

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 7



Melhoria da atenção à saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
Maria de Fátima Matos da Silva II, Rio Branco, AC

Alexis Arnedo Rodríguez.

Pelotas, 2015

Alexis Arnedo Rodríguez.

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Maria de Fátima Matos da Silva II, Rio Branco, AC

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

Orientador: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R696m Rodríguez, Alexis Anedo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Maria de Fátima Matos da Silva Ii, Rio Branco, AC / Alexis Anedo Rodríguez; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A todos que fizeram parte direta ou indiretamente da realização de mais uma experiência.

Agradecimentos

A Deus, por ser essencial em minha vida e permitir que isso tudo acontecesse, por iluminar meu caminho.

A meus pais.

A UFPEL pela excelência de ensino.

A professora orientadora Lenise Menezes Seerig, pelos ensinamentos prestados, orientação segura e apoio. Pelo dom da sabedoria.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	48
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	49
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	50
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	51
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	52
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	53
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.	55
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.	55
Figura 9	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.	56
Figura 10	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	57
Figura 11	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.	58
Figura 12	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.	59

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

DM – Diabete Mellitus

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Hipertensão e Diabete

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

MRPA - Medida Residencial da Pressão Arterial

PSF- Programa de Saúde da Família

PACs – Programa de Agente Comunitário de Saúde

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SIS COLO – Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero

SIS MAMA – Programa de Prevenção de Câncer de Mama

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

Sumário

1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2	Relatório da Análise Situacional	10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores:	47
3.4.	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:.....	48
4	Avaliação da intervenção	49
4.1	Resultados.....	49
4.2	Discussão	63
5	Relatório da intervenção para gestores.....	66
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	68
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	69
	Referências.....	71
	Anexos.....	72
	Anexo A - Documento do comitê de ética.....	72

RESUMO

ARNEDO RODRIGUEZ, Alexis. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Maria de Fátima Matos da Silva II, Rio Branco/AC.** 78f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, são uma das primeiras causas de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares, e uma das causas de atendimento nos serviços de atenção primária de saúde. Nesse contexto, o trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção que teve por objetivo melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima Matos da Silva II, do município de Rio Branco, Acre. A intervenção ocorreu durante três meses, no período de 19 de março de 2015 a 10 de junho 2015, com o desenvolvimento das ações realizadas, as que incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da unidade de saúde. Para o monitoramento da intervenção foi utilizado a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Dos 519 hipertensos e 151 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 233 (44,9%) hipertenso e 73 (48,3%). Com o desenvolvimento destas ações pudemos promover a saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS, visando diminuir o risco de complicações, e gastos com medicação e internação hospitalar.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Hipertenso, Saúde Diabético, Atenção Domiciliar.

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria de Fátima Matos da Silva II, localizada na zona periférica, bairro Sobral, do município de Rio Branco, Estado do Acre.

Possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma atendente de consultório dentário, oito agentes comunitários de saúde (ACS), e uma atendente de serviços gerais.

O presente volume apresenta os resultados deste processo em cinco seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

1. Análise Situacional.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho em uma unidade básica de saúde, que está localizada no município Rio Branco, Estado do Acre. O estado faz fronteiras com a Rondônia, o Peru e a Bolívia e o estado do Amazonas. A unidade se chama Maria de Fátima Matos da Silva, II. A unidade foi construída há dois anos. Em ela funcionam duas equipes de trabalho, que fazem atendimento a duas áreas de saúde. Esta unidade está na zona periférica da cidade e está constituída por uma recepção, dos consultórios médicos, dos consultórios de enfermagem, uma farmácia, uma sala de vacinação, uma sala de curativo, uma de medicação, uma copa, uma sala de administração, um consultório de odontologia, um expurgo, um pequeno almoxarifado, e três banheiros.

Tudo está climatizado, só temos um computador com conexão à internet. A unidade está em boas condições estruturais. Como falei, temos duas equipes de trabalho, faço atendimento às pessoas de da equipe dois, a população está localizada perto da unidade. Atualmente, ainda estamos trabalhando com os registros 3473 pessoas, mas no momento estamos fazendo um novo cadastro na população.

A equipe está formada por um médico, uma enfermeira, oito assistentes comunitárias de saúde. Temos um pequeno problema, na instituição só temos uma cadeira odontológica apenas para fazer atendimento a toda à população, o seja, para fazer atendimento da população das duas equipes. A unidade tem só dois assistentes de higienização.

Até o ano de 2013 tínhamos uma população de 3473 usuários, 774 famílias cadastradas e predomínio do sexo feminino sobre o masculino. Tínhamos 519 usuários com hipertensão arterial e 151 diabéticos. No momento a equipe está funcionando adequadamente, fazemos seguimento de consultas agendadas e agendadas continuas programadas, visitas domiciliares, dentro de outras atividades em equipe.

Nesta área, as ruas quase todas são asfaltadas ou pavimentadas, isso é muito bom porque tem pouco predomínio de doenças respiratórias nesta população. A maioria das casas são de cimento, mas tem sistema de drenagem das águas.

Neste momento se fazendo um trabalho educativo muito forte na população para educa-la e que não vejam a unidade como um centro de atenção à doença apenas. Fazemos atendimento a muitas pessoas de outras áreas, não sendo o objetivo das unidades básicas, por isso dificulta-se o seguimento de essas pessoas.

Temos horário de trabalho das 07 às 12:00 horas da manhã, e de 14 às 17 horas da tarde, de segunda a sexta, a equipe faz as 40 horas em trabalho direito com a população e eu tenho 32 horas para isso e oito dedicadas para fazer a especialização, mais isso não interfere na qualidade e prestação da assistência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Rio Branco, capital do estado brasileiro do Acre, localiza-se às margens do Rio Acre, com território de 9.222,58 km², sendo o quinto município do estado em tamanho territorial, desta área apenas 44,90 km² estão em perímetro urbano. Sua população aproximada é de 363.921 habitantes, segundo censo do IBGE de 2014, sendo a sexta maior cidade da Região Norte do Brasil. O povoamento da região de Rio Branco se deu no início do século XIX, com a chegada de nordestinos. O desenvolvimento do município ocorreu durante um grande período dado pelo ciclo da borracha. Nesta época ocorreu ainda uma miscigenação da população, com traços do branco nordestino com índios Kulinaã, sendo que houve também influência de povos vindos de outras regiões do mundo, como turcos, portugueses, libaneses e outros.

O município localiza-se na microrregião de Rio Branco, mesorregião do Vale do Acre. Limita-se ao norte com os municípios de Bujari e Porto Acre e com o Amazonas, ao sul com os municípios de Xapuri e Capixaba, a leste com o município de Senador Guomard e a oeste com o município de Sena Madureira.

O sistema de saúde conta com 59 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 57 urbanas, e duas rurais, com estratégias de Saúde da Família (ESF), quase todos dispõem de atendimento odontológico. A rede de atenção conta ainda com seis Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), três unidades de referência de

atenção primária de saúde (URAP), e um Pronto Socorro (PS), um laboratório de prótese dentária, um centro de especialidades odontológicas, um centro de assistência farmacêutica, e três unidades para realização de exames laboratoriais. Neste momento há 48 médicos do programa mais médicos atuando em todo o município, e no estado 142 médicos.

A UBS em que trabalho é urbana, conta com duas equipes de saúde da família. A composição da equipe a qual faço parte é de oito agentes comunitárias de saúde, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, e um médico, uma odontologista e uma técnica odontologista. A população da área de abrangência é de 774 famílias, aproximadamente 3473 usuários, 1345 do sexo masculino, e 2128 do sexo feminino. Nossa unidade tem um vínculo de trabalho muito unido com as instituições de ensino da área de abrangência.

O acolhimento é realizado pelo enfermeiro que faz o agendamento familiar e solicita ou realiza as consultas de exames de colo, pré-natal, puericultura. Quando estão com problemas de saúde agudos são atendidos no dia, situação que precisa ser manejada mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O atendimento é realizado em dois turnos e sempre temos médico disponível. A equipe de enfermagem faz tudo que for preciso para um melhor atendimento e acolhimento nos casos de "alto risco de vida" ou "risco moderado", onde a presença do médico também é essencial, necessitando de intervenção rápida da equipe, ofertando inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso.

Em relação à atenção à demanda espontânea, temos que falar que nossa unidade é muito visitada por usuários que vem desde zonas rurais muito distantes procurando atendimentos, já que não tem esse atendimento onde moram, e apesar de que sempre tentamos cumprir com a demanda espontânea, muitas vezes é impossível, ficando muito atrapalhado nosso trabalho.

Para superar ou minimizar as dificuldades produto a esta situação com a demanda espontânea, tentamos fazer o atendimento priorizando aos usuários com doenças mais urgentes e preocupantes e orientando acudir ao posto de saúde Hidalgo Lima, onde tem um número maior de médicos, além de contar com os recursos para este tipo de atendimento.

