.

O adequado crescimento e desenvolvimento das crianças está determinado por diferentes fatores, assim como pela sua inter-relação com os adultos. (BRASIL, 2013). Elas têm riscos e doenças específicas, por isso temos que fazer um atendimento adequado. Na unidade registramos todas as crianças da área de abrangência da equipe. Esse registro facilitou o preenchimento do caderno sem muita dificuldade. Temos uma cobertura de 72 crianças (66%). Mas, temos que levar em conta que ainda contamos com áreas descobertas e que a secretária pretende ocupar com ACS.

Um total de 100% das puérperas foram orientadas sobre aleitamento materno exclusivo, adequada vacinação, prevenção de acidentes, consultas feitas nos primeiros sete dias do nascimento e todos fizeram o teste do pezinho e a triagem auditiva. Ainda temos dificuldades com as consultas em dia, isso porque a enfermeira estava de férias e houve muita demanda dos usuários na unidade, dificultando-se a seguimento da totalidade dos 100%, contudo todas foram seguidas pelas ACS. Eu como médica estou deixando uma vaga de até cinco usuários pela manhã e pela tarde para a atenção das crianças, contudo essas vagas nem sempre são preenchidas. Alguns dos problemas encontrados são que o cadastro da bolsa família é feito só pela enfermeira e pelas ACS. Acho isso é uma dificuldade porque não é simplesmente avaliar peso e estatura da criança, pelo menos uma vez cada seis meses deveriam receber avaliação nutricional, avaliação do índice de massa corporal e outras avaliações para assim garantir pelo menos um bom estado de saúde deles. .

De acordo com o programa de atendimento das crianças programado pelo Ministério da Saúde (MS), acredito que não estamos seguindo de maneira correta. Temos um protocolo estipulado, conhecido e estabelecido na unidade de saúde, mas na maioria dos casos, não é cumprido pela falta de assistência destes a consulta. Contamos com o registro destes usuários, mais não tem um monitoramento muito frequente. Contamos com um total de 72 crianças, atendidas na ESF, mas ainda temos áreas descobertas pelas ACS, sendo essa a principal dificuldade. Isso afeta o programa porque temos a probabilidade de ter crianças nessas áreas que não são seguidas nas visitas domiciliares ou nas consultas.

As crianças têm seu registro individual, porém não contam com pastas únicas para as fichas delas. Também é bom dizer que os registros não têm boa

qualidade porque tem falta de alguns dados tais como avaliação do índice de massa corporal, avaliação dos reflexos e outros parâmetros de seguimento. Suas consultas são agendadas, mas não tem um seguimento adequado de suas faltas. Posso dizer que toda a equipe participa das atividades de educação de saúde, orientamos as mães sobre adequada alimentação, higiene das crianças, importância das consultas, contudo ainda precisamos avançar na busca de soluções para melhoria da qualidade dos atendimentos e aumentar a participação dos faltosos às consultas.

Não contamos com um profissional responsável pelo planejamento e monitoramento do programa de puericultura dentro da unidade. De acordo com o protocolo interno da unidade a enfermeira faz um planejamento de maneira indireta e informa ou orienta a equipe nas reuniões mensais.

O grupo de puericultura não é próprio da equipe, mais existe um na comunidade, especificamente na igreja, e uma vez por mês uns dos integrantes da equipe participa. As crianças de 1 a 3 anos não são atendidas na puericultura, devido a grande quantidade de usuários que acessam a unidade. Eu no momento estou cadastrando crianças nesta idade que apresentam riscos. Após as consultas orientamos o próximo dia e o mês de retorno.

De acordo com os dados estatísticos a mortalidade materna e infantil, a partir do final dos anos 90 até o ano de 2007, tem caído consideravelmente devido à implementação de uma série de programas e métodos utilizados pelo MS, para melhorar a qualidade de vida da mãe e de seu filho. Portanto, devemos levar em conta que o atendimento pré-natal deva começar muito antes de a mulher estar grávida. Isso se torna possível com um adequado planejamento familiar e incorporando toda a família nas ações de saúde.

O adequado seguimento e controle durante o planejamento familiar garantem a identificação e controle de doenças que podem afetar a gravidez ou puerpério. Na unidade, de acordo com o estabelecido nos protocolos do estado, a enfermagem faz o acompanhamento das grávidas de baixo risco, em conjunto com o médico de cada equipe. Eu conto com uma equipe bastante engajada, onde a enfermeira faz o acompanhamento e com muita frequência alterna comigo. Também realizo consultas de grávidas ou puérperas com doenças agudas com prioridade. Contudo, apresentamos sérios problemas quanto ao acompanhamento pré-natal odontológico porque não temos dentista

na unidade. Isso congestionava as consultas do único médico que tem na unidade, não resolvendo o problema de toda a população grávida. A enfermagem, por questões organizativas, e pela quantidade de demandas, é a encarregada de cadastrar as gestantes, mas eu acredito que também está dentro da minha responsabilidade. Temos um registro das gestantes, ele é organizado e revisado mensalmente pelas enfermeiras e ACS para poder buscar as faltosas, avaliar qualidade de atendimento e adequado seguimento das mesmas.

Na atualidade, a unidade só tem um grupo de gestantes onde se fazem atividades de promoção, psicoterapia e outras. Neste grupo estão integradas todas as grávidas. Na minha equipe não existe um grupo, porque as grávidas residem muito longe e com dificuldade de acesso. As atividades fazem-se no âmbito da comunidade com a participação de alguns integrantes da equipe assim como outros membros da comunidade que desejem integrar-se. Estamos fazendo promoção de saúde e educação social, mas temos que ter estratégias de adesão das grávidas e parceiros nas atividades de promoção da saúde. Por isso estamos iniciando a implementação da participação dos parceiros pelo menos em uma das primeiras consultas de pré-natal para também melhorar a saúde deles.

Apresentamos uma cobertura de 91% (75) das gestantes residentes acompanhadas na área de abrangência. Todas estas gestantes foram cadastradas no primeiro trimestre (75). No mês anterior somente 81% (61) das consultas foram realizadas no mês, não cumprindo com o protocolo das consultas, mas a maioria das faltosas foram atendidas nas visitas domiciliares pelas ACS e o resto da equipe, realizando orientações sobre a importância do seguimento na unidade.

Apresentamos 100% (75), de indicações de todos os exames necessários no primeiro trimestre, assim como a atualização das vacinação contra a dupla adulto- dT e contra a hepatite B. Também incorporamos sulfato ferroso de acordo com o estabelecido pelo protocolo do MS, após das 20 semanas de gestação como ação preventiva. A totalidade, 100% (75), das gestantes são informadas sobre o aleitamento materno exclusivo e todas realizaram um adequado exame ginecológico, assim como o PCCU e exame físico em geral.

Garantimos apenas 23% (31) das avaliações orais. Enfermeiros e médicos fazem um exame superficial oral, porém não contamos com dentista na equipe e a unidade só tem um que não é suficiente. Além disso, atualmente, esse único dentista não está fazendo atendimentos, a maioria são assumidas pelo URAP. O problema já foi informado à secretaria de saúde.

Em relação às puérperas contamos com uma equipe bem ativa, as ACS realizam as orientações sobre a importância do exame médico antes dos sete dias, assim como seu adequado acompanhamento e quando elas não podem ir às consultas realizamos visitas domiciliares. Apresentamos 78% (56) de intercorrências nas consultas, mais nada grave, só assistência como gripe, diarreia, corrimento e condutas solucionáveis na mesma unidade e com seguimento adequado.

Precisamos ainda seguir trabalhando, mas apresentamos problemas reais que podem afetar a saúde das gestantes, esses problemas se dão principalmente por falta de recurso humano.

Levando em conta que as mulheres são a maioria da população mundial, e que nossa área está de acordo com esses dados, é importante realizar um bom controle destas. A quantidade de mulheres de 25 a 64 anos que temos na área, é superior a estabelecida para o Brasil. Apresentamos 90% (1036) de mulheres com PCCU em dia e só 10% (116) ainda em atraso. Acreditamos que isso seja porque a maioria das faltosas não tem vida estável na área, moram de aluguel. Não tenho conhecimento da quantidade de mulheres que tem citopatológicos alterados ou a alteração específica, porque o registro está incompleto e a enfermeira responsável está de férias.

O câncer de mama é uma das doenças que aparecem nas mulheres e seu diagnóstico precoce é primordial. Em nossa área 39% (107) de mulheres estão com mamografias em dia e atualizadas, acredito que é devido à dificuldade de acesso das mulheres as clínicas de exames, contudo o exame físico é realizado na unidade, principalmente nas que apresentam risco. Somado a isso a área apresenta mulheres com doenças sexualmente transmissíveis (DST), que são tratadas de maneira oportuna e notificadas, de acordo com protocolos.

A partir da análise e de acordo com as dificuldades existentes, temos que mudar algumas ações, entre elas, ter um registro 100% completo; ter

reuniões de análise de avaliação e planejamento de ações sistemáticas, padronizar a coleta dos PCCU, bem como consulta de retorno para resultado do exame, que é realizada pela enfermagem, sistematizar as visitas domiciliares, entre outros.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) em conjunto com a Diabetes Mellitus (DM), são duas doenças que estão afetando a população em geral, devido ao envelhecimento populacional e a incidência de fatores de risco da população. Como consequência disso, a população tem ficado mais vulnerável a doenças cardiovasculares e cerebrais. Por isso, o MS, implementou um protocolo de atendimento, no qual espera-se que a população seja atendida de maneira adequada e organizada evitando a prevelência de uma quantidade excessiva de novos casos, assim como de complicações e sequelas.

O acompanhamento de pacientes com HAS, assim como de DM não esta de acordo com o previsto pelo Caderno das Ações Programáticas (CAP), no qual devíamos ter 962 hipertensos e 275 diabéticos em acompanhamento, entretanto, acompanhamos 119 (12%) e 34 (12% do estipulado para o Brasil) respectivamente. De acordo com o último levantamento realizado no ano 2013 o número de usuários três meses antes da intervenção era de 121 hipertensos e 37 diabéticos cadastrados. Portanto, com a atualização do cadastro, observou-se um aumento considerável da quantidade, acredito que esses casos novos já existiam, mas não tinham adequado seguimento ou registro deles.

Temos por objetivo não só melhorar a qualidade de vida dos usuários que tínhamos cadastrados, também orientar os outros a fim de eliminar fatores de risco modificável e estilos de vida inadequados. Volto a ressaltar que temos uma área ainda não coberta pelas ACS, mas fizemos um análise dos indicadores e da cobertura, podendo observar que 100% (121 hipertensos e 37 diabéticos) dos pacientes com estas doenças, foram estratificados de acordo com os riscos cardiovasculares e cerebrais, assim como orientados sobre adequada alimentação e a importância da pratica de exercícios físicos.

No caso dos diabéticos, os 37 (100%) forem examinados adequadamente nas consultas, realizando-se exame dos pés, a sensibilidade deles, e os pulsos tibiais posteriores e pediosos. O problema mais preocupante é que estes usuários só têm avaliação bucal feita pela médica geral, devido à falta do dentista. Outra dificuldade são os faltosos nas consultas, mas a

estratégia é a realização de visitas domiciliares para orientar a importância do adequado seguimento, assim para conhecer a realidade e o estado de saúde deles.

Somado a isso, nem todos os pacientes tem o exame laboratorial periódico em dia, o que deve-se a distância do URAP, onde são feitos os exames e pelo retardo dos resultados. Eu oriento a todos sobre a importância deles, mais recorro como estratégia fazer pelo menos a glicose capilar deles em cada consulta programada.

Para melhorar a qualidade dos atendimentos e ampliar coberturas, devemos traçar soluções: fazer um registro geral e organizado de cada um dos pacientes crônicos, fazer um relatório da qualidade dos atendimentos e discutir nas reuniões da equipe, qualificar o exame físico. Ainda, não realizamos tratamentos medicamentosos dos pacientes alcoólicos, com doenças mentais ou fumantes, mas temos orientações e psicoterapia de apoio, a eles e à família.

A quantidade de idosos em nossa área é de 256, o que representa 73%, estando bastante próximo da realidade, de acordo com a estimativa de envelhecimento da população mundial e brasileira. A população da área de abrangência tem maior número de usuários adultos jovens, do que idosos.

De acordo com os indicadores 100% (256) dos pacientes foram orientados sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, avaliaram-se riscos de morbimortalidade, assim como realizaram investigações dos indicadores de fragilização para velhice. Contamos com 77% (197) dos usuários com cadernetas.

Os pacientes com incapacidades ou doenças que impossibilitem o transporte até unidade ou idosos que moram sozinhos, realizamos visitas domiciliares de mês em mês. Estamos implementando relatórios sobre avaliação, acompanhamento, planejamento das ações em saúde com os idosos. A idade avançada, não é uma doença, mas temos que educar toda a população. Os idosos são pessoa que precisam de afeto, atenção e cuidado continuado, por isso as famílias, junto com a equipe de saúde, desempenham um papel fundamental na vida deles. Devemos educar e tentar incorporar os idosos a atividades.

Nossos maiores desafios são: ter em dia o atendimento dos 100% dos usuários dos grupos de risco; ter um registro organizado e completo de todos

os pacientes da área de abrangência; diminuir o número de demandas espontâneas; melhorar a qualidade de vida de toda a população; ter uma adesão de todos os usuários as atividades feitas nos grupos específicos; ter uma melhor inter-relação entre assistência primária e secundária.

Com o preenchimento dos CAP e dos questionários, comecei a integrar toda a equipe, e observei que a maioria dos problemas são solucionáveis. Percebemos que existia falta de conhecimento das atribuições de cada profissional, assim como de orientação.