Quanto à estrutura conta com dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala para esterilização, uma cozinha, uma sala para curativos, sala de espera, recepção, um banheiro para usuários e dois para funcionários, sala de reuniões, sala de nebulização, uma farmácia que tem a maioria dos medicamentos básicos necessários para atender a demanda da comunidade, incluindo os remédios para as doenças crônicas não transmissíveis, mas ainda são em quantidade insuficiente. Além dos locais da parte gerencial e do todo o pessoal administrativo a Unidade Básica de Saúde tem uma adequada estrutura sanitária, o recolhimento do lixo se faz de forma diária por um carro da prefeitura, esta unidade foi construída recentemente e tem toda a estrutura necessária de uma UBS, não tem barreiras arquitetônicas, e conta com banheiros adaptados para cadeirantes, assim como outros mecanismos de acesso facilitado a estes usuários, por tanto podemos falar que nossa unidade não tem deficiências estruturais atrapalhem o desenvolvimento do nosso trabalho na UBS.

A atenção primária está estruturada em duas ESF, cada uma delas atende às suas comunidades, temos mais dois médicos para fazer atendimentos em medicina geral. A demanda dos atendimentos é muito alta, mas é planejada. Não temos transporte fixo para fazer visitas domiciliares nem os atendimentos nas comunidades. As consultas de atenção médica especializada são feitas longe da comunidade, e acabam afetando as nossas atividades na atenção primária pela falta de transporte, provocando mudanças do trabalho já planejado da semana. Este é outro dos problemas de funcionamento já identificado pela nossa equipe de Saúde da Família que tem sido discutido com o Secretário de Saúde e o Prefeito do município, mas ainda não tem resposta a nossa reclamação. Todas as quintas feiras realizamos as reuniões da equipe onde fazemos o planejamento do trabalho da semana. Nem todas as pessoas que são chamadas para consulta comparecem, acontece a mesma situação com as demais equipes e a demanda espontânea acaba aumentando e modificando o trabalho.

Nossa equipe realiza atividades para a identificação das necessidades de saúde da população cadastrada, desta forma programa atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde identificadas na população, desenvolve ações de promoção e prevenção priorizando os grupos de risco e

também trabalha para modificar os fatores de risco clínico, alimentares e ambientais que são identificados nas pesquisas ativas.

Realizamos atenção à saúde não só na UBS, mas também no domicílio e em locais do território tais como salões comunitários e atividades educativas nas escolas. Participamos do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada de suas necessidades de saúde e realizando a primeira avaliação.

Na UBS há um acolhimento qualificado e atendemos sem discriminação, no nosso local de trabalho temos muitas alternativas para novas ações de saúde, escutamos as necessidades dos usuários, prestando atendimento para problemas de saúde agudos, ou por situações imprevistas que possam surgir, ainda que não tenham agendamento prévio, adaptando-se às necessidades de cada paciente e à realidade da unidade. Os trabalhadores da equipe devem estar atentos para perceber as peculiaridades de cada situação, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. Desta forma, a equipe realiza ação de promoção à saúde. O acolhimento tem duração de cinco minutos ou mais, e participam desta ação a enfermagem, técnico de enfermagem e os médicos. Não há acolhimento pelo profissional de odontologia e como na unidade não se faz endodontia ou cirurgia dentária se encaminha o usuário para outras unidades mais especializadas, seguimos trabalhando para melhorar isto.

Em relação à atenção à saúde da criança, nossa UBS tem uma estimativa de 100 crianças menores de um ano residentes na área, com 61 crianças cadastradas (61 %) de cobertura total, nossos indicadores de qualidade não estão muito bons, temos 85% das consultas em dia e 15 % das consultas atrasadas, precisamos trabalhar em busca as crianças faltosas e integrar nutricionista, pediatras, ACS e a equipe todo para um melhor trabalho com as crianças, capacitando-os em atenção da criança, as ACS podem ajudar na prevenção de muitas doenças e acidentes na infância. O atendimento é feito pela enfermeira e pelo médico, buscamos redução da morbimortalidade e a potencialização do desenvolvimento da criança, seguindo protocolos do ministério de saúde e da secretaria de nosso estado, desenvolvendo ações para manter o cuidado da criança, classificando em grupos de risco, seguimento e atualização das vacinas, fazemos

teste de pezinho, atividades grupais, planejamento de cada atendimento e agendamento da próxima consulta, também temos orientamos as mães sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses, como será sua alimentação após seis meses.

Em relação atenção pré-natal temos um estimado 75 grávidas, destas 23 estão cadastradas na UBS, com 31% de cobertura. A qualidade não é boa, das grávidas cadastradas só foram captadas no primeiro trimestre 18 (76%). Enfim temos que trabalhar para fazer a captação precoce de todas as grávidas e seu seguimento, assim como das puérperas que fiquem na área, para evitar as complicações. A primeira consulta da gestante feita pela enfermeira e obstetra e algumas vezes pelo médico da família; e não temos teste rápido de gravidez, e os exames complementares da atenção ao pré-natal tardam em chegar o resultado, demorando assim o diagnóstico de doenças e dos fatores de risco. Quanto ao puerpério temos dificuldades para trazer as grávidas à UBS no tempo certo, elas comparecem apenas para a consulta do recém-nascido. Temos que trabalhar enquanto equipe para informar à comunidade a importância desta ação.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, em nossa UBS temos um total 1193 mulheres residentes entre 25 e 64 anos de idade que são da área de abrangência da UBS, com 96% de cobertura para o exame de prevenção de câncer colo de útero e 83% com exame de colo de útero em dia. Os poucos indicadores da qualidade da prevenção do Câncer de Colo de Útero (qualidade das amostras, registros dos exames) avaliados estão com proporções elevadas, indicando boa qualidade desta ação. Em relação ao Controle do Câncer da Mama, temos 185 mulheres residentes entre 50 e 69 anos de idade na área da UBS, com 63% de cobertura e 84% delas com mamografia em dia. Todas foram avaliadas para câncer de mamam e orientadas para prevenção.

Os problemas identificados nestas ações estão sendo trabalhados com os agentes de saúde para cadastrar a toda população e fazer pesquisa ativa para ter certeza de quantas mulheres hoje tem exame histopatológico do colo do útero realizado e quantas mamografias foram realizadas nos últimos três anos, para que possamos dar continuidade ao trabalho.

Em relação aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em nossa UBS, temos uma estimativa 880 hipertensos, e cadastrados 519, com 59% de

cobertura, e diabéticos temos uma estimativa 251, e cadastrados 151, para uma cobertura de 60%. Uma vez que o paciente é diagnosticado com a doença é importante orientar para mudanças de estilo de vida, fazer correta orientação nutricional e incentivar a prática de atividade física e iniciar a medicação com metformina, que é o medicamento de escolha para os usuários com diabetes tipo II. Também é preciso fazer uma avaliação inicial do usuário com exames como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, triglicérideo, creatinina, exame de urina, Eletrocardiograma (ECG), avaliação de risco cardiovascular global, também e acompanhamento por equipe de saúde e agendamento das consultas.

Fazemos pesquisa diária de hipertensos e diabéticos, através de tomada de pressão arterial de todos usuários que tenham mais de 15 anos e medição de altura e peso corporal, calculando o índice de massa corporal.

O monitoramento destas doenças é fácil e possível, já que em todas as unidades de saúde dispomos de teste rápido de glicose esfigmomanômetro, instrumentos primordiais para avaliação destes usuários, também podemos falar que em toda rede pública o paciente tem um total acesso a realização de exames complementares para avaliar complicações e causas destas doenças. É necessária a participação de todos os profissionais da ESF nas estratégias de prevenção primária e primordial para promover as mudanças nos estilos de vida e levar ao controle metabólico e pressórico. O acompanhamento dos usuários hipertensos deve ser de acordo com o risco cardiovascular anual, semestral e quadrimestral, intercalados por médicos e enfermeiros. Em usuários diabéticos o acompanhamento depende da estratificação de risco de acordo com o controle metabólico.

Em relação à saúde dos idosos, temos que evitar os estigmas negativos normalmente associados ao processo de envelhecimento, estes têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Em nossa área temos uma população geral de 3473 usuários, dos quais 20% são idosos, estando de acordo com a média no Brasil, o que constitui um problema de saúde pública, já que esta população tende a apresentar vários problemas simultaneamente e existem fatores de risco que devemos identificar precocemente.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível no caderno de ações programáticas está adequada a nossa realidade, temos 205 usuários

idosos na área de abrangência, com cobertura de 95%. Dos acompanhados temos 97 % com caderneta de saúde da pessoa idosa, 96% com avaliação multidimensional, e 96% com acompanhamento ao dia, 14% de idosos frágeis, 44% portadores de HAS e 12% de diabéticos. Acolhemos esta população em demanda espontânea e agendamento, também participam dos grupos de usuários hipertensão e diabetes. As maiorias das visitas domiciliares são feitas a esse grupo etário, pois eles padecem das complicações destas doenças e de osteoporose, apresentando alta prevalência de fraturas. Podemos melhorar ainda mais a orientação nutricional saudável, aumentar a informação das diferentes questões sobre o cuidado do usuário idoso nos diferentes meios de comunicação, ajudar a família do idoso com a informação que necessita para o cuidado do mesmo. A equipe avalia o estado nutricional a cada seis meses, incentivando-os à realização de atividade física. Toda a equipe trabalha com as famílias para evitar as complicações de suas doenças e assim ter uma vida melhor e de qualidade.

Em relação à atenção de saúde bucal, como já falei anteriormente, é deficiente, pois contamos com um consultório e nenhum profissional, não sendo possível atender a demanda da população. Já foi conversado com o gestor e é prometido que haverá contratação em breve da equipe de saúde bucal.

Após realizar esta análise, avalio que um dos pontos mais fortes da minha UBS são os recursos humanos, já que temos um coletivo que apesar das dificuldades que se apresentam sempre está disposto a trabalhar por um melhor atendimento a população, temos muitas coisas a melhorar.

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

A situação inicial é muito diferente da atual, já que em um início, só conhecíamos a estrutura física da unidade, mas não conhecíamos os demais dados populacionais, não tínhamos a facilidade de trabalho que temos agora, e tampouco tínhamos os conhecimentos que temos sobre o número de usuários, hipertensos, diabéticos, agora estamos muito mais preparados para fazer um atendimento de qualidade.

Também é importante observar o quanto evoluímos como equipe após esta análise, que envolveu todos os membros e nos proporcionou boas reflexões acerca de nossa população e processo de trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 justificativa

O diabetes mellitus (DM) e a Hipertensão são considerados sérios problemas de saúde pública, tanto devido ao número de pessoas afetadas quanto às suas complicações e suas incapacitações, além do elevado custo financeiro da sua abordagem terapêutica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013). As duas doenças acometem todas as classes sociais, configurando-se como uma epidemia mundial, transformando-se em um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas (BRASIL, 2012). Segundo dados do Vigitel (2011), 5,6% da população refere ter DM, com 5,2% dos homens e 6% das mulheres, no ano de 2011, sendo a ocorrência mais comum em pessoas com baixa escolaridade. O aumento nos casos de obesidade, por ser um dos principais fatores de risco para a doença, pode estar relacionado aos números crescentes do diabetes no Brasil, assim como o aumento da população idosa e da melhoria do diagnóstico da doença na atenção básica de saúde (VIGITEL, 2011).

A Unidade Básica de Saúde UBS Maria de Fátima Matos da Silva II, localizada no município de Rio Branco-AC é urbana e seu vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) é total. O modelo de atenção é o tradicional, com duas equipes de saúde da família. A composição da equipe a qual faço parte é de oito agentes comunitárias de saúde, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, e um médico, uma odontologista e uma técnica odontologista. A população da área de abrangência é de 774 famílias, aproximadamente 3473 usuários, 1345 do sexo masculino, e 2128 do sexo feminino. Nossa unidade tem um vínculo de trabalho muito unido com as instituições de ensino da área de abrangência.

Quanto à estrutura conta com dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala para esterilização, uma cozinha, uma sala para curativos, sala de espera, recepção, um banheiro para usuários e dois para funcionários, sala de reuniões, sala de nebulização, uma farmácia que tem a maioria dos medicamentos básicos necessários para atender a

demanda da comunidade, incluindo os remédios para as doenças crônicas não transmissíveis, mas ainda são em quantidade insuficiente. Além dos locais da parte gerencial e do todo o pessoal administrativo a Unidade Básica de Saúde tem uma adequada estrutura sanitária, o recolhimento do lixo se faz de forma diária por um carro da prefeitura, esta unidade foi construída recentemente e tem toda a estrutura necessária de uma UBS, não tem barreiras arquitetônicas, e conta com banheiros adaptados para cadeirantes, assim como outros mecanismos de acesso facilitado a estes usuários, por tanto podemos falar que nossa unidade não tem deficiências estruturais atrapalhem o desenvolvimento do nosso trabalho na UBS.

De forma Geral a Unidade atende uma população adstrita, de 6670 pessoas, está dividida em duas equipes de ESF tendo como sede a UBS. Maria de Fátima II. Tem dois médicos de família que atendem na unidade e fazem visitas domiciliares, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, 16 agentes comunitários de saúde, um administrativo e quatro estagiários, dois profissionais de limpeza. Em relação aos usuários portadores de diabetes e hipertensão, é realizado o Hiperdia (hipertensos, cadastrados 519, e diabéticos temos cadastrados 151 usuários) duas vezes por semana com todos os usuários e, no mesmo momento, é realizada a consulta de enfermagem, onde são encontrados outros problemas como, por exemplo, usuários que nunca passaram por avaliação nutricional. A partir disso, eles são encaminhados para o clínico que irá fazer o devido encaminhamento ao especialista.

Observando o aumento desses usuários na população adstrita, optei por este foco, devida ser uma população de risco social muito grande e pouco instruída sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Pode-se ter uma amostra com pequenas mudanças no dia a dia dos usuários devido à consulta de enfermagem e o encaminhamento ao nutricionista.

Por ser uma unidade com número elevado de usuários portadores de HAS e DM, tem uma relevância muito grande melhorar esta ação, o que é viável, o enfermeiro tem uma boa governabilidade na unidade e tratando-se do conhecimento, buscam-se cada vez mais atualizações e capacitações para o desenvolvimento das ações propostas.

Com a finalidade de organizar, planejar, avaliar e monitorar a assistência aos usuários, este projeto de intervenção pretende qualificar a assistência e contribuir

para o fortalecimento, a integração e a resolutividade do Sistema Único de Saúde através das estratégias adotadas.

Contamos com uma equipe comprometida com a qualificação do serviço, bem como um número adequado de ACS que já se encontram engajados neste projeto de intervenção com a finalidade de alcançar os objetivos propostos e implementar o programa de atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima Matos da Silva II, no município de Rio Branco, AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas:

2.3 Metas

Para alcançar o objetivo específico 1- ampliar a cobertura da atenção aos diabéticos e hipertensos da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da silva

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

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

Em relação ao objetivo específico 2- Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Em relação ao objetivo específico 3

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

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

Em relação ao objetivo específico 4

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

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

Em relação ao objetivo específico 5

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

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

Em relação ao objetivo específico 6

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto terá duração de quatro meses, tendo como população alvo os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da silva II, no município do Rio Branco, AC. Toda a equipe de saúde da UBS participará ativamente das ações.

(Em relação aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em nossa UBS, temos uma estimativa 880 usuários hipertensos, e cadastrados 519, com 59% de cobertura, e usuários diabéticos temos uma estimativa 251, e cadastrados 151, para uma cobertura de 60%).

2.3.1 Detalhamento das ações

Para atingir as metas 1.1 e 1.2 de cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e cadastrar 85% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, propomos as seguintes ações nos quatro eixos:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, será monitorado pelo médico, e a equipe de saúde mensalmente, através da ficha e planilha de coleta de dados fornecidos pela coordenação pedagógica desta instituição de ensino (UFPEL).

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O médico garantirá o registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa solicitando aos profissionais da unidade o preenchimento dos dados do usuário nos registros (ficha, o e planilha de coleta de dados), visando cadastrar o maior número possível durante o período de quatro meses.

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

Detalhamento A equipe de saúde e o médico diariamente melhorarão o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes, através da liberação de consultas na agenda, motivando-os a aderir ao tratamento, bem como sua importância para diminuir suas complicações

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais da equipe, o médico informará à coordenadora da unidade, para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na UBS, será informado ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários.

Engajamento público:

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

Detalhamento: O médico e sua equipe básico de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, realizaram palestras e colocaram murais sobre a existência do

Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: O médico e sua equipe básico de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, informaram a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento: O médico e sua equipe básico de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, orientaram a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe de saúde o médico e enfermeiro, capacitarão os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Na reunião mensal o médico, capacitará a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para atingir as metas de 2.1 Realizarmos exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faremos as seguintes ações:

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico, diariamente, monitorará realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos conforme a padronização estabelecida

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Na reunião mensal da unidade o médico e a coordenadora, definiram as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos, e diabéticos.

Engajamento público:

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

Detalhamento: O médico orientará diariamente em palestras educativas os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos.

Detalhamento: O médico mensalmente durante as reuniões capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e enfermeira, diariamente, monitorarão o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Durante as reuniões mensais de equipe o médico, organizará a capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe mensalmente a coordenadora estabelecerá periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada.