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

A diferença entre este relatório e o feito na segunda semana de ambientação, é que agora não olho a unidade de maneira superficial. Ou seja, fiz uma avaliação mais complexa e profunda da unidade onde não só foram avaliadas as condições estruturais dela. Também avaliamos como as características de cada unidade podem afetar o atendimento dos usuários. Avaliamos qualidade de atendimento, dados populacionais, indicadores de saúde. Observando que ainda temos dificuldades para coletar todos os dados estabelecidos nos protocolos para o atendimento adequado dos pacientes, assim como que ainda temos áreas descobertas que apresentam usuários que precisam de um acompanhamento muito mais frequente. Determinamos problemas e traçamos possíveis soluções. Por exemplo, detectamos que as fichas dos atendimentos estão incompletas, que não temos um registro dos planejamentos das atividades, dos agendamentos, dos controles das consultas ou outros documentos para seguimento e monitoramento dos diferentes programas. Podemos dizer que tivemos a oportunidade de avaliar quais são as nossas principais dificuldades em quanto ao seguimento e controle dos usuários. Também observamos que precisamos ofertar maior número de atividades de educação e promoção de saúde para melhorar o conhecimento da população e assim melhorar a sua qualidade de vida. Temos que esclarecer as atribuições de cada um e organizar o nosso trabalho; para o cumprimento dos programas de acordo com o estabelecido nos protocolos de atendimento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças crônicas frequentes no mundo todo e que podem causar sequelas e até morte nos usuários que não recebem um adequado acompanhamento (BRASIL, 2013). No Brasil existem perto de 17 milhões de hipertensos, destes 35% da população de 40 anos ou mais. Estima-se que perto dos 4% das crianças e adolescentes sejam portadores desta doença. Esta doença pode aparecer de maneira assintomática, por isso seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, (BRASIL 2013).

A Diabetes afeta 5,9% dos adultos, prevalecendo o sexo feminino. Na atualidade, existem mais de 12.4 milhões de portadores e estudos acreditam que a principal causa deste aumento pode ser o aumento de usuários obesos. Estas doenças são a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo a diabetes, a principal causa de amputação de membro inferior e representa ainda 62% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica (BRASIL, 2013).

Visto isso, o MS lançou um protocolo de atendimento para garantir que os usuários com essas doenças tenham um seguimento adequado dentro da sua área de saúde. Este protocolo tem como objetivo garantir um bom e completo exame físico, a busca constante de fatores de risco e a indicação de exames para o diagnóstico ou controle da doença. É responsabilidade de cada equipe de saúde conseguir uma boa adesão da população, assim como diminuir a quantidade de pessoas com estas doenças.

Sob esse contexto, a unidade de saúde em que atuo conta com três equipes de trabalho, que realizam o atendimento a três áreas de saúde. As equipes são constituídas por um médico, uma enfermeira, onze Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Duas das equipes estão incompletas porque tem falta do cirurgião dentista e da auxiliar em saúde bucal. A equipe que atuo não conta com eles.

Especificadamente a população hipertensa e diabética da unidade já conta com prontuários médicos específicos onde são registradas as consultas médicas e outras atividades. Através desses registros é possível monitorar esses usuários e fazer a busca ativa dos faltosos.

No início das minhas atividades contávamos com acompanhamos de 119 hipertensos (12%) e 34 diabéticos. Atualmente apresentamos apenas sete (6%) hipertensos e nove (26%) diabéticos com atraso das consultas. Nas consultas são feitas as avaliações destes pacientes de maneira integral, estratificação do risco cardiovascular (100%), exame dos pés, sensibilidade e pulsos tibial posterior e médio (100%). Temos dificuldades para a realização de exames em dia desses usuários, temos apenas 57 (48%) hipertensos e 29 (85%) diabéticos com exames em dia.

A intervenção é importante no contexto da UBS da Vitoria porque apresentamos algumas dificuldades que atrapalham a qualidade dos atendimentos. Dentro das principais dificuldades e limitantes que temos é que só conseguimos recadastrar 50% da população da unidade, devido os diversos problemas já citados anteriormente e que ainda não foram resolvidos. Os aspectos positivos que viabilizam a intervenção são a imensa disposição de fazer mudanças para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Objetivamos implementar ações que melhorem a qualidade de vida dos usuários, que diminuam os fatores de risco; assim como promover o conhecimento dos usuários sobre a sua doença e como ter uma melhor qualidade de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Saúde da Família Vitoria. Município Rio Branco. Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabético.

Metas:

1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência de acordo com o programa de atendimento aos Hipertensos e diabéticos.

1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência de acordo com o programa de atendimento aos Hipertensos e diabéticos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade dos atendimentos dos pacientes com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Metas:

2.1. Garantir a realização de um exame físico adequado a 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial.

2.2. Garantir a realização de um exame físico adequado a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

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

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

2.5. Priorizar a prescrição de tratamento a 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial.

2.6. Priorizar a prescrição de tratamento a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

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

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

Objetivo 3: Garantir uma boa adesão dos pacientes Hipertensos e Diabéticos as consultas.

Metas:

3.1. Garantir a busca ativa a 100% dos hipertensos faltosos às consultas.

3.2. Garantir a busca ativa a 100% dos diabéticos faltosos às consultas.

Objetivo 4: Garantir o registro do 100% dos pacientes com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Metas:

4.1. Garantir que o 100% dos pacientes com Hipertensão arterial tenham fichas de seguimento.

4.2. Garantir que o 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus tenham fichas de seguimento.

Objetivo 5: Garantir a estratificação do risco cardiovascular de 100% dos pacientes com HAS e Diabetes Mellitus.

Metas:

5.1. Realizar a estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com Hipertensão arterial.

5.2. Realizar a estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

Objetivo 6: Garantir a promoção de saúde ao 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Metodologia

. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vitória, no Município de Rio Branco, estado Acre. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos. Tendo como população alvo 833 hipertensos e 205 diabéticos.

2.3.1. Detalhamento das ações

Ações do objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência de acordo com o programa de atendimento aos Hipertensos e diabéticos.

1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência de acordo com o programa de atendimento aos Hipertensos e diabéticos.

Ações de monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de Hipertensos / Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético da Unidade de Saúde.

Detalhamento:

O monitoramento do número de hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde será realizado pelas ACS nas visitas domiciliares da comunidade, pelo médico e enfermeira da unidade. Para isso vai ser utilizada a ficha espelho e as planilhas de coletas de dados fornecidos pela universidade. Este monitoramento vai ser realizado periodicamente (sempre que exista um caso novo).

Ações de organização e Gestão do Serviço

1. Garantir o registro dos hipertensos/diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento:

Para garantir esta ação, cada ACS vai atualizar o registro estabelecido para o atendimento de cada paciente hipertensos/Diabéticos durante o cadastro na comunidade. Pela sua parte, o médico e a enfermagem vão

atualizar os registros dos pacientes na comunidade, assim como o preenchimento da carteirinha de hipertensos/diabéticos. Tentando fazer a maior quantidade de registros possíveis nestes quatro meses.

2. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Hipertensão Arterial/Diabetes Mellitus.

Detalhamento:

O acolhimento vai ser garantido pelas ACS e a técnica de enfermagem, bem como na recepção e classificação dos hipertensos/Diabéticos da unidade, diariamente, e nos dois turnos de trabalho.

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

Detalhamento:

O administrador da unidade vai revisar o almoxarifado para ver se há quantidade suficiente de materiais para garantir a aferição da pressão arterial. No caso de não haver, ele vai coordenar com o gestor a solução do problema. Tudo isto vai ser feito antes do início da intervenção.

Ação de engajamento Público

1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira serão os encarregados de informar a comunidade mediante palestras e atividades de grupo, sobre a existência do programa. Os ACS são os que vão divulgar a existência do programa mediante a colocação de cartazes na comunidade, assim como que fará a entrega das cadernetas de hipertensão e diabetes.

2. Informar a comunidade a importância da tomada da pressão arterial aos maiores de 18 anos, pelo menos uma vez ao ano.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira orientarão sobre importância da aferição da pressão arterial, nas palestras, bem como realizar palestras periodicamente na unidade.

3. Orientar a comunidade sobre fatores de risco para ter esta doença.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão ser os encarregados de orientar a comunidade mediante as palestras feitas de maneira periódica na unidade.

Ações de qualificação da Prática Clínica

Capacitar as ACS para o cadastro dos Hipertensos/Diabéticos.

Detalhamento:

A capacitação sobre o cadastro dos hipertensos vai ser feita por uma ACS, na reunião da equipe. Esta ACS vai ser capacitada previamente pela enfermeira da equipe.

Capacitar a equipe para medir a pressão arterial de forma criteriosa e adequada incluindo uso do manguito.

Detalhamento:

Esta capacitação vai ser feita pelo médico, na reunião da equipe, de acordo com o estabelecido no protocolo de atendimento.

Ações do objetivo 2 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Metas:

2.1. Garantir a realização de um exame físico adequado a 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial.

2.2. Garantir a realização de um exame físico adequado a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

Ações do Monitoramento e Avaliação

1. Monitorar a realização do exame físico apropriado nos pacientes Hipertensos/Diabéticos.

Detalhamentos:

O monitoramento do correto exame físico dos hipertensos/diabéticos será feito por duas ACS e a técnica de enfermagem (equipe de monitoramento), mediante a revisão das fichas espelhos estabelecidos.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

1. Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos pacientes hipertensos/Diabéticos.

Detalhamento:

O médico vai definir de acordo com o protocolo, quais são as atribuições de cada membro da equipe na realização do exame físico dos pacientes hipertensos/diabéticos.

2. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade, sobre hipertensão/Diabetes.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão organizar a capacitação dos profissionais sobre HAS, na reunião da equipe, de acordo com o estabelecido no protocolo de atendimento destes pacientes.

3. Estabelecer a periodicidade com que serão atualizados os profissionais sobre hipertensão/Diabetes.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão estabelecer a periodicidade com que vão ser atualizados os profissionais sobre HAS e DM, na reunião da equipe, de acordo com o estabelecido no protocolo de atendimento destes pacientes.

4. Disponibilizar a versão atualizada do protocolo de hipertensão/Diabetes, de maneira impressa, na unidade.

Detalhamento:

A enfermagem vai colocar uma versão impressa do protocolo de atendimento aos hipertensos/diabéticos na unidade, de acordo com o estabelecido no MS.

Ações de Engajamento Público.

1. Orientar a comunidade sobre importância do exame físico dos pacientes hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

As ACS junto com a equipe de acolhimento vão informar diariamente a comunidade sobre importância do exame físico dos hipertensos/diabéticos. Para isso utilizarão as diferentes técnicas educativas.

2. Orientar aos pacientes e a comunidade sobre fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes nos pacientes hipertensos/diabéticos; assim como orientar a importância da avaliação dos pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas previamente.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira, em cada consulta, vão aproveitar para orientar os pacientes sobre fatores de risco, como preveni-los e a importância do exame dos pés, sensibilidade das extremidades e pulsos. Esta atividade vai ser feita em cada consulta. Os ACS vão utilizar materiais informativos tais

como cartazes onde vão colocar os fatores de risco destas doenças, para colocar na comunidade e que eles conheçam como evitar eles.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

1. Capacitar à equipe sobre a realização adequado do exame clínico dos hipertensos/Diabéticos.

Detalhamento:

A capacitação vai ser feita pelo médico, mensalmente, na reunião da equipe. Seu apoio para a capacitação vai ser o manual de atendimento aos pacientes hipertensos/Diabéticos, estabelecidos pelo MS.

Metas:

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

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

Ações de Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de pacientes hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo ao protocolo da unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos/Diabéticos que tem exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento da intervenção (duas ACS e a técnica de enfermagem) vão monitorar o número e periodicidade de pacientes hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais indicados. Com a utilização das planilhas eletrônicas e as fichas espelhos.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Garantir a solicitude dos exames complementares aos hipertensos/Diabéticos.

Detalhamento:

O médico, nas consultas, vai garantir a solicitação dos exames complementares de acordo com a frequência estabelecida pelo MS, para os

hipertensos/diabéticos. Para isso utilizará o protocolo de atendimento a estes pacientes.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares dos hipertensos/diabéticos definidos pelo protocolo.

Detalhamento:

O médico vai coordenar com o gestor agilidade do resultado dos exames. Para isso vai utilizar as portarias e manuais para o seguimento dos hipertensos/diabéticos.

Estabelecer sistema de alerta dos exames preconizados para hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

O médico vai estabelecer a frequência, onde e quando vão ser feitos os exames preconizados para os hipertensos e diabéticos. Assim como quando ficar alertas ante os resultados destes. Para isso vai utilizar como guia o protocolo de atendimento para estes pacientes.

Ações de Engajamento Público.

1. Orientar aos pacientes e a comunidade sobre importância da necessidade da realização dos exames laboratoriais nos hipertensos/diabéticos.

2. Orientar aos pacientes e a comunidade sobre a periodicidade com que devem ser feitos estes exames laboratoriais nos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A equipe de acolhimento da unidade vai orientar a comunidade periodicamente sobre a importância da realização e da periodicidade dos exames complementares de acordo com o protocolo de atendimento.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe sobre seguir o protocolo adotado pela unidade, para solicitação dos exames complementares nos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A enfermagem vai capacitar à equipe sobre a o protocolo adotado pela unidade para a solicitação dos exames complementares aos pacientes hipertensos/diabéticos. A capacitação vai ser feita na unidade, na reunião da equipe.

Metas:

2.5: Priorizar a prescrição de tratamento aos 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial.

2.6: Priorizar a prescrição de tratamento aos 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

Ações de Monitoramento e Avaliação.

Monitorar o acesso aos medicamentos das farmácias populares.

Detalhamento:

O médico, a enfermeira e o técnico de enfermagem responsável da farmácia vão monitorar os medicamentos periodicamente. Para assim, garantir que não exista déficit dos medicamentos utilizados para o controle da pressão arterial/diabetes mellitus.

Ações de Organização e Gestão do Serviço.

1. Realizar controle do estoque dos medicamentos, incluindo a validade.

2. Manter um registro das necessidades dos medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade.

3. Organizar o controle, solicitação e registro dos medicamentos da HAS e DM.

Detalhamento:

O controle do estoque vai ser feito semanalmente pelo técnico de enfermagem responsável da farmácia para ter em conta as necessidades destes medicamentos. De maneira diária, ele vai fazer o controle dos que forem prescritos.

Ações de Engajamento Público

Orientar a comunidade sobre direitos dos usuários de ter acesso aos tratamentos da farmácia popular assim como as possíveis alterações para ter este acesso.

Detalhamento:

As ACS junto com a equipe de acolhimento vão orientar a comunidade sobre a existência na unidade de uma farmácia que dispõe de medicamentos gratuitos para hipertensos/Diabéticos (assim como para outras doenças).

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Realizar capacitação dos profissionais sobre tratamento atualizado da HAS e DM.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão capacitar a equipe sobre a prescrição dos medicamentos aos hipertensos/diabéticos. A capacitação será feita na reunião da equipe, de acordo com o manual de atendimento estabelecido.

Capacitar os profissionais para orientar os usuários sobre alterações para obter acesso a medicamentos da farmácia.