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

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe a coordenadora disporá de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e o enfermeiro diariamente garantirão a solicitação e agendamento dos exames complementares, os quais estão disponíveis no laboratório.

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

Detalhamento: A coordenadora diariamente garantirá com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A coordenadora alimentará o SIAB semanalmente, e elaborará um registro junto com a equipe para acompanhamento dos usuários que possa estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Engajamento público:

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

Detalhamento: O médico e o enfermeiro orientarão os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A coordenadora e o médico, mensalmente nas reuniões, capacitarão a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe mensal o médico realizará atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será realizado semanalmente pela coordenadora da unidade, através de um registro específico que será utilizado pelos funcionários da farmácia.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A coordenadora solicitará mensalmente aos funcionários de farmácia realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A coordenadora solicitará mensalmente aos funcionários de farmácia manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A coordenadora e os funcionários de farmácia diariamente orientaram os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: A coordenadora e o médico nas reuniões mensais, capacitaram a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para atingir as metas de objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Monitorar pelo médico o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Semanalmente, o médico revisará os prontuários, fichas e agenda afim de verificar possíveis faltosos às consultas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Organizar pelo médico e a coordenadora semanalmente visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Organizar a agenda pelo médico e a coordenadora semanalmente para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público:

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

Detalhamento:

Realizar charlas educativas diariamente pela médica e ACS para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento: Toda a equipe levará estas informações nas visitas domiciliares, consulta médica diária assim como a realização de encontros semanais para também ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Realizar diariamente na consulta e nas visitas domiciliar atividades educativas pelo médico e a equipe de saúde para esclarecer aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Mensalmente nas reuniões da equipe, capacitar pelo médico os ACS para a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Para atingir as metas de objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Mensalmente a coordenadora monitorara a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Mensalmente a coordenadora manterá as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico e equipe de saúde implantará e monitorará diariamente a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Semanalmente se pactuará com a equipe e o médico o registro das informações, revisando os livros e prontuários.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanais, selecionaram uma pessoa responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Mensalmente a equipe colocara uma fita vermelha no prontuário que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Nas consultas médicas diariamente e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Em reunião mensal com equipe de saúde a coordenadora capacitara à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: O médico mensalmente capacitara a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para atingir as metas de objetivo 5. Mapear aos usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos pelo médico com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada através da consulta aos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Será priorizado semanalmente pela equipe da unidade o atendimento dos usuários considerados de alto risco. Para isso fichas estarão disponíveis por dia.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: As ACS semanalmente organizaram a agenda para o atendimento desta demanda e a recepção.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A equipe e o médico orientaram diariamente os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: A equipe diariamente nas consultas e visita domiciliar esclarecera aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais o médico capacitara a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais o médico e a coordenadora capacitaram a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais o médico capacitara a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais o médico capacitara a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Para atingir as metas de objetivo 6. Promover a saúde dos usuários hipertensos e
Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos
diabéticos

Detalhamento: O monitoramento quanto à realização de orientação nutricional aos
usuários hipertensos e diabéticos será realizado através do registro das informações
prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas
pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a
comunidade, mensalmente.

Engajamento público:

Ação: Orientar aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a
importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio
de ações educativas serão orientados os usuários hipertensos, diabéticos e seus
familiares sobre a importância da alimentação saudável, pelos profissionais da
equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pelo
médico sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pelo
médico sobre metodologias de educação em saúde.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação para atividade física
regular aos usuários hipertensos e será realizada através do registro das

informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos usuários diabéticos e será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; será solicitado ao gestor parcerias institucionais, para envolver nutricionistas nestas atividades de práticas educativas mensalmente.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: As práticas coletivas para orientação de atividade física serão realizadas pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a comunidade mensalmente.

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

Detalhamento: Mensalmente o coordenador deve demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade

Engajamento público:

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados os usuários diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular pelos profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pelo médico sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Mensalmente o coordenador deve demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira devem organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, orientar os usuários hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, orientar os usuários diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelos profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pelo médico para o tratamento de usuários tabagistas.

A fim de atingir a meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados das consultas. Não dispomos de odontólogo, então, serão coletadas do odontólogo da outra equipe.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico da UBS organizará tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Nas consultas, visitas domiciliares, orientar os hipertensos, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Será realizada pelo médico e enfermeira, pois não dispomos de odontólogo na equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais com a equipe de saúde, capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Para garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados nas consultas.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico da UBS organizará tempo médio de consultas passível de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

Ação: Orientar aos usuários diabéticos, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas consultas, visitas domiciliares, orientar os usuários diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais com a equipe de saúde, capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Será realizada pelo dentista da unidade.

2.3.2 Indicadores

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos na unidade de saúde.

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

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

Indicador

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporções de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.3. Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7. Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Indicador 6.8. Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção direcionada a saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos vamos adotar como protocolo o Caderno de Atenção Básica: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde, 2013, disponível na unidade de saúde e utilizaremos os prontuários já existentes dos usuários. Estaremos ainda utilizando a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). As fichas-espelhos serão xerocadas e ficaram disponíveis na UBS para o preenchimento das informações dos hipertensos e diabéticos durante o atendimento.

Durante a reunião de equipe, pretende-se expor aos profissionais a proposta de intervenção e discutir a melhor maneira de fazê-la com o auxílio do grupo. Na sequência, será realizada a capacitação da equipe sobre o Caderno de Atenção Básica: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde, 2013, para que todos utilizem essa referência. A capacitação ocorrerá na própria UBS em a sala de reunião, e será feita durante as reuniões semanais de equipe, com uma duração de duas horas. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, coordenadora e recepção.

Para as metas de ampliar a cobertura, as ACS serão capacitadas e apoiadas pelo médico no reconhecimento de usuários com sintomas das doenças e, diariamente, durante as visitas domiciliares, farão a busca por estes usuários e o encaminhamento para a UBS.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado diariamente, em todos os horários de funcionamento da UBS, por todos os profissionais da equipe. Os usuários que estarão realizando a consulta médica, já sairão com a próxima consulta agendada. Será organizado também o Grupo de Hipertensos e Diabéticos que será divulgado para a comunidade da área da UBS pela equipe em geral. Essas ações têm por finalidade ampliar o número de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS e de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente, será realizado pelo médico, um levantamento dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos nos registros, a fim de identificar os usuários faltosos para que seja realizada a busca ativa. A busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos será feita durante o turno de serviço pela

equipe de saúde. Os atendimentos clínicos serão realizados pela médica da equipe e as informações coletadas serão consolidadas em uma planilha eletrônica.

Nas consultas, visitas domiciliares, a equipe toda orientará os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Vamos a realizar palestras e colocar murais sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Também informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O médico e sua equipe básica de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, orientarão a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, e por meio de ações educativas serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção que será realizado	■											
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM	■				■				■			
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos, diabéticos.												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	■											
Organizar instrumento de registro específico de acompanhamento do atendimento aos usuários idosos e providenciar cópias	■											
Cadastramento de todos usuários com HAS na área adstrita	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cadastramento de todos os usuários com DM na área adstrita	■				■				■			
Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.	■				■				■			
Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.	■				■				■			
Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.	■				■				■			
Orientar hipertensos, diabéticos a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular	■				■				■			
Orientar os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.	■				■				■			
Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos.	■				■				■			
Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	■				■				■			
Atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Grupo do usuários hipertensos e diabéticos			■				■				■	

3. Relatório da Intervenção

Entre os meses de 19 de março, e 10 de junho 2015 foi realizada na UBS Maria de Fátima Matos Da Silva II, no município de Rio Branco, Acre, a intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos usuários adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)

Para o cumprimento deste projeto, foram desenvolvidas diversas ações em quatro eixos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão.

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

Logo no início da intervenção, foi realizada uma reunião com a coordenadora e todos os funcionários da UBS para explicar os objetivos da intervenção. Nesta reunião inicialmente agradei a presença de todos, apresentei o tema de projeto de intervenção e destaquei a importância do engajamento e colaboração de cada um nas atividades previstas.

Para qualificar a prática clínica fizemos a capacitação da equipe para o acolhimento aos usuários Hipertensos e Diabéticos, assim como treinamento dos ACS e da equipe para a orientação dos usuários em estudo, quanto à realização das consultas e sua periodicidade, além de estabelecer junto à equipe as visitas domiciliares.

Nesta capacitação também abordamos diferentes temas como o preenchimento da ficha espelho e a abertura de cadastros, importantíssima ação para aumentar a cobertura do programa. A equipe de enfermagem, apesar de já conhecer e ser parte de seu trabalho diário, foi capacitada para a realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, além da verificação da Pressão Arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2006).

Durante as doze semanas desta intervenção ocorreram algumas mudanças na rotina do serviço na UBS a partir da introdução da ficha espelho, do cadastro dos usuários, convocação de usuários faltosos, encaminhamento para odontologia

mesmo sem queixa apenas por ser usuário portador de HAS e DM, o que foi tornando-se rotina e sendo aprimorado, quando necessário.

Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento e dois turnos semanais foram dedicados exclusivamente ao projeto. O agendamento, além de presencial, passou a ser feito também por telefone e nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e também foi priorizado reagendamento de faltosos.

Em alguns momentos fiquei preocupado em não conseguir convocar os usuários faltosos, mas foi muito gratificante ouvir comentários dos usuários nas reuniões e encontros, isso só enriqueceu ainda mais o trabalho desenvolvido. As dúvidas relatadas pelos usuários durante os encontros e consultas foram esclarecidas no momento, mas também abordamos as dúvidas no desenvolvimento das palestras, afim de que as dúvidas fossem supridas. Realmente com a intervenção mudamos muitas coisas, os usuários também mudaram muito e acredito que ambas as partes foram beneficiadas.

Dentre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e cumpridas integralmente podemos descrever a reunião com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção, pois foi uma atividade simples e pude contar com a maioria dos funcionários, faltando apenas dos agentes comunitários de saúde. A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM, não foi totalmente satisfatória, pois alguns funcionários (três agentes comunitários de saúde) disseram ser desnecessário, pois já sabiam do que se tratava, então consideravam perda de tempo. Os colegas que participaram disseram que algumas coisas já tinham esquecido e que acabaram complementando o conhecimento. Sobre o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, foi variável, pois ora um profissional desenvolvia uma função, ora abandonava e outro assumia ou eu mesmo realizava alguma ação que não estava prevista para eu fazer. Sempre houve observação e substituição destes colegas foi rápida, para não comprometer o trabalho.

Em relação ao monitoramento da intervenção, o cadastro dos usuários com HAS e DM da área adstrita foi tranquilo, as enfermeiras e ACS organizaram o serviço e realizaram o cadastramento dos usuários em estudo de maneira integral.

A organização do registro de atendimento dos HAS e DM apresentou certa dificuldade, pois a técnica de enfermagem que ficou responsável por esta ação, nem sempre a realizava, então eu precisava ficar atento para que houvesse o preenchimento correto das informações.

Com o passar do tempo alguns profissionais da equipe perceberam a importância do registro e começaram a valorizar o desenvolvimento desta ação, assim conseguimos melhorar a qualidade da atividade.

O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi realizado de maneira integral, com o preenchimento da ficha-espelho. Semanalmente foram repassadas as informações das fichas-espelho para as planilhas de coleta de dados, assim foi possível visualizar os indicadores obtidos com a intervenção, sendo um grande aprendizado.

O grupo de hipertensos e diabéticos foi realizado de maneira integral, porém foi um grande desafio porque inicialmente foram feitos quatro grandes grupos com uma a periodicidade de um encontro semanal com cada um deles, mais na metade do trabalho só ficaram dos grupos com uma participação de 30 membros em cada um. Eu acredito que não foi como esperava mais tivemos falhas na divulgação, já que a mesma foi feita, mediante cartazes, boca, boca, pôr os diferentes membros da equipe, pero falta um melhor trabalho de divulgação.

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

Todas as ações aconteceram segundo o planejado, menos a consulta odontológica, pois inicialmente na unidade não tinha odontólogo, mas depois do primeiro mês nossa unidade começou a prestar este serviço. Então, uma das ações previstas no projeto desenvolvida parcialmente durante a intervenção foi à capacitação para orientações de saúde bucal, assim como a visita domiciliar odontológica.

A enchente ocorrida prejudicou todas as ações, já que depois dela a população adoeceu mais , aconteceram muitos casos de leptospirose, entre os doentes um militar que ajudou na retirada dos afetados, ele morreu por leptospirose e a população toda fico muito temerosa, lotando as UBS. Isso atrapalhou o início de

nosso trabalho, mesmo assim , foi um período de conscientização da equipe na busca dos hipertensos da comunidade e sua incorporação no projeto de saúde

Outra dificuldade foi nas visitas domiciliares do médico, a mesma foi feita com meios próprios de locomoção e a pé, já que a unidade de saúde não tem carro e sempre que tentei contatar transporte aconteceu alguma coisa que impedia o uso do mesmo.

Outra coisa que dificultou nosso trabalho foi que nas duas últimas semanas aconteceu uma greve das ACS e ficamos muito atrapalhados, pois minha unidade não tem funcionário fixo para farmácia, recepção e acolhimento dos usuários, sendo rotineiramente feito estes serviços com ajuda das ACS.

Não foi possível o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM, e para solicitar apoio para a captação destes usuários, pois nem os funcionários antigos sabiam dizer quem eram essas lideranças, estavam todos desatualizados. Quando indaguei a coordenadora sobre o desenvolvimento desta ação, ela me passou alguns contatos telefônicos, porém ao entrar em contato, alguns não existiam e/ou não conheciam, outros disseram que não faziam mais parte, ao indagar se conheciam os atuais líderes comunitários, a resposta obtida foi não. Então, diante disso, fiquei impossibilitado de saber, e percebi que não dependia apenas de mim, do meu esforço, mas da ajuda e colaboração, que não recebi no momento que necessitava.

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

Cabe ressaltar que algumas dificuldades foram encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, como em relação aos dados da UBS, pois apenas uma funcionária soube dizer o número total da população da UBS e o número total de HAS e DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, porém não achei esse dado descrito em documentos oficiais do município. Ainda podemos destacar como dificuldade o pouco envolvimento dos demais profissionais da equipe na coleta de dados, sendo que o médico em algum momento teve que realizar sozinho a coleta dos dados, pois a pesar da ajuda dos outros membros da equipe, cada qual priorizava seu trabalho.

Na UBS não contamos com computador disponível para realizar esta atividade, para a qual foi necessário usar notebook pessoal.

Tive algumas dificuldades no cálculo dos indicadores no fechamento do segundo mês porque preenchia o dado de total de atendimentos como o total de usuários cadastrados no programa naquele mês, quando deveria colocar a quantidade de usuários atendidos no mês e manter uma somatória dos meses anteriores, pois a intervenção é cumulativa. Pude superar a dificuldade, mediante a ajuda de meus orientadores e supervisores que me orientaram e responderam minhas dúvidas.

3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:

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

A garantia de consulta médica ao usuário com a realização do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames complementares de acordo protocolo; registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, garantia da consulta de retorno, facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas, tudo isso agora é realidade.

É preciso continuar estreitando os laços com a gestão e com a equipe para juntos tentar encontrar soluções para os problemas identificados e participar na sugestão de políticas de longo prazo que contribuam com a melhoria da APS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Finalizada a intervenção na Unidade de Saúde Maria de Fátima Matos da Silva, no município de Rio Branco-AC, apresento os resultados alcançados ao longo de três meses de realização do Projeto de Intervenção em melhoria da atenção à saúde dos usuários Diabéticos e Hipertensos. Nossa unidade tem 519 hipertensos, e 151 diabéticos.

1. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura da atenção aos usuários hipertensos da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos da unidade de saúde.

Com uma estimativa de 880 hipertensos, o cadastro dos usuários hipertensos foi de forma paulatina com avanços e mudanças progressivas, em concordância às consultas agendadas e estabelecidas pelos agentes comunitários de saúde a cada usuário

No primeiro mês foram cadastrados 100 (19,3%) usuários hipertensos. Neste período nossa área de saúde foi atingida por um grande alagamento, e depois dela a população adoeceu mais, aconteceram muitos casos de leptospirose, entre os doentes um militar que ajudou na retirada dos afetados, um oficial doente morreu por leptospirose e a população toda ficou muito temerosa, lotando a UBS. Isso atrapalhou o início de nosso trabalho, mesmo assim, foi um período de conscientização da equipe na busca dos usuários hipertensos da comunidade e sua incorporação no projeto de saúde.

No segundo mês foram cadastrados 161 usuários hipertensos (31,0%) da área de abrangência e no terceiro foram cadastrados 233 usuários hipertensos (44,9%).