Detalhamento:

O médico e a enfermagem vão capacitar os ACS sobre como e quais informações devem dar aos pacientes para ter acesso aos medicamentos. A capacitação vai ser feita na reunião da equipe com a utilização do manual de atendimento destes pacientes.

Capacitar a equipe sobre adequado registro e controle do tratamento da HAS e DM.

Detalhamento:

O técnico de enfermagem vai capacitar a equipe sobre o adequado controle e registro dos medicamentos. Esta capacitação será feita mensalmente na reunião da equipe. Utilizando-se o protocolo de atendimento aos hipertensos assim como as guias de medicamentos do SUS.

Metas:

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

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

Ações do Monitoramento e Avaliação.

Monitorar os pacientes hipertensos/Diabéticos que precisam atendimento odontológico.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento, mediante a utilização das fichas espelhos e a planilha eletrônica, irão monitorar os pacientes hipertensos/diabéticos que precisam de atendimento odontológico.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Organizar ações para avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/Diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira, nas consultas, irão avaliar quais pacientes precisam de atendimento odontológico, já que a nossa equipe não conta com equipe de saúde bucal completa. Para assim ceder os turnos as pessoas que na realidade precisem.

Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão coordenar com a técnica do dentista para deixar pelo menos cinco vagas diárias para o atendimento destes casos. Assim como dos casos agudos. Isso vai ser feito dessa maneira porque não contamos com uma equipe de saúde bucal completa. Então o odontólogo que temos na unidade tem que atender os pacientes de todas as equipes.

Ações de Engajamento Público

Orientar os pacientes e a comunidade sobre importância da avaliação de saúde bucal

Detalhamento:

A equipe de acolhimento e ACS irão informar a comunidade de maneira periódica, sobre a importância da avaliação odontológica assim como o atendimento pelo dentista. Para isso vão utilizar as diferentes técnicas educativas, materiais didáticos e as visitas domiciliares.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe de saúde para avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/Diabéticos.

Detalhamento:

Como a equipe não conta com odontólogo, o auxiliar do dentista vai capacitar a equipe sobre a necessidade do atendimento odontológico e a avaliação, dos pacientes hipertensos e diabéticos. A capacitação vai ser feita na unidade, na reunião da equipe.

Ações do objetivo 3 - Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa de atenção ao hipertenso e ao diabético.

Metas:

3.1. Garantir a busca ativa dos 100% dos hipertensos faltosos às consultas.

3.2. Garantir a busca ativa dos 100% dos diabéticos faltosos às consultas.

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas em protocolo dos hipertensos/diabéticos (consultas em dia).

Detalhamento:

A equipe de monitoramento (duas ACS e a técnica de enfermagem) vai monitorar o registro dos pacientes que não estão indo na consulta, assim como que informarão a equipe para sua busca. Esse monitoramento vai ser feito com as fichas espelhos e planilha de coleta de dados estabelecida pela universidade.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar hipertensos/Diabéticos faltosos.

Detalhamento:

A técnica de enfermagem, junto com ACS, vão revisar as fichas espelhos para monitorar elas e descobrir se existe algum faltoso. E assim organizar a busca dos faltosos, semanalmente.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos/Diabéticos faltosos provenientes das visitas domiciliares.

Detalhamento:

A equipe de acolhimento, diariamente, irá deixar três vagas em cada turno de atendimento para acolher aos hipertensos/diabéticos faltosos.

Organizar uma equipe responsável da busca dos hipertensos/diabéticos faltosos.

Detalhamento:

A enfermagem vai organizar uma equipe de busca dos faltosos, que realizara sua função semanalmente e estará composto pela técnica de

enfermagem e ACS da área dos faltosos. Se for preciso vai estar presente o médico ou a enfermeira.

Ações de Engajamento Público.

1. Informar a comunidade e pacientes sobre a importância da realização das consultas dos hipertensos/diabéticos.
2. Esclarecer aos hipertensos sobre periodicidade preconizada das consultas e sua importância.

Detalhamento:

As equipes de acolhimento junto com ACS da área vão informar a comunidade sobre importância das consultas, assim como sua periodicidade. Esta atividade vai ser efetuada na unidade e na comunidade mesma, de maneira periódica. Mediante as diferentes técnicas educativas.

Ações de Qualificação da Prática Clínica.

1. Capacitar os ACS para realizar orientação dos hipertensos/diabéticos quanto às consultas com periodicidade.
2. Capacitar a equipe da busca dos faltosos sobre como fazer o seguimento dos faltosos nas visitas domiciliares.

Detalhamento:

A enfermagem vai capacitar a equipe de acordo com o protocolo sobre periodicidade das consultas e busca dos faltosos, assim como as técnicas de orientação utilizadas. Esta capacitação vai ser realizada na reunião mensal da equipe.

Ações do objetivo 4 - Garantir o registro a 100% dos pacientes com HAS e DM.

Metas:

- 4.1. Garantir que os 100% dos pacientes com HAS tenham fichas de seguimento.
- 4.2. Garantir que os 100% dos pacientes com DM tenham fichas de seguimento.

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos/diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento:

A equipe formada pela técnica de enfermagem e duas ACS, irão monitorar todos os pacientes hipertensos/diabéticos para que tenham um registro de atendimento, assim como a qualidade deles. Também vamos garantir a troca das carteirinhas dos hipertensos/diabéticos por outras em melhores condições, esse trabalho vai ser feito pela equipe toda.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações de SIAB atualizadas sobre hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

Semanalmente, o médico e a enfermeira vão atualizar a informação do SIAB sobre hipertensão.

Fazer ficha de acompanhamento a todos os hipertensos/Diabéticos da área.

Detalhamento:

A equipe de acolhimento irá fazer a ficha de todos os pacientes hipertensos/Diabéticos. Para isso utilizaremos as fichas espelhos estabelecidos pela universidade.

Pactuar com a equipe a atualização periódica do registro dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão atualizar periodicamente as fichas espelhos e planilha eletrônica estabelecida pelo programa.

Definir o responsável para monitorizar os registros dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão definir uma equipe composta por duas ACS e a técnica de enfermagem para o monitoramento semanal das fichas espelhos e da planilha de eletrônica estabelecida pela universidade.

Ações de Engajamento Público

Orientar a todos os pacientes hipertensos/diabéticos, assim como a comunidade sobre direitos em relação a manutenção de registros de saúde e acesso a segunda via sem necessário.

Detalhamento:

A enfermagem vai colocar na unidade de maneira impressa os direitos dos usuários sobre ter um registro de saúde na unidade e acesso a segunda via.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe sobre preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos hipertensos/diabetes.

Detalhamento:

A técnica de enfermagem irá capacitar à equipe de acolhimento, na reunião da equipe, sobre o adequado preenchimento dos registros para o acompanhamento dos pacientes hipertensos/diabéticos. Para isso utilizara o manual de atendimento destes pacientes.

Capacitar a equipe para o registro adequado e periódico dos procedimentos clínicos feitos em todas as consultas dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

O médico vai aproveitar a reunião da equipe para capacitar sobre adequado e periódico procedimentos clínicos feitos nas consultas dos hipertensos/diabéticos. Para isso vai utilizar o manual de atendimento destes pacientes

Ações do objetivo 5 - Garantir a estratificação do risco cardiovascular nos 100% dos pacientes com HAS e Diabetes M.

Metas: 1.1. Realizar a estratificação do risco cardiovascular dos 100% dos pacientes com HAS.

Realizar a estratificação do risco cardiovascular dos 100% dos pacientes com DM.

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número dos hipertensos/diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento irá fazer a revisão das fichas espelhos, de maneira periódica, com o objetivo de conhecer os pacientes que tem estratificação de risco.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Realizar no registro coletivo dos hipertensos/diabéticos, classificação do risco.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão preencher a planilha eletrônica dos pacientes (disponibilizada pela universidade), com uma atualização periódica da mesma.

Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos/diabéticos avaliados como de moderado ou alto risco.

Detalhamento:

A equipe de acolhimento vai deixar cinco vagas para agendar os pacientes hipertensos/diabéticos de moderado ou alto risco. Os pacientes vão sair da consulta médica com a consulta agendada.

Organizar a agenda para garantir o atendimento destas demandas.

Detalhamento:

A equipe de acolhimento tendo em conta que tem que deixar cinco vagas para o atendimento destes pacientes, vai organizar a agenda para que eles tenham as consultas programadas, com uma diferença de até três dias para isso. De acordo com o protocolo estabelecido.

Ações de Engajamento Público

Orientar os usuários hipertensos/diabéticos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira nas consultas irão informar aos pacientes sobre a importância de seu risco assim como do acompanhamento regular. De acordo com o estabelecido pelo manual de seguimento.

Orientar a comunidade e pacientes hipertensos/diabéticos sobre importância do controle adequado dos fatores de risco modificáveis (alimentação, hábito de fumar e outros).

Orientar a comunidade e pacientes hipertensos/diabéticos sobre quais são os fatores de risco.

Detalhamento:

ACS irão orientar periodicamente a comunidade sobre importância do controle dos fatores de risco. Para isso utilizarão palestras, vão fazer cartais com as informações sobre quais são os riscos destas doenças e como controlar eles, assim como outros meios educativos.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe sobre como determinar fatores de risco e estratificação nos hipertensos/diabéticos, seguem o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos.

Detalhamento:

A enfermagem na reunião da equipe vai capacitar a todos sobre como determinar os fatores de risco e sua estratificação. Para isso vai se apoiar em o manual de seguimento e utilizara materiais como CD e carteis.

Capacitar a equipe sobre como registrar estas avaliações e sua importância.

Capacitar equipe sobre quais são os fatores de risco e as estratégias para o controle dos fatores modificáveis nos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A enfermagem na reunião da equipe vai capacitar a todos sobre como avaliar os fatores de risco e sua importância. Para isso vai se apoiar no manual de seguimento e utilizara materiais como CD e cartais (estes últimos vão ser conter dados sobre riscos destas doenças e importância da sua avaliação; e serão colocados tanto na unidade como na área de abrangência).

Ações do objetivo 6 - Promover saúde para pacientes hipertensos e diabéticos da unidade de saúde

Metas:

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

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

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientações sobre nutrição saudável aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento vai utilizar as planilhas de coleta de dados e fichas espelhos dos hipertensos/diabéticos, para o monitoramento das orientações sobre nutrição saudável.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Criar um grupo de hipertensos/diabéticos, e organizar com eles praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento:

O médico e a enfermagem irão criar um grupo de hipertensos/diabéticos para falar de alimentação saudável utilizando materiais didáticos para realizar as orientações, de acordo com o manual.

Criar junto com o gestor municipal, parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades, com hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A enfermagem vai acertar com o gestor sobre a importância de fazer parcerias institucionais para envolver nutricionistas em algumas atividades de acordo com o estabelecido pelo ministério.

Ações de Engajamento Público

Orientar hipertensos/diabéticos e familiares sobre alimentação saudável e sua importância.

Detalhamento:

O médico e a equipe de acolhimento vão orientar a comunidade sobre alimentação saudável e sua importância. Para isso utilizaremos materiais didáticos e técnicas educativas.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe sobre pratica saudável de alimentação dos hipertensos/diabéticos.

Capacitar a equipe sobre metodológica de educação de saúde dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A enfermagem vai capacitar a equipe sobre prática saudável de alimentação, de acordo com o manual de atendimento destes pacientes. A capacitação vai ser feita na unidade, na reunião da equipe.

Metas:

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

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

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientações para atividades físicas regulares aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento vai utilizar as planilhas de coleta de dados e fichas espelhos dos hipertensos/diabéticos, para o monitoramento das orientações sobre prática regular de exercício físico.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Criar um grupo de hipertensos/diabéticos, e organizar com eles práticas coletivas para orientação de atividades físicas.

Criar junto com o gestor municipal, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

Detalhamento:

O médico e a enfermagem vão criar um grupo de hipertensos para organizar práticas coletivas para orientar sobre atividades físicas. Utilizando materiais didáticos para brindar as orientações aos hipertensos, de acordo com o manual.

Ações de Engajamento Público

Orientar hipertensos/diabéticos e familiares sobre quais são as práticas de exercícios físicos e sua importância.

Detalhamento:

O médico e a equipe de acolhimento vão orientar a comunidade sobre prática de exercícios físicos e sua importância. Para isso utilizaremos materiais didáticos e técnicas educativas.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe sobre promoção da prática de exercício físico dos hipertensos/diabéticos.

Capacitar a equipe sobre metodologia de educação de saúde dos hipertensos.

Detalhamento:

A enfermagem vai capacitar a equipe sobre prática saudável de exercícios físicos; de acordo com o manual de atendimento destes pacientes. A capacitação vai ser feita na unidade, na reunião da equipe.

Metas:

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

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

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientações sobre tabagismo aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento vai utilizar as planilhas de coleta de dados e fichas espelhos dos hipertensos/diabéticos, para o monitoramento das orientações sobre tabagismo e suas consequências.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Demandar ao gestor sobre a necessidade da compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

Detalhamento:

O médico vai demandar ao gestor a necessidade da compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo dos pacientes hipertensos/diabéticos, de acordo com o estabelecido pelo MS.

Criar um grupo de tabagistas, para falar deste fator de risco e brindar psicoterapia de apoio.

Detalhamento:

A técnica de enfermagem vai criar um grupo de tabagismo onde incluirão hipertensos/diabéticos, para tratar o tema do tabagismo e suas consequências. Serão utilizados materiais didáticos. A reunião vai ser periodicamente.

Ações de Engajamento Público

Orientar a hipertensos/diabéticos tabagistas sobre fatores de risco, consequências e a existência de tratamento para o abandono do tabagismo.

Detalhamento:

O médico e a equipe de acolhimento vão orientar a comunidade sobre tabagismo e sua influência na saúde das pessoas. Para isso utilizaremos materiais didáticos e técnicas educativas.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe sobre tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes hipertensos/diabéticos tabagistas.

Capacitar a equipe sobre metodologia de educação em saúde dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

O médico vai capacitar a equipe sobre tratamento farmacológico e não farmacológico do tabagismo; de acordo com o manual de atendimento destes pacientes. A capacitação vai ser feita na unidade, na reunião da equipe.

Capacitar a equipe sobre técnica de psicoterapia de apoio dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A técnica de enfermagem vai capacitar a equipe sobre técnicas de psicoterapia de apoio aos hipertensos/diabéticos tabagistas. A capacitação vai ser na reunião da equipe, mensalmente. Utilizara materiais didáticos.

Metas:

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

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

Ações do Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A equipe de monitoramento vai utilizar as planilhas de coleta de dados e fichas espelhos dos hipertensos/diabéticos, para o monitoramento das orientações sobre higiene bucal e sua importância de maneira periódica.

Ações de Organização e Gestão do Serviço

Organizar um tempo nas consultas para brindar orientações individuais sobre higiene bucal e sua importância.

Detalhamento:

O médico vai aproveitar as consultas para realizar as orientações individuais sobre saúde bucal, assim como sua importância. Isso é porque não contamos com equipe de saúde bucal na equipe.

Ações de Engajamento Público

Orientar os hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre importância da higiene bucal.

Detalhamento:

O médico e a equipe de acolhimento vão orientar a comunidade sobre saúde bucal. Para isso utilizaremos materiais didáticos e técnicas educativas. Essas atividades vão ser feitas por esses membros porque não contamos com equipe de saúde bucal.

Ações de Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para brindar orientação sobre saúde bucal dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento:

A assistente de saúde bucal (pertencente à equipe da Vitória I) vai capacitar a equipe sobre como brindar orientação de saúde bucal aos hipertensos sobre saúde bucal. A capacitação vai ser na reunião da equipe, mensalmente. Utilizara materiais didáticos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabético.

Metas:

Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência de acordo com o programa de atendimento aos Hipertensos e diabéticos.

Indicador de cobertura de atenção a Hipertensos.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

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

Metas:

1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência de acordo com o programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos.

Indicador de cobertura de atenção a diabéticos.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade dos atendimentos dos pacientes com HAS e DM.

Metas:

2.1. Garantir a realização de um exame físico adequado aos 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Metas:

2.2. Garantir a realização de um exame físico adequado a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Metas:

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

Indicador de qualidade: 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.

Metas:

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

Indicadores de qualidade: 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.

Metas:

2.5. Priorizar a prescrição de tratamento a 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial.

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

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

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

Metas:

2.6. Priorizar a prescrição de tratamento a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Metas:

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

Indicador de qualidade: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

Indicador de qualidade: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 3: Garantir uma boa adesão dos pacientes Hipertensos e Diabéticos as consultas.

Metas:

3.1. Garantir a busca ativa a 100% dos hipertensos faltosos às consultas.

Indicadores de Adesão: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Metas:

3.2. Garantir a busca ativa a 100% dos diabéticos faltosos às consultas.

Indicador de adesão: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Objetivo 4: Garantir o registro do 100% dos pacientes com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Metas:

4.1. Garantir que o 100% dos pacientes com Hipertensão arterial tenham fichas de seguimento.

Indicador de Registros: 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.

Metas:

4.2. Garantir que o 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus tenham fichas de seguimento.

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

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

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

Objetivo 5: Garantir a estratificação do risco cardiovascular no 100% dos pacientes com HAS e DM.

Metas:

5.1. Realizar a estratificação do risco cardiovascular para 100% dos pacientes com Hipertensão arterial.

Indicadores de estratificação de risco: 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.

Metas:

5.2. Realizar a estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

Indicadores de estratificação de risco: 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.

Objetivo 6: Garantir a promoção de saúde ao 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

Indicadores de Promoção: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

Indicadores de Promoção: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

Indicador de promoção: Proporção de Hipertensos com orientação sobre saúde bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre saúde bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas:

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

Indicador de promoção: Proporção de diabéticos com orientação sobre saúde bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre saúde bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção primeiramente vamos avaliar todos os programas nos quais estávamos fazendo atendimento e tínhamos alguma dificuldade, assim como na qualidade do atendimento dos mesmos. Para fazer esta intervenção primeiramente vamos ter a avaliação da integralidade e qualidade dos atendimentos. Primeiramente vamos avaliar a cobertura da nossa área de atendimento. A avaliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos vai ser feita com o cadastro dos pacientes com estas doenças na área e na unidade de saúde, todas as semanas. Essa avaliação vai ser feita pelos agentes de saúde com o registro e cadastro no SIAB de todos os

pacientes, nos casos novos, o médico ou enfermagem da unidade irão cadastrar todos os pacientes que tenham essa doença e cheguem para ser atendidos na unidade, para isso vão ser utilizados os computadores disponibilizados pela secretaria de saúde, na unidade; assim como os prontuários e documentos de cada um dos usuários cadastrados.

O cadastro vai ser realizado em diferentes tempos, na primeira semana da intervenção, vai ser feita a continuidade do cadastro de casos novos. Para isso vamos utilizar os computadores, disponibilizados pela secretaria de saúde do município; os quais estão em cada uma das salas de atendimento e fichas de cadastro destes pacientes, impressas na unidade com a utilização de papel e impressoras disponibilizadas pela secretaria de saúde.

O acolhimento destes casos vai ser feito na unidade pela equipe de acolhimento, nos dois horários de atendimento, todas as semanas da intervenção. Com a criação dos registros únicos foi possível melhorar o acolhimento porque a equipe não só tinha melhor organização das fichas no momento da busca; também tinha mais tempo para realizar informações aos usuários. Toda a equipe tem a responsabilidade de informar e orientar à comunidade sobre importância do cadastro destes pacientes, fatores de risco e a importância de tomar a pressão arterial. Isso vai ser feito com o objetivo de alcançar uma cobertura de atendimento de 80% ou mais, para isso vão receber capacitações sobre as doenças e vão colocar cartais impressos na unidade, com informações concretas sobre essas doenças, seus fatores de risco e outras coisas.

O médico vai ser o responsável de capacitar-se e capacitar a enfermeira e técnicas de enfermagem sobre maneira adequada de tomar a pressão arterial. A enfermeira vai capacitar a equipe sobre a maneira adequada de realização do cadastro de hipertensos e diabéticos. Essas capacitações vão ser feitas na unidade, durante a reunião da equipe, com a utilização do caderno de atenção aos pacientes com estas doenças, contamos com um caderno de atendimento aos hipertensos e diabéticos disponibilizado pelo MS e vão ser impressos outros na unidade. Assim como que vai ser feita como uma palestra, no começo da intervenção. Estas atividades tem o objetivo principal de aumentar a quantidade de atendimento de hipertensos e diabéticos, assim como ter uma equipe muito mais preparada para isso.

Tendo em conta a qualidade dos atendimentos, o médico e enfermagem da unidade realizarão o atendimento integral dos pacientes, fazendo o exame físico, indicação de exames complementares e o possibilitando o acesso ao tratamento e atendimento odontológico, para isso utilizarão as fichas e prontuários impressos na unidade para cada usuário; assim como que utilizarão outros materiais disponibilizados pela secretaria para o atendimento destes usuários tais como esfigmomanômetro, glicômetro, fita métrica e outros. Esse atendimento vai ser feito na unidade, todos os dias. A equipe de monitoramento formada por duas agentes de saúde e a técnica de enfermagem, vão avaliar a realização e cumprimento de todas as avaliações mencionadas. Isto vai ser feito com a utilização dos prontuários e fichas espelhos providenciadas pela universidade. A avaliação dos prontuários vai ser feita de maneira periódica, semanalmente. Essa avaliação vai ser feita pelo médico e enfermeira diariamente em todos os atendimentos feitos nestes pacientes.

A enfermeira na reunião da equipe, com uma palestra feita no começo da intervenção, vai explicar a atribuição de cada membro da equipe na intervenção e no trabalho diário. O médico junto com dois agentes de saúde capacitará a equipe em uma palestra feita no início da intervenção sobre a periodicidade dos atendimentos e indicação de exames, tratamento destas doenças, fatores de risco e outras coisas. Na mesma reunião vamos determinar quem é a pessoa responsável pelos controles de estoque dos medicamentos, assim como manter o registro destes tratamentos. Os responsáveis destas atividades vão ser o técnico de enfermagem responsável pelo atendimento da farmácia, a enfermeira e o médico. Para tudo isso vamos utilizar o caderno de atenção a hipertensos e diabéticos

Para uma melhor adesão destes pacientes e tendo em conta que nas avaliações dos prontuários identificamos que a periodicidade das consultas não é a adequada, organizaremos visitas para sua busca. A equipe de monitoramento vai avaliar semanalmente se os pacientes agendados assistem as consultas e vão orientar a equipe de busca de faltosos, composta pelos agentes de cada área, assim como a técnica de enfermagem, enfermeira e medica nos casos que seja preciso, da falta destes pacientes. Estas atividades vão ser feitas na área, mediante as visitas domiciliares. O técnico de

enfermagem, com o apoio do caderno de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos estabelecido pelo MS vai capacitar ao pessoal da equipe, na reunião da equipe feita na primeira semana da intervenção, sobre importância das consultas e sua periodicidade.

O registro dos usuários hipertensos e diabéticos, junto com as fichas espelhos disponibilizados pela universidade, vão ser uma fonte de seguimento periódico (mensalmente) feito pela equipe de monitoramento que vai ser organizada (duas agentes de saúde e a técnica de enfermagem). Esta ação vai ser avaliada por causa da má qualidade dos prontuários, assim como a desatualização do SIAB. Os responsáveis da coleta dos dados gerais das fichas dos casos novos são os agentes responsáveis pelo acolhimento, mas o médico e a enfermeira, também poderão coletar estes dados individuais ou atualiza. As fichas vão ser impressas na unidade pelo administrador, vai ser utilizado computador, impressoras e papel disponibilizados pela secretaria de saúde.

Mediante a utilização dos prontuários e fichas espelhos, que vão ser impressos na unidade pelo administrador, o médico e a enfermeira vão fazer um atendimento de qualidade com todos os dados estabelecidos pelo MS. Essas fichas e prontuários tem que estar impressos em quantidades suficientes antes do começo da intervenção. Na unidade, a técnica de enfermagem vai colocar em vários locais, de maneira impressa, os direitos dos usuários e acesso à segunda via de prontuários se for preciso. A equipe vai orientar à comunidade da área da unidade acerca das consultas, com palestras e outras atividades educativas, semanalmente, sobre os direitos em relação à manutenção dos registros e se for preciso a solicitação de uma segunda via. A equipe vai ser capacitada sobre a maneira adequada do preenchimento das fichas assim como a coleta de dados. Para as capacitações vai ser utilizado o manual de atendimento aos hipertensos e diabéticos; assim como cartaz e outros materiais impressos para facilitar isto.

No Brasil e no mundo existe uma quantidade significativa de pessoas que tem descontrole da pressão arterial ou da glicose, com algumas sequelas secundarias. Na maioria dos casos isso é porque os usuários estão expostos aos fatores de riscos que podem causar alterações severas no seu estado de saúde. Tendo em conta isto e para avaliar os riscos, o médico vai ser o

responsável pelo monitoramento da aparição de riscos, colocando os dados obtidos em cada consulta nas fichas espelhos e nos prontuários, de acordo com o estabelecido pelo caderno de atendimento.

A enfermeira vai capacitar a equipe sobre fatores de risco e maneira de avaliar riscos nos diabéticos e hipertensos. Para isso vai utilizar o Caderno de atenção aos hipertensos e diabéticos o qual está disponível de maneira impressa e eletrônica na unidade, para ser utilizado e estudado por qualquer dos representantes da equipe. Também vai ser garantido o registro individual e único destes usuários, onde sejam colocados seus riscos para assim garantir a priorização dos atendimentos. Na unidade vamos colocar cartazes e a enfermeira vai dar palestras sobre riscos nestas doenças e maneiras de evitá-los. Também vamos aproveitar a reunião da equipe para capacitar toda a equipe ao respeito.

O médico da saúde da família, assim como toda a equipe que forma a unidade, estarão na responsabilidade de manter informada a comunidade sobre ações para evitar a aparição destas doenças, assim como suas complicações. Dentro delas temos que o médico, enfermeira e as ACS tem que realizar atividades de promoção de saúde nestes pacientes sobre tabagismo, pratica de exercícios, adequada alimentação e outros. Utilizando para isso o apoio de nutricionistas, professores e do gestor do município assim como materiais e locais apropriado para fazer estas atividades. Na reunião da equipe antes do começo da intervenção alguns agentes de saúde vão capacitar a equipe ao respeito, com a utilização do caderno de atendimento.

2.3.4 Cronograma

rastreamento, assim como fatores de risco e seguimento destes usuários de acordo com o protocolo.													
7. Capacitação da equipe sobre protocolo de atendimento aos hipertensos e diabéticos	X												
8. Definir atribuições de cada um dos membros da equipe para melhorar qualidade dos atendimentos.	X												
9. Garantir a realização de atividades de promoção de saúde aos hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10. Garantir uma boa relação, apoio e conhecimento do programa por parte das lideranças da comunidade.	X			X				X					X
11. Grupo de hipertensos e diabéticos	X			X				X					X

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A hipertensão arterial junto com a Diabetes Mellitus são doenças crônicas que afetam com frequência a saúde da população do mundo (OMS, 2014). Estas doenças com frequência ficam descontroladas e podem levar a complicações, aumentando o número de pacientes que assistem as urgências medicas para tratar estas. Tendo em conto isso e alguns estudos feitos, à equipe decidiu fazer a intervenção sobre estas doenças. De maneira geral a intervenção aconteceu com algumas dificuldades as quais sinalizarei depois, mas forem superadas de pouco a pouco. Resumindo a nossa intervenção durante estes três meses posso dizer que tínhamos uma população alvo de 833 hipertensos e 205 diabéticos. Terminamos com uma cobertura de atendimento de 152 hipertensos e 40 diabéticos na nossa área. A cobertura destes pacientes foi aumentando com o cadastro dos casos novos durante a intervenção. Isso foi pela campanha de divulgação feita na área de abrangência sobre a existência deste programa na unidade. Tínhamos como meta no começo da intervenção, 80% da cobertura dos hipertensos e diabéticos da área, mas na verdade não conseguimos cumprir na totalidade da meta, conseguimos só uma cobertura de 18.2% dos hipertensos e 19.5% dos diabéticos.

Antes do começo da intervenção nós fizemos um cronograma das ações que tínhamos planejado. No começo foi um pouco difícil adaptar-nos mais conseguimos organizar o nosso trabalho e distribuir as atividades de acordo com as atribuições de cada um e atingimos uma intervenção exitosa. Não tivemos dificuldade nenhuma para o monitoramento dos pacientes

cadastrados, assim como para garantir o registro deles, porque na nossa unidade foi feita no começo da intervenção uma capacitação das ACS. O médico e a enfermeira garantiram o cadastro dos casos novos e com a ajuda do administrador, conseguimos imprimir na unidade uma ficha de acompanhamento para cada um destes pacientes. Assim, conseguimos fazer um registro único deles para melhorar a busca e monitorização das fichas dos hipertensos e diabéticos.