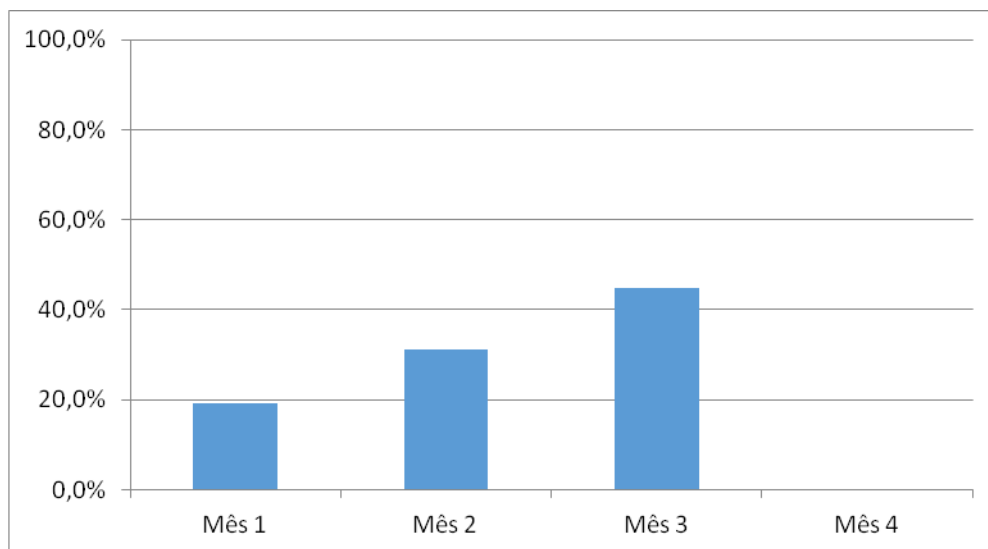


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos na unidade de saúde.

No primeiro mês foram 40 usuários diabéticos (26,5%), no segundo mês já tínhamos cadastrados 58 usuários diabéticos (38,4%) da área de abrangência e no terceiro tivemos o total de 73 cadastrados usuários diabéticos, alcançando 48,3% de cobertura.

Os resultados de cobertura para osusuário diabéticos também não foram os ideais, igualmente ao que ocorreu com os usuáριοhipertensos, em grande parte pela enchente que atingiu área de abrangência e trouxe muitas outras necessidades de atenção à saúde da população.O trabalho da equipe de saúde foi muito bom e importante para ter os resultados alcançados, mesmo assim não conseguimos atingir as metas.

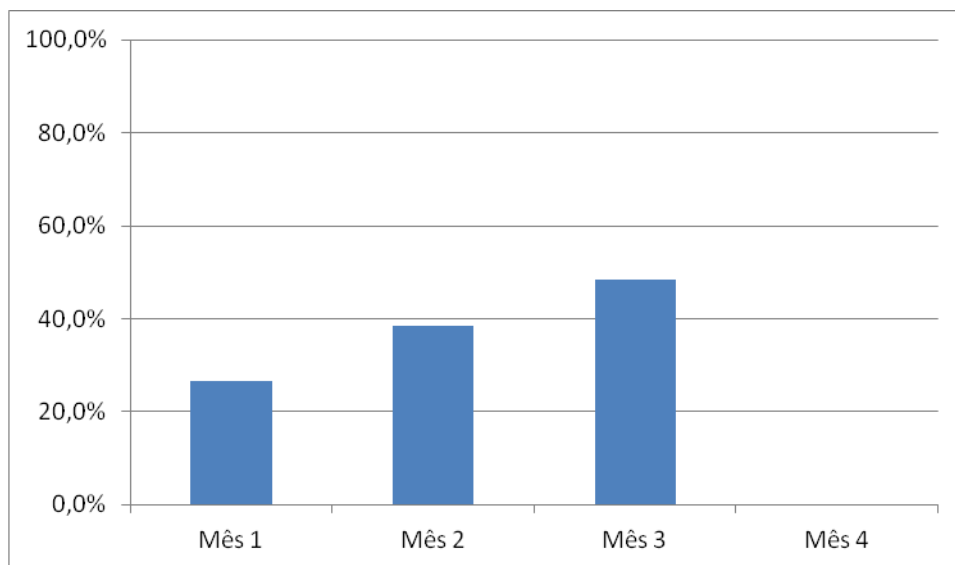


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

2. Resultados relativos ao objetivo. Realizar exame clínico apropriado para os usuário hipertensos.

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

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

Para alcançar o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento aos usuário hipertensos na unidade de saúde, tínhamos como meta realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos usuário hipertensos.

Em relação à proporção de usuário hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 99 usuário hipertensos (99,0%), já no segundo em 159 (98,8%), no terceiro mês em 223 (95,7%).

Não foi possível alcançar 100% como estava previsto, já que faltou um pouco mais de trabalho no agendamento, e na busca dos usuários por parte das ACS, mais quase foi alcançando praticamente de maneira integral a meta proposta desejada de 100%.

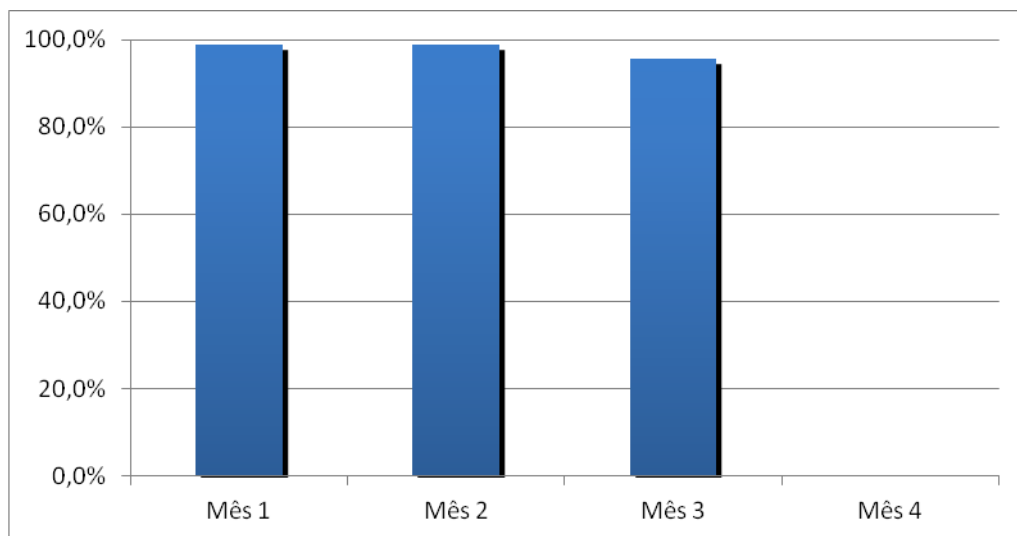


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.
 Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

Em relação à proporção de usuários diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 40 diabéticos (100%), já no segundo em 58 (100%), no terceiro mês em 69 (94,5%).

Podemos observar que nos dois primeiros meses conseguimos realizar o atendimento clínico em 100% dos usuários diabéticos, começamos bem e depois fomos decaindo, e no terceiro mês 69 pacientes (94,5%). Acredito que um fator que contribuiu para isso foi o fato da greve de funcionários (ACS) que aconteceu no último mês da intervenção, além dos feriados, que neste último mês foram mais frequentes.

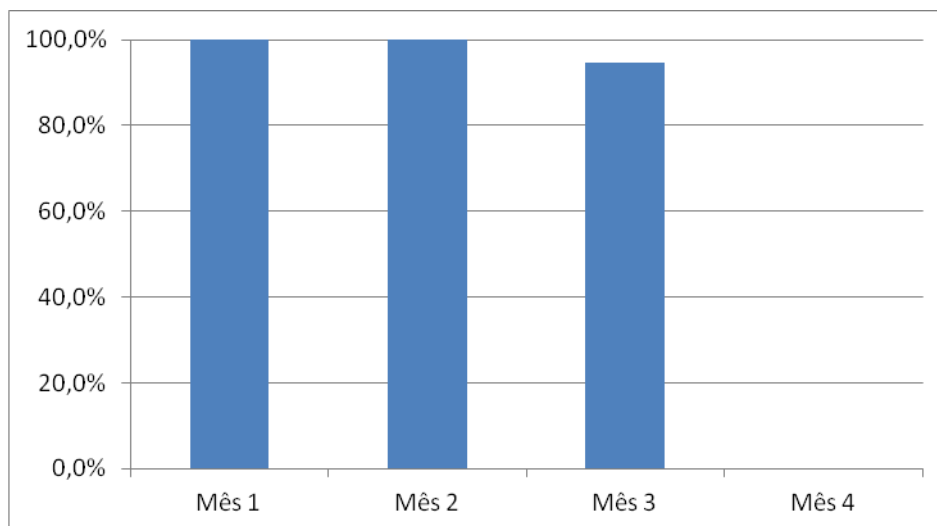


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

2.3. Resultados relativos ao objetivo. Garantir a os usuários hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Em relação à proporção de usuários hipertensos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado os exames complementares em 99 hipertensos (99,0%), já no segundo em 155 (96,3%), no terceiro mês em 219 (94,0%).

Não foi possível o cumprimento de 100% dos usuários cadastrados, já que com a alagação ocorrida em nossa área de abrangência, também atingiu a unidade central onde se realiza a coleta de sangue para a realização dos exames complementares, e a mesma foi fechado para reforma pelos danos ocasionados, e foi aberta temporalmente em um local muito mais longe de nossa comunidade, e os usuários reclamam que é muito difícil para eles a movimentação para neste novo centro de saúde.