A equipe de acolhimento da unidade foi capacitada para garantir uma boa recepção e agendamento dos pacientes. Quanto ao acolhimento, no começo foi uma das dificuldades apresentadas porque tivemos que educar toda a população sobre a existência do programa, a importância do acompanhamento destes usuários e a prioridades dos atendimentos deles. Tivemos que preparar a equipe para, de maneira educada, orientar cada usuário de acordo com seu nível cultural ou educacional ao respeito. No final, conseguimos garantir vagas de atendimento a estes pacientes nos dois horários de atendimento, assim como vagas para a recuperação dos faltosos.

Na intervenção, os responsáveis pela atualização dos registros individuais de todos os hipertensos e diabéticos. Estes mantiveram atualizados os exames clínicos dos pacientes e melhoraram a qualidade do preenchido das fichas.

Conseguimos, com o apoio da liderança da comunidade e da equipe, fazer cartazes e murais informativos onde não só foram colocados os fatores de risco para estas doenças, como também informamos sobre a existência do programa na nossa unidade. Incentivamos não só informar a comunidade, também fazer com que eles e sua liderança sentirem-se parte da melhora do programa.

A equipe teve, primeiramente, um encontro não formal para falar a respeito de como tinha que ser a nossa intervenção e posteriormente foi programada a capacitação da equipe toda. Pelas situações climatológicas no município (constantes chuvas e alagações) o dia programado para a atividade de capacitação sobre cadastro dos pacientes, adequada tomada da pressão arterial e atualização das fichas de acompanhamento ficou prejudicado, tínhamos pouco mais dos 40% do pessoal.

Capacitamos os profissionais sobre melhora da cobertura, atribuição de cada profissional (a qual foi cumprida por cada um), adequada maneira de preenchimento e monitorização das fichas, periodicidade da avaliação dos pacientes. Organizamos o nosso trabalho de acordo com o estabelecido no protocolo de atendimento a estes pacientes.

Em alguns casos, muitos pacientes abandonaram as consultas porque não tinham tempo para assistir as consultas, porque estavam trabalhando e porque muitas vezes não tinham médico estável na unidade, ou simplesmente, porque achavam que esta doença melhorava após um tempo de tratamento. Cuidamos para que a população tivesse maior informação sobre a doença e que esta informação podia ser verbal, individual ou coletiva. A primeira coisa para superar-nos ao respeito foi à educação de cada paciente sobre sua doença, importância e objetivo do acompanhamento.

No primeiro mês, 98.1% (53) dos pacientes hipertensos que receberam atendimento, tiveram um exame físico adequado de acordo com o estabelecido no protocolo. Isso foi porque nesses dias tivemos como dificuldade a falta de eletricidade a qual afetou uns dos parâmetros fundamentais para o acompanhamento e avaliação nutricional dos pacientes, a pesagem. Na unidade contamos com balanças digitais as quais não funcionam sem eletricidade, mas depois recuperamos a pesagem de alguns dos pacientes durante as reconsultas. Esta dificuldade foi superada de pouco em pouco com o transcurso da intervenção.

Tivemos também dificuldade na realização dos exames complementares. Os profissionais receberam a capacitação para sinais de alerta para os exames, periodicidade e importância da realização destes de acordo com o protocolo. Também contactamos com o gestor e foi possível diminuir a duração do tempo de espera dos resultados dos exames, de 15 ou mais dias para só uma semana. Mas o nosso problema foi à falta de responsabilidade dos pacientes para assistir a coleta das mostras e em alguns casos dos familiares. Os casos que não houve coleta dos exames foram porque são pacientes idosos, que na verdade tem dificuldade para caminhar, mas moram com um filho o qual ainda explicando para ele a importância dos exames, não mostrou interesse nenhum em levar os pais a fazer. Também foi vista a possibilidade de coletar o exame na sua casa e garantimos a ida de um

dos funcionários do laboratório da URAP, a casa destes pacientes, mas como o filho não estava presente os pacientes não quiseram realizar o exame.

Durante cada consulta, visita domiciliar e atividade de grupo, foram feitas atividade de educação em saúde sobre os temas que estavam fazendo parte da intervenção, entre outros que podiam afetar a qualidade da saúde dos pacientes.

Na nossa unidade contamos com uma farmácia que tem a maioria dos medicamentos para tratar estas doenças. Nela trabalha um técnico de enfermagem que recebeu a capacitação suficiente, não só para a entrega destes medicamentos; também para avaliação da data de vencimento deles, a avaliação periódica das necessidades destes medicamentos, quando estão próximos a ficar em falta e fazer o pedido deles para o almoxarifado central. Durante as consultas destes pacientes e tendo em conta as particularidades de cada paciente, tentamos reajustar o medicamento, dose e quantidade dele necessário para manter o controle adequado destas doenças. Colocamos à disposição dos pacientes, os tratamentos da nossa farmácia. Na porta da farmácia foi colocado um documento impresso sobre direitos dos usuários e sítios onde tem medicamentos do Hiperdia à disposição.

Dentro das ações de adesão da nossa intervenção não apresentamos muitas dificuldades. Nós no começo da intervenção também capacitamos a equipe para a busca ativa dos pacientes faltosos, assim como para a realização das visitas domiciliares deles e orientação sobre periodicidade das consultas. Na verdade apresentamos alguns pacientes que por determinados motivos (pessoais, familiares ou de trabalho), não podiam comparecer a consulta agendada, garantimos não só a busca pelas ACS, médico e enfermeira nos casos que for preciso; também fizemos visitas domiciliares para alguns pacientes que por limitações físicas, mentais ou da idade, não podiam comparecer as consultas na unidade. Este foi uns de nossos maiores avanços porque atendemos pacientes que durante muito tempo não eram avaliados por um médico da família, outros que não tinham um tratamento regular e outros que ficaram muito agradecidos e felizes pelo seguimento da equipe, sentindo que a equipe na verdade estava preocupando-se pela sua saúde.

Ficou bem estabelecido que todos somos responsáveis pela atualização do SIAB, mais ficou organizado que a enfermeira atualizaria este,

com os dados proporcionados mensalmente por cada integrante da equipe. Então podemos dizer que com respeito a estas ações que não apresentamos dificuldades, porque contamos com materiais de divulgação suficientes na unidade sobre direitos dos pacientes a ter uma ficha de acompanhamento e a solicitação de uma segunda via se for preciso. Os fatores de risco são situações as quais podem estar expostas alguns pacientes e que podem ou não modificar a qualidade de vida deles, assim como afetar diretamente sobre seu estado de saúde.

Levando em conta isso, nós traçamos algumas ações para não só avaliar os riscos, também para fazer atividades de promoção e prevenção de saúde. Capacitamos o médico e enfermeira sobre atividades de promoção de saúde, quais são os riscos, como estratificar estes e como orientar a população a respeito. Também colocamos meios de informação na comunidade e na unidade para manter informada a população. Capacitar a técnica de enfermagem e agentes de saúde para preparação de palestras sobre estes temas, na unidade. Nestes aspectos a nossa principal dificuldade foi à assistência dos hipertensos e diabéticos as atividades de grupo.

Criamos um grupo de diabéticos e hipertensos para fazer atividades de promoção de saúde, mas durante toda a intervenção não podemos manter nem 50% da assistência deles a estas atividades. No primeiro mês participaram 22 hipertensos (42% dos atendidos) e quatro diabéticos (30.7% dos atendidos). No segundo encontro participaram 71 hipertensos dos atendidos (41.9%) e seis diabéticos (25%). Para o terceiro encontro participaram 73 hipertensos (48.02%) e 18 diabéticos (45%). Fazer atividades de grupo com o 100% dos usuários não foi possível porque alguns estavam trabalhando nesse horário, outros tinham limitações que dificultavam participar ou simplesmente não desejavam participar destas atividades. Durante as atividades de grupo falamos sobre estas doenças, suas complicações, a importância do uso adequado dos medicamentos e seu seguimento periódico. Também aproveitamos para realizar informações sobre o que eles consideravam como alimentação saudável, realizamos atividades de psicoterapia de grupo nos casos dos tabagistas e até praticamos algumas atividades em grupo tais como caminhadas. De maneira geral a maioria achou muito interessante estas atividades porque melhorou o conhecimento deles sobre a sua doença, como

melhorara sua qualidade de vida e foi muito bom também para a equipe. Aproveitamos para conhecer seus pontos de olhar a sua doença, esclarecemos suas dúvidas e outras coisas. Mas posso dizer que o 100% destes usuários recebeu orientação de atividades de promoção de saúde nas consultas. Com a ajuda da gestão, formamos na unidade uma equipe da NASF, onde a psicóloga a fisioterapeuta, a fonoaudióloga, as assistentes sociais e outros profissionais apoiaram a nossas atividades e ajudaram a promover saúde e melhorar assim a qualidade de vida dos pacientes. Então posso dizer que também foi constituído um grupo de tabagismo que ficou centralizado no URAP, onde os tabagistas com estas doenças participavam em atividades semanais para deixar de fumar. Estas atividades foram um êxito porque muitos dos pacientes mostraram interesse já que desconheciam a existência deste grupo de tabagismo. Aproveitamos cada momento para promover saúde.

De maneira geral foram cumpridas com qualidade uma quantidade considerável das ações e as outras que apresentaram dificuldades foram avaliadas de maneira parcial. Promover saúde, educar a população e ter uma equipe bem preparada para o atendimento dos pacientes são a chave do êxito em cada uma das nossas atividades diárias.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas de maneira total ou parcial. As ações não realizadas correspondem da semana 13, tendo em vista a redução do número de semanas previstas no curso, para adequar o calendário.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção, não tivemos dificuldade para o preenchimento das planilhas de coletas de dados assim como sua sistematização.

3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas estas ações já ficaram implantadas nas nossas atividades cotidianas onde não só avaliaremos de maneira integral aos hipertensos e diabéticos, também o agendamento e acolhimento deles serão mantidas. Temos que melhorar a avaliação das necessidades odontológicas, continuando insistindo sobre a necessidade de colocar uma equipe de saúde bucal. Outras coisas para melhorar é aumentar a participação dos pacientes hipertensos e diabéticos nas atividades de grupo. Para isso contaremos com o apoio e assessoramento da psicóloga da equipe do NASF, a qual vai junto com a equipe buscar a maneira mais adequada para lograr isso.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada tratou sobre atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Na área adstrita UESF Vitória II. Existem um total de 5476 usuários, deles focalizamos a nossa intervenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Tendo em conta que contamos com uma população alvo de 833 hipertensos e 205 diabéticos.

Começamos a intervenção com 121 hipertensos e 37 diabéticos que eram os usuários que já estavam cadastrados antes da intervenção

Objetivo 1: Ampliar cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

A área da unidade conta com um total de 152 pacientes hipertensos e 40 pacientes diabéticos, não correspondendo com a estimativa para o Brasil. Levando isso em conta, deveríamos ter uma estimativa de 833 hipertensos e 205 diabéticos. Durante toda a intervenção não foi possível atingir meta de cobertura. Ao início da intervenção só foram atendidos 54 hipertensos (6.5%), no segundo mês 93 (11.2%) e no terceiro mês 152 (18.2%) (Figura 1).

Para os diabéticos no primeiro mês foram acompanhados 13 diabéticos (6.3%), segundo mês 24 (11.7%) e chegamos ao final da intervenção com 40 (19.5%) tinham feito a sua consulta de acompanhamento na unidade. (Figura 2). A meta pactuada não foi alcançada. Acredito que a meta não foi alcançada, primeiro, porque foi um pouco ambiciosa e nossa equipe está incompleta. Também contamos com áreas descobertas pela quantidade exagerada de população da nossa área de abrangência. A qual supera os 4500 habitantes (limite superior estabelecido pelos protocolos). Assim como a quantidade estimativa elevada, de portadores destas doenças da área de abrangência.

Ao longo da intervenção foi incrementando a quantidade dos usuários acompanhados na unidade. O aumento do número dos acompanhamentos se deu à medida que conhecemos a quantidade real dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência. Também melhorou a qualidade do acolhimento e informação dada a comunidade sobre a existência do Programa de acompanhamento aos hipertensos e diabéticos na unidade.

As ações que facilitaram que no final da intervenção obtivéssemos o 18.2% da cobertura de hipertensos e 19.5% dos diabéticos acompanhados foi o monitoramento do número dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. Além disso, foi importante a informação a comunidade sobre a existência do

programa da HIPERDIA na unidade, assim como, a tomada da pressão arterial nos maiores de 18 anos de idade (pelo menos uma vez ao mês) e o rastreamento de Diabetes Mellitus nos adultos com pressão arterial de 135 mmHg de sistólica e 80 mmHg de diastólica.

Este monitoramento foi feito pelos ACS, a liderança da comunidade e o médico e enfermeira responsável pelo atendimento destes usuários. Observamos que alguns usuários não estavam fazendo acompanhamento no começo da intervenção porque tinham suspenso o tratamento, pois acreditavam que a doença melhorava após um tempo. Mas com ajuda de todos mantivemos estes e incorporamos-lhes ao seguimento na unidade. Apresentamos algumas dificuldades na capacitação dos profissionais e liderança da comunidade sobre o cadastro e a maneira adequada de realizar as informações.

Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

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

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos como o exame clínico em dia de acordo como o protocolo.

Meta 2.2. Garantir a realização de um exame físico adequado aos 100% dos pacientes com Diabetes Mellitus.

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

O exame físico exerce um papel fundamental no atendimento dos hipertensos e diabéticos, porque permite uma avaliação física e mental dos

usuários. Assim, facilita a determinação de possíveis complicações assim como a sua prevenção.

No começo da intervenção 53 hipertensos (98,1%) e 12 diabéticos (92,3%) tinham seu exame físico em dia de acordo com o estabelecido nos protocolos de atendimento. Com o decorrer da intervenção e de cada mês, aumentamos o número dos pacientes com exame físico em dia. No segundo mês avaliamos 93 hipertensos e 24 diabéticos e o 100% deles tinham o exame físico em dia. No terceiro mês já foi possível que o 100% dos hipertensos (152) e o 100% dos diabéticos (40) existentes na área de abrangência; contarem com o exame físico em dia. O médico e a enfermeira da equipe foram os responsáveis pelo adequado exames físicos destes (Figura 3 e 4).