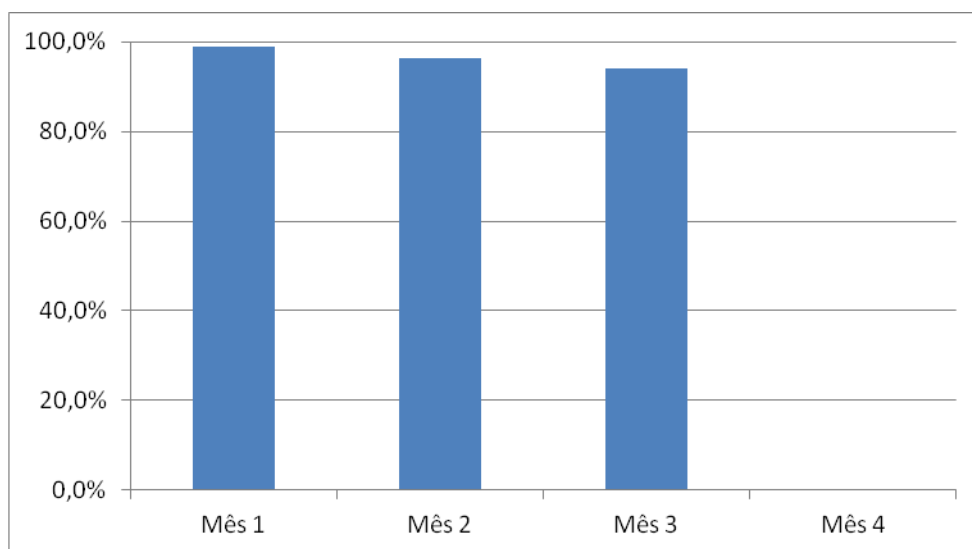


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

2.4. Resultados relativos ao objetivo. Garantir a os usuários diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Em relação à proporção de usuários diabéticos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que no primeiro mês foi realizado os exames complementares em 40 usuários diabéticos (100%), já no segundo em 58 (98,3%), no terceiro mês em 68 (93,2%).

Igualmente ao que aconteceu com os usuários hipertensos, não foi possível o cumprimento em um 100% dos usuários em estudo, já que com a alagação ocorrida em nossa área de abrangência, também atingiu a unidade central onde se realiza a coleta de sangue para a realização dos exames complementares, e a mesma foi fechado para reforma pôr os danos ocasionados, e foi aberta temporalmente em um local muito mais longe de nossa comunidade, e os usuários reclamam que e muito difícil para eles a movimentação para neste novo centro de saúde.

O fluxo dos usuários aos laboratórios aconteceu sem problema alguns, não assim com a chegada dos resultados, já que em algum os resultados dos exames complementares, demorou um mês e mais.

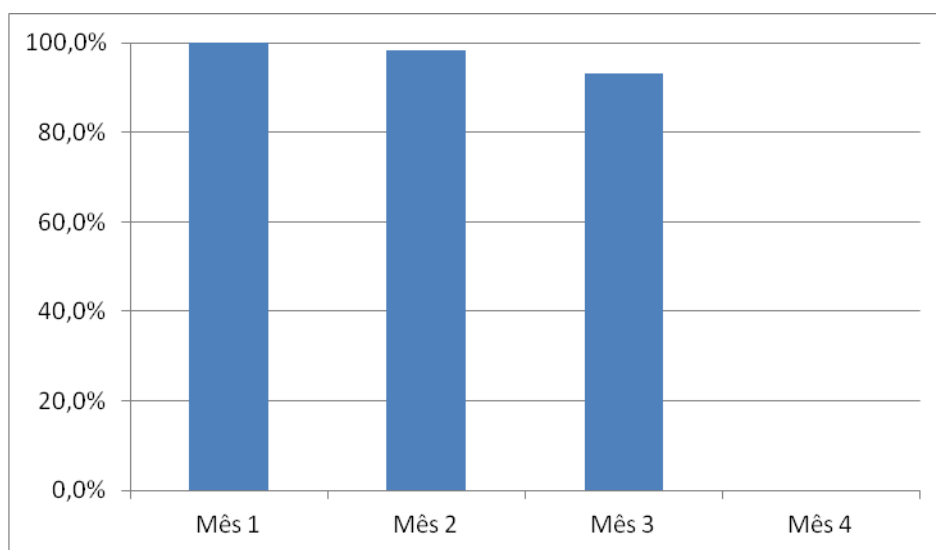


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

2.5. Resultados relativos ao objetivo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Ainda com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, foi proposto como meta garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Com relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês da intervenção foi prescrito medicamentos da farmácia popular para 100 hipertensos (100%), no mês segundo para 161 (100%), no terceiro mês para 233 (100%). Conseguimos atingir 100% da meta inicialmente proposta.

2.6. Resultados relativos ao objetivo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

No primeiro mês da intervenção foi prescrito medicamentos da farmácia popular para 40 usuários diabéticos (100%), no mês segundo para 58 (100%), no terceiro mês para 73 (100%). Conseguimos atingir 100% da meta inicialmente proposta.

Durante os três meses que ocorreu a intervenção, foram possíveis priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Os motivos do sucesso, foram por diferentes fatores, como estoque de medicamentos de acordo com o número de usuários cadastrados, conscientização de todos os funcionários de a importância do tratamento dos hipertensos e diabéticos, por outro lado e importante ressaltar que a maioria dos usuários tinham um tratamento sem ter a ver com idade, fator de risco, doenças crônicas associadas, de forma geral a maioria dos usuários tomavam quase o mesmo tratamento, e durante o seguimento feito em nosso estudo fomos indicando o tratamento diferenciado com os itens já sinalado.

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

Indicador 2.7. Proporção de usuários hipertensos com avaliação odontológica.

Com o intuito de alcançar o objetivo de promover a saúde dos usuários hipertensos estabelecemos como meta garantir avaliação odontológica em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

A proporção de usuários hipertensos com avaliação odontológica foi de 65 (65,0%) no primeiro mês, 161 (100%) no segundo mês, e no terceiro mês de 233 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%, nos dois últimos meses.

Quando eu comecei a trabalhar com o projeto de intervenção, nossa unidade não tinha dentista, no segundo e terceiro mês de nossa intervenção, começo a prestar nesse serviço em nossa unidade. Foi uma tarefa difícil, já que tínhamos muitos usuários carentes nesse atendimento, mas foi organizado e programado o atendimento dos usuários, de modo que todos os ACS agendavam dois usuários de manhã e dois para a tarde.

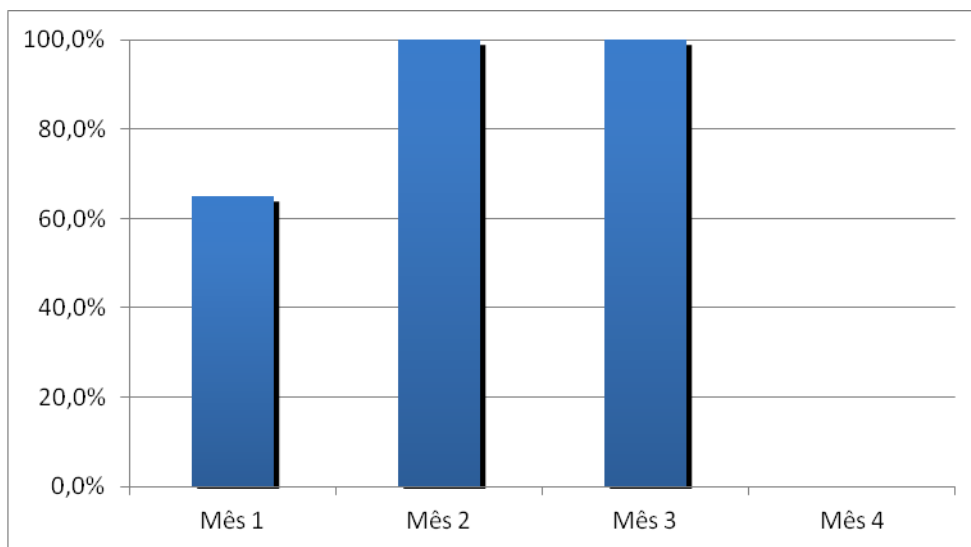


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Indicador 2.7. Proporção de usuários diabéticos com avaliação odontológica.

A proporção de usuários diabéticos com avaliação odontológica foi de 28 (70,0%) no primeiro mês, 58 (100%) no segundo mês, e no terceiro mês de 73 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%, nos dois últimos meses. O acontecido com os usuários diabéticos foi igual a o acontecido com os usuários hipertensos.