Entre as ações que facilitaram o cumprimento e melhora deste indicador foi a definição das atribuições de cada membro da equipe, a capacitação da equipe sobre tomada da pressão arterial e glicose capilar, assim como a realização do exame físico adequado de acordo com o protocolo. Estas ações em geral forem feitas pelo médico e enfermeira da equipe, os quais com o seu aperfeiçoamento lograrem fazer o exame físico completo e adequado de cada um dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. No começo da intervenção apresentamos dificuldade para ter o exame físico completo. Isso aconteceu porque numa ocasião durante as consultas apresentamos perda da eletricidade e as balanças são digitais. Graças a equipe de monitoramento detectamos a dificuldade e corrigimos ela de maneira oportuna quando os pacientes retornarem a outra consulta agendada.

Figura 3- Proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Na unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Figura 4- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

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

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

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

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

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

O protocolo de atendimento dos hipertensos e diabéticos estipula a periodicidade com que tem que ser feito ou indicado os exames complementares. Assim como quais são os exames de alerta. No primeiro mês foi possível ter indicado os exames complementares nos 54 hipertensos (100%) e 12 diabéticos (100%) atendidos. Pela sua parte no segundo mês tivemos exames complementares feitos em só 97,8% dos hipertensos (91) e nos 100% dos diabéticos avaliados (24). No final da intervenção, alcançamos 150 hipertensos (98,7%) e 40 diabéticos (100%), não cumprindo com as nossas expectativas.

Dentro das dificuldades que apresentamos para melhorar este objetivo, tivemos a demora dos resultados dos exames e a falta de interesse dos usuários para fazer eles. Com a atuação do gestor conseguimos diminuir o tempo de espera dos resultados e em algumas ocasiões fazer a coleta na casa dos usuários.

No final da intervenção alcançamos 150 hipertensos (98,7%) e 40 diabéticos (100%) com exames complementares em dia. Só ficarem dois usuários hipertensos (1,3%) sem serem contemplados, e isso se deve a negligencia dos familiares.

As ações que facilitarem cumprir com estas metas foram o monitoramento (feito pela equipe de monitoramento), dos pacientes com exames complementares indicados e sua periodicidade. Outra as ações foram a capacitação do médico e enfermeira para a solicitação dos exames; assim como que garantirem a solicitação dos mesmos de acordo com o estipulado nos protocolos. Toda a equipe (médico, enfermeira e agentes comunitárias de

saúde) orientou a comunidade sobre a importância e periodicidade com que deveriam ser feitos estes exames. O gestor garantiu a agilização dos resultados dos exames. Isso foi algo muito positivo porque anteriormente os exames demoravam de quinze a trinta dias para retornar, mas, na atualidade, demoram pouco menos de sete dias.

Figura 5 -Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Figura 6. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

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

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

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

Garantir a disponibilização dos medicamentos, assim como a prescrição deles, garante um controle das cifras normais da pressão arterial e da glicose respectivamente. Mantendo esses valores dentro dos padrões normais podemos lograr a diminuição das complicações.

Na intervenção começamos com 54 (100%) hipertensos e 12 (100%) diabéticos, todos com indicação dos medicamentos da farmácia. Paulatinamente foi incrementando o número dos atendimentos, assim como as prescrições dos tratamentos, até alcançarmos a cobertura de 152 hipertensos (100%) e 40 diabéticos (100%). Para cumprir estas ações não apresentamos

nenhuma dificuldade porque tínhamos o controle certo de todos os usuários com estas doenças e as condições para favorecer isto. A ação que facilitou o cumprimento desta meta foi o monitoramento frequente do acesso aos medicamentos. Esta ação foi cumprida pela equipe de monitoramento a qual realizou avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos, quais tratamentos consumiam e a disponibilização deles na farmácia da unidade.

O controle frequente do estoque dos medicamentos foi feito pelo técnico de enfermagem responsável pela farmácia. Ele fazia revisão da validade dos medicamentos, quantidade disponível e tratamentos existentes. A orientação da comunidade sobre a existência da farmácia da Hiperdia na unidade foi feita pelas ACS. Pela sua parte a enfermeira e o médico receberam capacitação sobre alternativas de tratamento e atualização sobre tratamento da hipertensão e diabetes mellitus. De maneira geral foi possível cumprir satisfatoriamente estas metas com as ações propostas e terminamos com 100% dos hipertensos e diabéticos que fazem uso do tratamento das nossas farmácias.

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

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

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

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

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

Com uma adequada avaliação das necessidades odontológica podemos evitar algumas doenças da saúde bucal que podem afetar o bem-estar destes pacientes. A avaliação foi feita pelo médico e enfermeira em cada consulta, de acordo com suas capacidades porque não contamos com uma equipe de saúde bucal e o apoio da assistente do dentista da unidade.

No primeiro mês da intervenção foram feitas consultas a 54 (100%) dos 152 hipertensos existentes e a 13 (100%) dos 40 diabéticos cadastrados. Porém dessa quantidade atendida no primeiro mês, só 26 hipertensos (48.1%)

e quatro diabéticos (30.8%) receberem avaliação das necessidades odontológicas. Posteriormente este índice foi melhorado e terminamos a intervenção com um total de 141 hipertensos avaliados (92.8%) e 36 diabéticos (90%). Para cumprir com esta meta tivemos muitas dificuldades: a primeira é que não contamos com uma equipe de saúde bucal e para garantir estas avaliações, o médico e enfermeira receberam uma breve capacitação para determinar as doenças mais comuns e frequentes existentes na saúde bucal. Dentro das ações que facilitarem o cumprimento de pelo menos uma parte das avaliações destes usuários temos a monitorização dos hipertensos e/ou diabéticos que receberem esta avaliação. Esta atividade foi feita pela equipe de monitoramento.

Organizamos ações para avaliar o estado de saúde bucal dos usuários e suas necessidades de atendimento. Esta ação foi desencadeada pelo médico e enfermeira da unidade, os quais com a ajuda da técnica de odontologia realizaram as atividades de promoção de saúde e educacionais. A comunidade recebeu informação sobre a necessidade das avaliações odontológicas e capacitamos a equipe para determinar algumas afetações que podem trazer descontrole da saúde dos hipertensos e diabéticos. Entre as doenças que aprendemos a detectar está a caries dental, gengivite, abscessos da cavidade bucal e outras. Nossa principal dificuldade foi com respeito à organização das agendas dos odontologistas para garantir a avaliação dos hipertensos e/ou diabéticos. Essa foi uma das dificuldades mais sérias que temos porque na unidade temos três equipes de saúde da família e uma só equipe de saúde bucal (pertencente à equipe da Vitoria I). Temos vários programas de atendimento que precisam de avaliação com o dentista não sendo suficiente a demanda para a quantidade dos profissionais. Foi exposto isso ao gestor que se comprometeram de solicitar um concurso para ocupar essas vagas. Isso demora, então tivemos que buscar estratégias para que fossem avaliados pelo odontologista os casos mais preocupantes e o resto tem que ser agendado para mais adiante.

Figura 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Figura - 8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Objetivo 3: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa
Meta 3.1 e 3.2: buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

A descontinuidade do tratamento adequado aos hipertensos e diabéticos pode ocasionar um descontrole da sua doença, assim como uma complicação na hora de organizar o trabalho da unidade. De um total de 152 pacientes hipertensos e 40 pacientes diabéticos tivemos a busca ativa necessária a 27 hipertensos e cinco diabéticos. A busca ativa foi garantida pelas ACS previa informação dos faltosos feita pela equipe de monitoramento.

No começo da intervenção tínhamos nove pacientes hipertensos (100%) e dois pacientes diabéticos (100%) faltosos as consultas, isso tendo em conta que do total da nossa cobertura, só forem atendidos no primeiro mês 54 hipertensos e 13 diabéticos. Contamos com a ajuda das ACS a busca de 100% dos faltosos. Com o decorrer da intervenção foi aumentando o número de hipertensos e/ou diabéticos atendidos, até alcançar a nossa cobertura. Junto com isso, também aumentou a quantidade de usuários que estavam tendo faltas as consultas agendadas. No final da intervenção já tínhamos 27 (100%) hipertensos faltosos e cinco (100%) diabéticos.

Para atingir estas metas não apresentamos muita dificuldade, porque tínhamos ações que facilitaram o cumprimento destas. Dentro destas ações

temos a organização de uma equipe de busca ativa, assim como, a informação da comunidade sobre importância das consultas e sua periodicidade. Na verdade existiram faltosos que de acordo com as entrevistas feitas a eles falaram que estavam trabalhando ou esqueceram as consultas.

No começo da intervenção organizamos o trabalho de tal maneira que quando a equipe de monitoramento detectara que algum dos usuários não compareceu a consulta agendada, deveria informar a ACS responsável. Para garantir que estes usuários fossem atendidos adequadamente, foi preciso organizar a agenda e a equipe de acolhimento do dia foi orientada a deixar pelo menos duas vagas no dia para o atendimento dos recuperados com a busca ativa. A capacitação ACS sobre como realizar a busca e visitas domiciliares, assim como orientar os hipertensos e/ou diabéticos, foi garantida no começo da intervenção. Isso ajudou a melhorar o inter-relacionamento dos usuários com a equipe e nos casos de faltosos por apresentar limitações físicas ou mentais que impedissem a sua assistência na unidade,

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

As fichas de acompanhamentos forem impressas e fornecidas pelo administrador da unidade, mas o preenchimento e coleta dos dados foram feitas pelo médico, enfermeira e ACS. Formamos uma equipe de monitoramento responsável pela busca da qualidade dos atendimentos e do preenchimento adequado das fichas.

Desde o início da intervenção tínhamos um total de 152 hipertensos (100%) e 40 diabéticos (100%) com fichas de acompanhamento e espelho na unidade. Mas no primeiro mês foram atendidos 54 hipertensos e deles só 49 (90.7%) tinham fichas de acompanhamento preenchidas de maneira correta. No caso dos diabéticos foram feitas nesse primeiro mês, 13 atendimentos e deles só 12 (92.3%) tinham as fichas preenchidas corretamente. Foi formada uma equipe de monitoramento responsável pela monitorização periódica das

fichas, para assim ter determinada as dificuldades encontradas e atuar sobre elas. Graças ao constante monitoramento e a organização das fichas por áreas, conseguimos terminar a intervenção com 152 hipertensos (100%) e 40 diabéticos (100%) com fichas de acompanhamento adequadas. As ações que facilitaram para que melhorássemos a qualidade das fichas foram as seguintes: primeiramente, fazer fichas de acompanhamento a todos os hipertensos e diabéticos o qual foi garantido pela impressão de fichas feitas pelo administrador.

Outras das ações foram manter a informação do SIAB atualizada, tendo em conta que todos os usuários fossem cadastrados pelas ACS. Cada uma delas utilizou uma pasta para manter de maneira única os registros dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, garantindo assim, uma melhor organização das fichas, facilitando a monitorização delas e a busca para as consultas. Também uma das ações que facilitou a qualidade das fichas foi a definição do responsável pelo monitoramento das mesmas. Em uma reunião feita no começo da intervenção, formamos uma equipe de monitoramento a qual supervisionaria periodicamente as fichas, detectando as dificuldades e informando estas o responsável para sua solução. Cada ficha tinha que ser atualizada em cada consulta feita pelo médico ou enfermeira, para garantir os dados mais reais possíveis. Outra ação que facilitou a intervenção foi a capacitação do preenchimento das fichas e o registro dos usuários no sistema, assim como orientar sobre o seu direito de ter uma ficha de acompanhamento e acesso a segunda via se for preciso. O médico e enfermeira receberam no começo a capacitação que garantiria a coleta e preenchimento dos dados de maneira adequada, assim como que tinham que informar os hipertensos e/ou diabéticos nas consultas sobre o seu direito. Apresentamos no começo dificuldade no preenchimento de todos os dados, detectada pela equipe de monitoramento, mais foi pelo motivo já mencionado sobre falta de eletricidade para avaliar o peso. Isso foi corrigido de maneira satisfatória.

Figura 9-. Proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Figura 10- Proporção de diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de riscos para doenças cardiovasculares.

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.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A estratificação do risco cardiovascular dos usuários com problemas de hipertensão arterial ou diabetes mellitus permitiu avaliar a exposição há determinado risco que pode ocasionar riscos cardiovasculares as quais podem afetar a sua qualidade de vida. Para realizar esta avaliação começamos com uma cobertura de 152 hipertensos e 40 diabéticos pretendendo alcançar a avaliação do risco cardiovascular 100% deles (152 hipertensos e 40 diabéticos). Entre estes pacientes foi realizada a avaliação de 152 hipertensos (100%) e de 40 diabéticos (100%).

No começo foram consultados 54 hipertensos e 100% deles receberam a avaliação, mas no caso dos diabéticos foram consultados 13 e deles avaliados 12 (92.3%). Com a evolução da intervenção aumentamos a quantidade de usuários consultados e com eles a quantidade dos que foram avaliados seus riscos. No segundo mês avaliamos 24 diabéticos e o 100% deles tive estratificado seus riscos. Tendo já no terceiro mês avaliados os 37 diabéticos com o 100% deles com esta estratificação. Durante a intervenção foi detectada pela equipe de monitoramento que alguns não receberam a estratificação do risco cardiovascular e imediatamente foi informado à equipe para a correção dos mesmos. Para a próxima consulta destes que não receberam a avaliação, foi corrigida está dificuldade. Os responsáveis por

garantir que estas metas fossem alcançadas foram o médico e a enfermeira responsáveis pelo atendimento, e a equipe de monitoramento responsáveis pelas avaliações das fichas.

Observamos que as ações que auxiliaram na realização da estratificação do risco, facilitando o cumprimento desta foram: o monitoramento que receberam pelo menos uma estratificação do risco no ano. No começo isso ajudou porque a equipe de monitoramento detectou que alguns casos não tinham avaliação do seu risco. Assim como que alguns casos receberam a avaliação, mas não tinham por escrito. Já determinados o grau de risco de cada usuário foi preciso organizar a agenda das consultas para o atendimento deles e sua priorização. Então foi preciso capacitar a equipe de acolhimento do dia para o recebimento, agendamento e priorização dos casos com alto ou moderados riscos. Dentro das dificuldades apresentadas foi o não registro desta estratificação do risco. Com a capacitação dos profissionais sobre estratificação dos riscos e orientação sobre os seus riscos.

Figura 11- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos da unidade de saúde Vitória

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.

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

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

No primeiro mês, de 54 hipertensos 100% receberam estas orientações, e dos 13 diabéticos avaliados nesse mês, só 92.3% (12) tinham orientações ao respeito. Com o decorrer da intervenção e pela organização da

mesma observamos que foram corrigidas estas dificuldades. Isso se deu não só garantindo a informação aos usuários, também fazendo troca de opiniões e registrando estas nas fichas. As ações que mais facilitaram o cumprimento desta meta foram a monitorização nas fichas sobre estas orientações. Esta foi feita de maneira adequada pela equipe de monitoramento. A capacitação feita à equipe ajudou para realizar as orientações precisas sobre alimentação saudável durante as palestras, atividades de grupo e consultas individuais. Porém, não foi possível garantir com o gestor a participação de um nutricionista nas atividades de grupo. Durante toda a intervenção foi exposto ao gestor à importância e necessidade da participação de um nutricionista, em algumas nas atividades de grupo; mas pelo déficit dos profissionais no município isso não foi possível.

Figura 12- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, da unidade de saúde da família da Vitória II. Rio Branco/Acre. 2015.

Objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos da unidade de saúde Vitória

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

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

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

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

No primeiro mês, de 54 hipertensos 100% receberam estas orientações, e dos 13 diabéticos avaliados nesse mês, só 92.3% (12) tinham orientações sobre realização de atividades físicas. Com o decorrer da intervenção conseguimos fazer correção de todas as nossas dificuldades encontradas durante esta.

Para que 100% dos hipertensos e diabéticos recebessem orientação sobre as práticas de atividades físicas foram avaliadas cada ficha periodicamente, para a detecção das dificuldades ao respeito. A equipe de

monitoramento tinha como principal ação determinar quem não haviam recebido informação sobre realização de atividades físicas e assim a equipe orientou e atuou a respeito. As dificuldades encontradas se deram em relação à assistência ao grupo de hipertensos e diabéticos, pelo desconhecimento no começo, pela falta de preocupação ou de tempo. Foi falado com o gestor da necessidade de professores de educação física pelo menos em algumas das atividades de grupo, mas não foi possível pelas necessidades de profissionais e recursos salariais para suprir estas funções. Mas pelo menos solicitamos que fosse formada uma equipe do NASF onde recebemos o apoio do psicólogo e da fisioterapeuta para orientar os famílias e a equipe sobre como devem ser feitas estas atividades.

Figura 13- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividades físicas regular, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos da unidade de saúde da Vitoria.

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

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

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberem informação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberem informação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês, de 54 hipertensos o 100% receberam orientação de tabagismo, e dos 13 diabéticos avaliados nesse mês, só 92.3% (12) tinham orientações sobre riscos do tabagismo. Durante o decorrer da intervenção nós melhoramos a qualidade das orientações assim como o número de usuários que receberem elas. Tendo no segundo mês 24 diabéticos avaliados e o 100% deles recebeu orientação sobre tabagismo. No terceiro mês da intervenção pretendíamos orientar aos 100% dos hipertensos (152) e o 100% dos diabéticos (40). Para cumprir essa meta tivemos que auxiliar-nos não só nas

peças que atuavam diretamente com os pacientes para dar a informação, também recebemos o apoio da equipe de monitoramento que avaliava a qualidade das fichas e os ACS que davam palestras sobre o tema na unidade e na comunidade. Neste aspecto não apresentamos muitas dificuldades porque recebemos o apoio necessário.

Dentro das ações que facilitaram o cumprimento deste indicador tivemos a monitorização periódica das fichas o qual permitia não só avaliar quem faltou, mas também com qual qualidade foi dada. Outra ação que facilitou foi a criação do grupo de tabagismo. Não contávamos na unidade com o tratamento contra o tabagismo, mas este foi disponibilizado e uma equipe ajudava nas atividades educativas, pelo menos uma vez na semana. A orientação sobre riscos do tabagismo foi realizada de maneira coletiva nas atividades de grupo e de maneira individual em cada consulta; graças à capacitação dos profissionais no começo da intervenção. O que dificultou a qualidade destas atividades foi a pouca participação de alguns fumantes em algumas ocasiões.

Figura 14- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos da unidade de saúde da Vitoria.

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

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

De um total de 152 hipertensos e 40 diabéticos a população alvo foi 100% destes. Iniciando com as consultas a 54 hipertensos (100%) e 13 diabéticos dos quais só receberam informação 12 (92.3%). Aumentando de

pouco em pouco a quantidade das orientações bucais oferecidas. Para isso foi preciso o apoio da equipe de saúde bucal e de saúde da família. Mais alcançamos no final que o 100% dos pacientes receberam as informações de saúde bucal.

No primeiro mês, de 54 hipertensos o 100% receberam orientação de tabagismo, e dos 13 diabéticos avaliados nesse mês, só 92.3% (12) tinham orientações sobre higiene bucal. No segundo mês 24 diabéticos foram atendidos e o 100% recebeu a informação. Já no terceiro mês da intervenção nós melhoramos a qualidade das orientações assim como o número de usuários que receberam elas. No final da intervenção conseguimos orientar o 100% dos hipertensos (152) e o 100% dos diabéticos (40).

Figura 15- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, da unidade de saúde da família da Vitoria II. Rio Branco/Acre. 2015.

Durante toda a intervenção podemos dizer que logramos brindar a informação aos usuários, mas temos que refletir que não contamos com uma equipe de saúde bucal. Mas pelo menos tivemos ações que facilitaram a realização destas metas, por exemplo, capacitamos a equipe de saúde para realizar informações de saúde bucal tais como escovação adequada dos dentes e sua frequência. Foram monitorizadas as fichas dos hipertensos e diabéticos para determinar quantidade e qualidade dos atendimentos. Tendo em conta que não contamos com equipe de saúde bucal podemos dizer que foi ótima a capacitação e ajuda brindada pela equipe existente na unidade onde logramos pelo menos manter informada a população com os dados e informações básicas e principais.

4.2. Discussão

A intervenção na ESF Vitoria teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Saúde da Família Vitoria. Município Rio Branco. Acre. A intervenção foi realizada e propiciou o aumento da cobertura destes pacientes para 152 (18.2%) hipertensos e 40 (19.5%) diabéticos (mas pela quantidade de população acima do limite do estabelecido, o elevado número estimativo de usuários com estas doenças e a

equipe incompleta não foi possível atingir nossa meta de cobertura). Também garantiu que melhoráramos o acolhimento dos hipertensos e diabéticos conseguindo acolher na unidade um total de 152 hipertensos e 40 diabéticos durante toda a intervenção. Melhorou a qualidade do exame físico destes, garantindo assim avaliação dos pés dos hipertensos e/ou diabéticos, verificação da pressão arterial a maiores de 18 anos e avaliação dos riscos cardiovasculares (152 hipertensos e 40 diabéticos). Com a intervenção, organizamos a equipe para a busca dos faltosos, garantindo assim a busca ativa e com isso a realização das consultas e controle destes pacientes. Conseguimos indicar exames complementares a 100% dos diabéticos e 98.7% dos hipertensos; e prescrevemos medicamentos da farmácia da Hiperdia para todos. Com isso procuramos diminuir as complicações destas doenças. A intervenção foi um pouco complicada no começo, mas com o decorrer do tempo conseguimos obter fichas de acompanhamento de todos os hipertensos e/ou diabéticos, e assim, conseguimos melhorar a qualidade da atenção destes usuários. Garantimos não só a confecção das fichas, como também sua monitorização e preenchimento adequado dos registros individuais. Por último, conseguimos com a intervenção, aumentar o conhecimento dos pacientes sobre nutrição, tabagismo, atividades físicas e higiene bucal.

Com a intervenção, a equipe passou por diversas capacitações sobre a atenção e o atendimento aos diabéticos e/ou hipertensos, para assim, cumprir com o protocolo estabelecido pelo MS. Objetivamos o rastreamento, promoção, diagnóstico, tratamento e monitorização dos Hipertensos e Diabéticos. Conseguimos uma integração maior do trabalho entre o médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Através da intervenção, ficou estabelecida qual a atribuição de cada membro da equipe. Ficou estabelecido, por exemplo, que o médico ficaria responsável pelo atendimento, promoção de saúde, visitas domiciliares dos casos que tenham internamento domiciliar e/ou limitações para assistir as consultas. Outras das atribuições do médico ficaram atualização do SIAB, controle das necessidades do estoque do tratamento, entre outras. A enfermeira ficou responsável pelo atendimento destes usuários, atualização do estoque do medicamento, vacinação, atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como a realização das visitas domiciliares. A técnica de enfermagem ficou responsável pelo monitoramento das fichas de

acompanhamento junto com o resto da equipe de monitoramento, tomada da pressão arterial, medição da glicose e avaliação dos usuários foco da intervenção. As ACS ficaram responsáveis por garantir o acolhimento dos pacientes, sua busca ativa, cadastro dos casos na área, assim como atividades de promoção de saúde.

Com a intervenção e distribuição das atribuições de cada um, melhoramos o estado vacinal, para isso registramos cada uma das vacinas deles no registro vacinal da unidade, organização do trabalho na farmácia, organização da recepção e locais dos registros.

A intervenção melhorou a qualidade do atendimento no serviço prestado na unidade, já que anteriormente todo o atendimento era centralizado no médico. Durante e depois da intervenção, conseguimos redirecionar o trabalho com a distribuição adequada das funções de cada profissional. Assim, tivemos um aumento dos hipertensos e/ou diabéticos que tinham atendimento na unidade e que estavam cadastrados nela. Com a melhor organização e agendamento dos hipertensos e diabéticos, conseguimos o atendimento as demandas espontâneas e aos casos resultantes da busca ativa. Com a classificação dos riscos garantimos a priorização dos atendimentos, um melhor controle deles para assim diminuir as complicações por riscos. Com a criação dos registros únicos conseguimos a organização das fichas dos usuários e melhoramos o acolhimento. Com a organização da agenda do odontólogo melhoramos os atendimentos dos que precisavam deste serviço.

Com a intervenção, priorizamos os hipertensos e diabéticos e garantimos o agendamento das suas consultas. Estes ficaram muito satisfeitos, mais o resto da comunidade não ficou muito feliz, porque desconheciam o motivo da priorização destes. Apesar da criação do grupo de hipertensos e/ou diabéticos, ainda temos muitos destes que não assistem as atividades de grupo porque não reconhecem a importância dessas atividades. Também posso dizer que ampliamos a nossa cobertura, mas ainda temos hipertensos e/ou diabéticos que faltam as consultas e temos que realizar a busca ativa, demonstrando em algumas ocasiões, a falta de interesse pela sua própria consulta. Acho que dentro das coisas mais importantes para a comunidade está o atendimento a todos os hipertensos e diabéticos. Porém ainda temos que alcançar a consciência de que as visitas domiciliares não só são para o

atendimento do usuário como indivíduo, mas também melhorar a qualidade de vida e sua inter-relação com a família e comunidade.

A intervenção facilitou muitas coisas que não tínhamos na unidade, mas teria sido muito melhor se desde o começo da análise situacional fossem distribuídas as atividades e atribuições de cada profissional, assim como, sua capacitação. Acho que isso teria garantido uma cobertura e organização melhor do trabalho. Acho que diminuiria a meta de cobertura tendo em conta as dificuldades encontradas para o cumprimento desta. Reuniria a equipe, liderança da comunidade e gestores no mesmo momento; para inter-relacionar a busca de ideias e possíveis soluções. Acho que assim, os problemas que se apresentam na comunidade, como o caso da falta da equipe de saúde bucal, fosse solucionado mais rápido com esta integração. Muitas vezes quando a comunidade expressa suas necessidades e expõem suas preocupações, o gestor e até a mesma secretaria, aprimora as soluções para evitar possíveis conflitos. Outras das coisas que tentaria mudar fossem falar com o gestor sobre a necessidade do cumprimento da quantidade de população atendida, estabelecida por equipe. Assim como a necessidade de completar a equipe. Para assim garantir uma melhor cobertura e maior número de usuários cadastrados com estas doenças.

Outra das coisas que mudaria fosse à colocação de cartazes, assim como a realização de atividades de promoção de saúde. Eu faria isso desde que começo a análise situacional. Acho que isso melhoraria o conhecimento da população sobre todos os riscos, facilitaria sua priorização e evitaria algumas dificuldades apresentadas. Agora que finalizamos a intervenção que compreende ao período do curso, temos uma equipe melhor preparada, com mais conhecimento do trabalho com hipertensos e/ou diabéticos, assim como com acolhimento.

Conseguimos unir a equipe na integração das atividades de promoção e prevenção de saúde, e assim, será mais fácil manter e melhorar as ações feitas durante a intervenção. Também acho que com isso a equipe vai conseguir superar-se cada dia em seu trabalho, não só para cumprir com dados, também para olhar com satisfação o avanço das atividades e seus benefícios.

A intervenção vai ser incorporada a nossa rotina diária. Para isso vamos melhorar e ampliar as atividades de educação em saúde, não só para conscientizar a população sobre priorização dos hipertensos e diabéticos. Também realizaremos estas atividades educativas com o objetivo de informar a população sobre riscos de ter estas doenças, importância do seguimento delas e da prática de exercício físico. Será incorporado à rotina a implementação das fichas de acompanhamento, não só dos hipertensos e diabéticos, também dos outros programas priorizados pelo SUS, e assim objetivamos melhorar o atendimento integral da unidade.

Notamos que há necessidade de uma equipe de saúde bucal para a implementação das avaliações odontológicas, assim como algumas atividades de prevenção de saúde. A ausência dessa equipe afetou a nossa intervenção e os valores obtidos nesses parâmetros.

Algumas das coisas que poderíamos adicionar nas fichas de acompanhamento é a avaliação da cintura abdominal. Onde o profissional avalia a medida desta e com isso tem uma probabilidade de avaliar a existência de obesidade central no usuário; assim como a determinação da síndrome metabólica. Nas fichas de acompanhamento poderíamos adicionar alguns estudos tais como TGO, TGP e ureia (ajudam na determinação de complicações). Durante o período da intervenção foi feita a campanha de vacinação com a vacina contra a gripe. Todos nossos usuários com hipertensão e diabetes receberam estas vacinas. Isso foi registrado nos registros de vacinação da unidade. Em uma próxima intervenção podemos ampliar a nossa cobertura, incluindo a todos os hipertensos e diabéticos. Independentemente da idade. Isso tendo em conta que existem crianças ou pessoas com idade menor de 20 anos e que tem estas doenças.