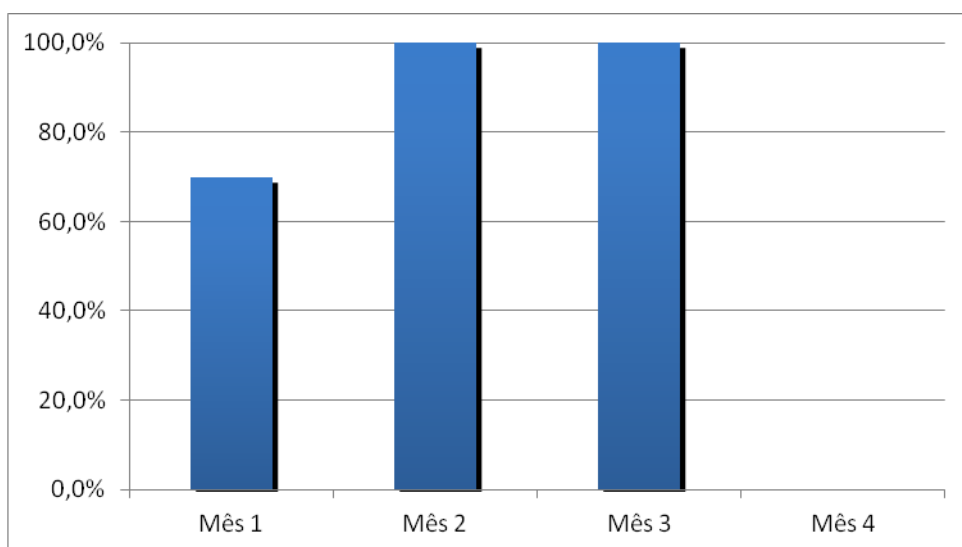


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Com a finalidade de alcançar o objetivo de melhorar a adesão dos usuários hipertensos ao programa, foi estimado como meta buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme periodicidade recomendada.

Com relação ao item proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos, no primeiro mês, 8 (88,9%) no segundo mês, 7 (100%), e no terceiro mês de 20 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%, nos dois últimos meses.

Depois que iniciamos nosso projeto de intervenção observei que os usuários da área de abrangência aderiram melhor tanto ao tratamento, às palestras e atividades propostas e se surgia um imprevisto eles desmarcavam a consulta e já reagendavam nossa consulta. Acredito que isto se deva ao trabalho conjunto de toda equipe e das ACS em domicílio, pois a pesar que o apoio da equipe não fosse o desejado, foi suficiente para cumprir com as expectativas do projeto.

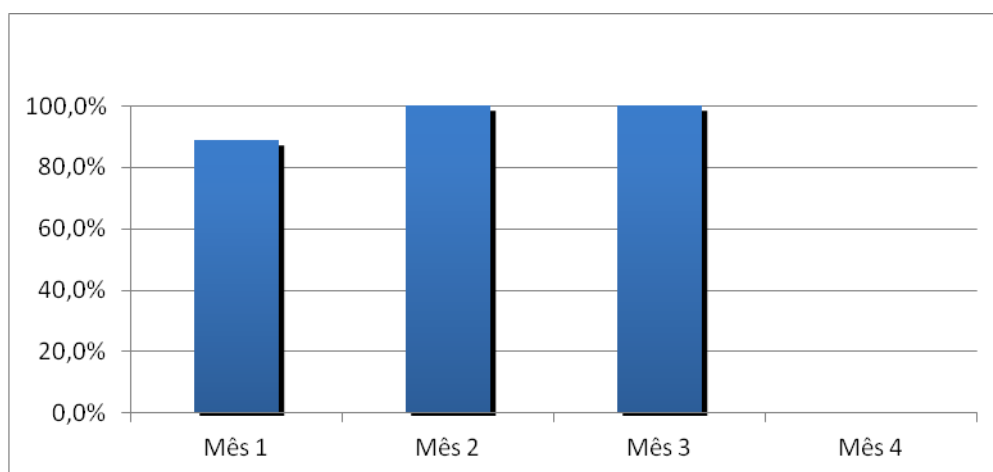


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Com relação ao item proporção de usuários diabéticos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos, no primeiro mês, 3 (100%) no segundo mês, 5 (100%), e no terceiro mês de 10 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%.

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

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

Com relação ao item proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês, 100 (100%) no segundo mês, 159 (98,8%), e no terceiro mês de 231 (99,1%). Quase atingindo a meta proposta de 100%.

A meta proposta foi quase atingida, apresentando pequenas diferenças no cumprimento da mesma, em nesta meta a equipe de saúde trabalhou para alcançar os maiores resultados, por não contar com um pessoal fixo na sala de recepção assim como alguns usuários não foram a consulta com a documentação certa.

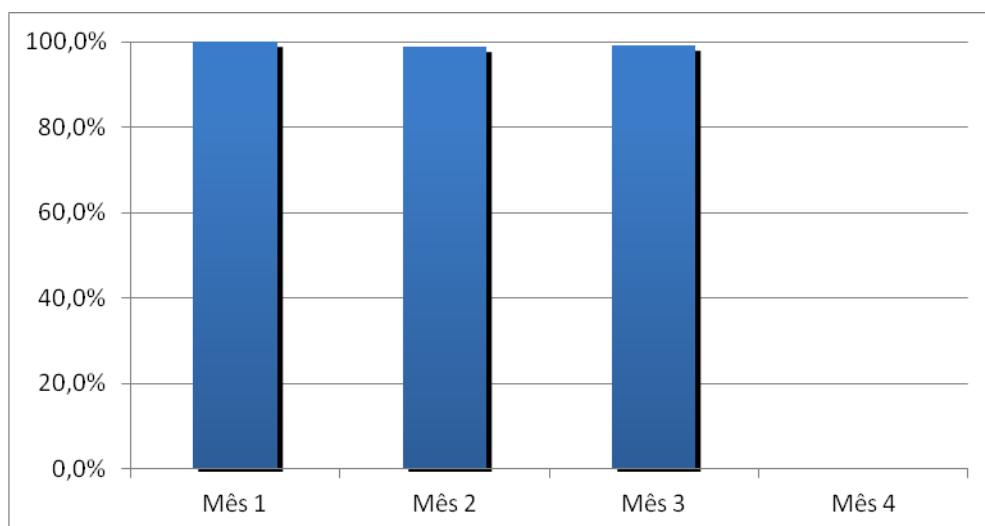


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Com relação ao item proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês, 40 (100%) no segundo mês, 58 (100%), e no terceiro mês de 73 (100%). Atingindo a meta proposta de 100%.

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

Indicador 5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Para atingir o objetivo de mapear usuários hipertensos de risco para doença cardiovascular, foi estimado como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

Nesse sentido, a proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, no primeiro mês, 100 (100%) no segundo mês, 155 (96,3%), e no terceiro mês de 227 (97,4%).

Não foi possível obter 100% nesta meta, já que não todos os usuários foram atendidos em as salas da unidade, alguns deles foram atendidos em seus domicílios, onde não foi possível realizar um exame físico completo.

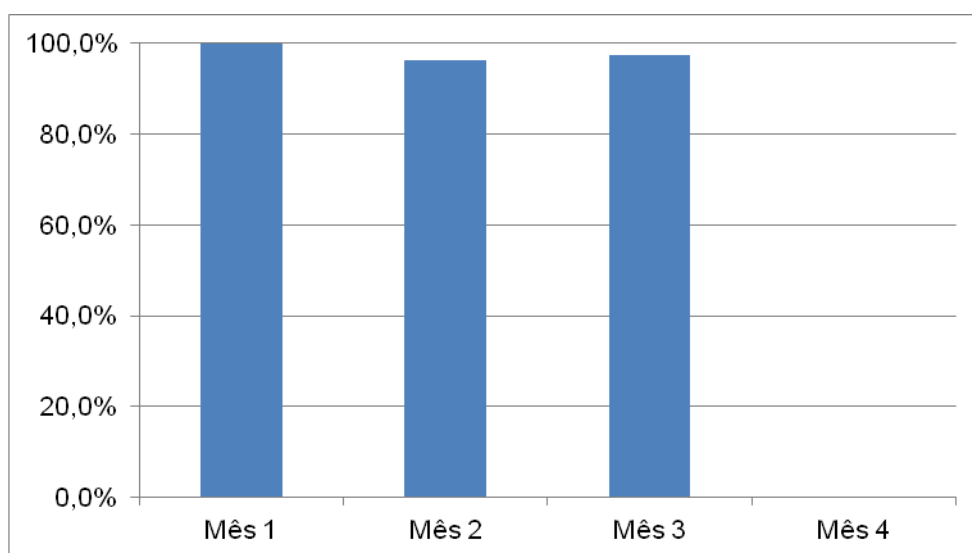


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva II. Rio Branco, AC. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Indicador 5.1 Proporções de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para atingir o objetivo de mapear usuários diabéticos de risco para doença cardiovascular, foi estimado como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS. Nesse sentido, a proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, no primeiro mês, 40 (100%) no segundo mês, 56 (96,6%), e no terceiro mês de 71 (97,3%).