O nosso próximo passo é implementar a intervenção em todas as equipes da unidade e incluir este tipo de trabalho com os outros programas priorizados pelo SUS, tais como saúde do idoso, atenção ao pré-natal e puerpério, rastreamento do câncer do útero e mama entre outros. Quando tivermos a equipe de saúde bucal vamos organizar a sua agenda de maneira que sejam avaliados todos os usuários dos grupos priorizados e para atendimento das demandas espontâneas. Temos que seguir na busca ativa e pesquisa da população maior de 18 anos ou com risco destas doenças para

assim determinar os casos novos e fazer seu controle e seguimento de maneira adequada.

5. Relatório da intervenção para gestores

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus são doenças crônicas as quais tem um número elevado de incidência no Brasil (Brasil 2013). Afetando as pessoas independentemente da idade, sexo ou situação social. Tendo em conta isso e prévia análise da situação da nossa população. Decidimos fazer uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos. A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas, incluindo a todas as pessoas da nossa comunidade com esta doença e que tenham mais de 18 anos de idade. Antes da intervenção foi necessário estabelecer nossos objetivos, metas e ações que favoreceriam estes.

No começo da intervenção todos os profissionais receberam capacitação sobre o protocolo do MS para atendimento dos hipertensos e diabéticos para que todos tivessem a mesma conduta e se responsabilizassem pelas suas atribuições. Fizemos a divulgação da existência do programa na unidade, garantimos o atendimento de qualidade a todos os hipertensos e diabéticos, assim como seus medicamentos nas farmácias populares\Hiperdia. Para garantir que a intervenção fosse um êxito, organizamos todas as nossas ações em um cronograma o qual facilitaria organizar o nosso trabalho e traçar estratégias para melhorar estes. Podemos dizer que depois de fazer a intervenção conseguimos aumentar a nossa cobertura de atendimento para 152 hipertensos (18.2%) e 40 diabéticos (19.5%). Não foi cumprida a meta de cobertura pela quantidade elevada de população atendida pela nossa equipe, assim como a existência de uma equipe incompleta e com áreas descobertas. Estou certa de que é necessário que a gestão solicite ou garanta um redimensionamento da nossa área para que o número de usuários adstritos à equipe, fique de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde. Também achamos necessário que a gestão garanta uma equipe completa para melhorar a cobertura, eliminar áreas descobertas e melhorar qualidade dos atendimentos. Para isso as ACS fizeram o cadastro dos usuários na área e o médico e enfermeira na unidade.

Garantimos também o acolhimento deles assim como as vagas para o atendimento dos faltosos. Durante toda a intervenção e de maneira regular foi

possível melhorar a qualidade do exame físico, onde não só forem avaliados seus pés, tomada a pressão arterial ou glicose capilar; também avaliamos o estado nutricional deles e seus riscos. Isso foi um avanço muito importante porque a equipe de monitoramento detectou cada dificuldade e informava ao responsável por ela. No começo da intervenção as maiorias dos hipertensos e diabéticos tinham uma qualidade de atendimento não muito satisfatória, porque os dados não eram coletados de maneira regular, as consultas eram superficiais e muitos abandonavam as consultas com frequência. Com a intervenção conseguimos nos superar e atingir 100% dos hipertensos e diabéticos com fichas individuais.

Podemos dizer que só conseguimos ter exames complementares em dia de 98.7% dos hipertensos (150) e 100% dos diabéticos (40). Posso dizer que a gestão teve um papel determinante porque conseguimos diminuir o tempo da demora dos resultados de 15 dias a um mês, para menos de sete dias.

A nossa intervenção foi um êxito em qualidade de prescrição dos tratamentos dos medicamentos do Hiperdia assim como abastecimento das nossas farmácias. Neste aspecto foi determinante o controle, solicitação e distribuição dos medicamentos pela parte do responsável da nossa farmácia.

A equipe da Vitoria II não conta com equipe de saúde bucal, dificultando os atendimentos dos usuários e sua qualidade nos seguimentos. Posso dizer que foi preciso capacitar ao médico e enfermeira para fazer uma avaliação das necessidades de atendimento odontológico e assim dar uma ordem de prioridade aos pacientes. Neste aspecto não recebemos muita ajuda da gestão porque foi solicitado um concurso para completar a nossa equipe, mas ainda não foi possível. Temos que parabenizar aos profissionais de toda a unidade e a equipe de saúde bucal da Vitoria I pela sua ajuda na nossa intervenção. Foi então que conseguimos obter pelo menos 141 atendimentos a hipertensos (92.8%) e 36 atendimentos a diabéticos (90%).

Por outra parte a equipe nossa não está completa com respeito aos ACS, isso facilitou ter algumas áreas descobertas. Ainda assim foi possível não só fazer a busca ativa dos faltosos; também agendar as visitas domiciliares a pessoas com limitações físicas ou mentais que precisarem de atendimento na

casa. Foram realizadas a busca de 27 hipertensos (100%) e cinco diabéticos (100%), e recuperar as consultas em 100% dos casos.

As atividades de promoção de saúde foram feitas em dois tempos, de maneira individual (feita pelo médico e enfermeira em cada consulta) e de maneira coletiva na unidade ou comunidade (feita por cada um dos membros da equipe).

A gestão ajudou de maneira satisfatória na intervenção porque garantiu a participação do NASF, o qual contribuiu e apoiou nas atividades de educação em saúde e na organização. Foi criada uma equipe de tabagismo, para apoiar os usuários e dar força para abandonarem o vício, onde uma das responsáveis pela realização é uma profissional do NASF.

Para o futuro pretendemos incorporar a nossa intervenção as atividades diárias; para isso precisamos de algumas ajudas da gestão para melhorar muito mais os atendimentos. A gestão tem que completar a nossa equipe de saúde e colocar uma equipe de saúde bucal para o atendimento de cada um de nós. Capacitar um profissional para controle e disponibilização dos “kits” de tratamento do tabagismo, para que fique direto na unidade e assim aumentar o número de tabagistas participantes.

Precisamos por parte da gestão a garantia da participação de alguns profissionais como nutricionistas e professores de educação física, nas atividades coletivas feitas com os hipertensos e diabéticos. De maneira geral posso dizer que para o futuro pretendemos implementar esta intervenção a nossas atividades diárias, mas acho que para atingir uma satisfação do 100% da população com respeito a todos os nossos objetivos, e para melhorar a sua qualidade de vida, precisamos da integração da gestão em nossas atividades.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade da Vitória II:

Sou médica do PMM, vim ao Brasil, para suprir a falta destes profissionais nas Unidades de Saúde para contribuir na melhoria da saúde do facilitar o acesso à população.

A nossa permanência no PMM estava atrelada a realização de um curso de Especialização Saúde da Família, que o objetivo maior era implementar uma intervenção conforme a necessidade da população e no decorrer do curso percebemos que os hipertensos e/ou diabéticos precisavam ser melhor cuidado. Mas esta intervenção já faz parte da nossa rotina na UBS, pois cada vez mais vamos aprimorar as ações para a melhoria da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Bem, mas vou passar a contar a nossa comunidade o que realizamos no período de 12 semanas.

Na unidade de saúde da Vitória II, fizemos um trabalho para melhorar a qualidade dos atendimentos de todos os usuários com hipertensão e diabetes da nossa comunidade. Para alcançar isso foi preciso o apoio de todas as pessoas que realizam atendimentos na unidade, assim como a ajuda dos líderes da comunidade.

Na comunidade contamos com 833 usuários hipertensos e 205 diabéticos estimados. Durante todo o nosso trabalho desses usuários só conseguimos cadastrar 152 hipertensos e 40 hipertensos. Tivemos que organizar o trabalho de cada trabalhador da equipe, para assim melhorar as consultas. Com todo o trabalho feito conseguimos melhorar a organização e controle dos prontuários. Realizamos atividades para orientar a comunidade sobre estas doenças, como melhorar elas e as atividades que oferecemos nosso serviço.

Na unidade contamos com um médico e uma enfermeira que fazem os atendimentos, agora com melhor qualidade e mais completos. Temos uma farmácia que tem os medicamentos para tratamentos para hipertensão para quem tem problemas de pressão alta e diabetes pessoas que tem excesso de açúcar no sangue. De maneira geral toda a comunidade ganhou porque os hipertensos e diabéticos têm consultas agendadas previamente e são

atendidos de maneira mais rápida e continuamos realizando estes atendimentos aqui na unidade de saúde. Eles têm prontuários onde são registradas todas as consultas.

Temos atividades organizadas para garantir a participação e maior conhecimento dos usuários sobre suas doenças, como hipertensão e diabéticos, assim como sua participação em grupos para deixar de fumar, melhorar a dieta, baixar de peso e outras. Como pontos positivos podemos dizer que agora temos menor quantidade de usuários com valores alterados de pressão arterial ou glicose. Temos uma comunidade mais interessada em buscar informações, assim como que ajudam na divulgação de que contamos com estas consultas na unidade.

A maior dificuldade que encontramos durante a intervenção, foi quanto à saúde bucal, pois só há uma odontóloga para todas as equipes, e para isto ser mudado é essencial a comunidade estar ao nosso lado, para que tenha mais profissionais desta área para cuidar ainda mais da população. Também não conseguimos cadastrar pelo menos o 80 % destes usuários porque temos uma população muito elevada para a quantidade de profissionais que integramos a nossa equipe. Assim como que temos falta de alguns destes para completar a equipe, dificultando o atendimento de toda a nossa população.

Para que as ações realizadas durante a intervenção sejam mantidas, e cada vez mais serem melhoradas é essencial que a participação da comunidade, dos líderes junto à equipe, desta maneira temos mais força para conseguir contemplar a integralidade do cuidado.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No começo do processo educativo minha expectativa foi conseguir melhorar a qualidade de vida dos usuários da ESF, assim como que tivesse a capacidade de ofertar informações e que eles entendessem. Eu achava que não conseguiria desenvolver no mesmo momento o processo de estudo e a intervenção. Porque não estava acostumada aos estudos não presenciais. Achava que não daria certo, essa modalidade de educação à distância. Mas todas minhas expectativas mudaram com o decorrer do tempo. Este curso foi muito bom, porque aprendi a conseguir inserir e modificar algumas coisas que não estavam funcionando de maneira correta na minha unidade. O curso ajudou a melhorar meus conhecimentos e os protocolos de seguimentos de algumas doenças aqui em Brasil foi muito importante para nortear condutas. A direção realizada pela minha orientadora foi muito boa e também da equipe de trabalho. Possibilitando melhorar minha preparação na língua portuguesa. Durante todo o processo eu adquiri algumas habilidades que forem importantes nas atividades diárias. Posso dizer que aprendi que as bases para melhorar a qualidade de vida das pessoas são:

O conhecimento de todos os profissionais da equipe. Entendo que para realizar informação e atendimento de qualidade temos que melhorar o conhecimento básico de todos os profissionais.

O conhecimento das atribuições de cada um dos membros da equipe. Isso foi fundamental porque conhecendo as atribuições de todos os membros da equipe, podemos fazer uma distribuição das funções para assim garantir atendimentos de qualidade.

A adequada comunicação com a comunidade e suas lideranças porque conhecendo as preocupações, problemas e inquietudes da comunidade conseguimos em conjunto buscar soluções.

Melhorei minha escritura e fala do português, o qual facilitou o entendimento de minhas preocupações, orientações e atividades pela parte da equipe e comunidade.

Com o processo educativo consegui não só ser melhor como profissional; também consegui ser parte da minha comunidade,

desencadeando um forte vínculo com eles contribuindo o resultado da intervenção.

Posso dizer que todo este processo educativo foi positivo não só para minha capacitação como profissional. Ele garantiu uma equipe mais capacitada, organizada e unida no processo de trabalho. Então estou agradecido pela ajuda de todos os professores da universidade, meus colegas de trabalho e estudo e até a comunidade porque alcancei a realização de um dos meus sonhos; fazer parte da história e vida das pessoas, fazer saúde.

Posso dizer que não todo foi fácil porque às vezes fiquei triste pelas dificuldades da inserção de um novo idioma e sistema de saúde, que não é muito diferente ao conhecido, mas que foi um pouco difícil pela barreira do idioma, pelas exigências de trabalho e sobre todo o estudo. Mas tudo bem, porque agora estou muito agradecida e feliz. Não alcancei a perfeição no meu trabalho, mas acho que estou no caminho certo.

Referências

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Hipertensão Arterial**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília- DF. 2013.v.II.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília- DF. 2013. v. I.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária. **Rastreamento**. Brasília- DF. 2013. v. II. p. 50-55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Engelgau, M.; Narayan, K.; Herman, W. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care, United States**, v. 23, n. 10, p. 1563-1580, Oct. 2000.

Krieger, E. M.; Giorgi, D. M. A. **Hipertensão Arterial**. In: Serrano Junior, C.V.; Timermam, A; Stefani, E. Tratado de cardiologia da SOCESP.2. ed. São Paulo: Manole, 2009.v.1.

National Heart Lung and Blood Institute. **The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evolution, and treatment of high blood pressure**, 2004. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension>>.

_____. Organização Mundial da Saúde. OMS. **Estatística Mundial de Saúde, 2014**- Academia médica\ OMS. [on line] ;[acesso em 05 de setembro de 2015]. Disponível em: <http://www.academiamedica.com.br/estatisticas-mundiais-de-saude-2014>.

Tattersall, R. B.; Gale, E. A. M. Diabetes clinical management. New York: Churchill Livingstone, 1990.


Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA ESPELHO HAS E DM.pdf - Adobe Reader

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

Abriu Ferramentas Preencher e assinar Comentário



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/_____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/_____

Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
Data	Apresentação	Data	
		Glicemia de Jejum	
		HGT	
		Hemoglobina glicosilada	
		Colesterol total	
		HDL	
		LDL	
		Triglicérides	
		Creatinina Sérica	
		Potássio sérico	
		Triglicérides	
		ECU	
		Infecção urinária	
		Proteinúria	
		Corpos cetônicos	
		Sedimento	
		Microalbuminúria	
		Proteinúria de 24h	
		TSH	
		ECG	
		Hemograma	
		Hematócrito	
		Hemoglobina	
		VCM	
		QUICK	

Anexo C - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: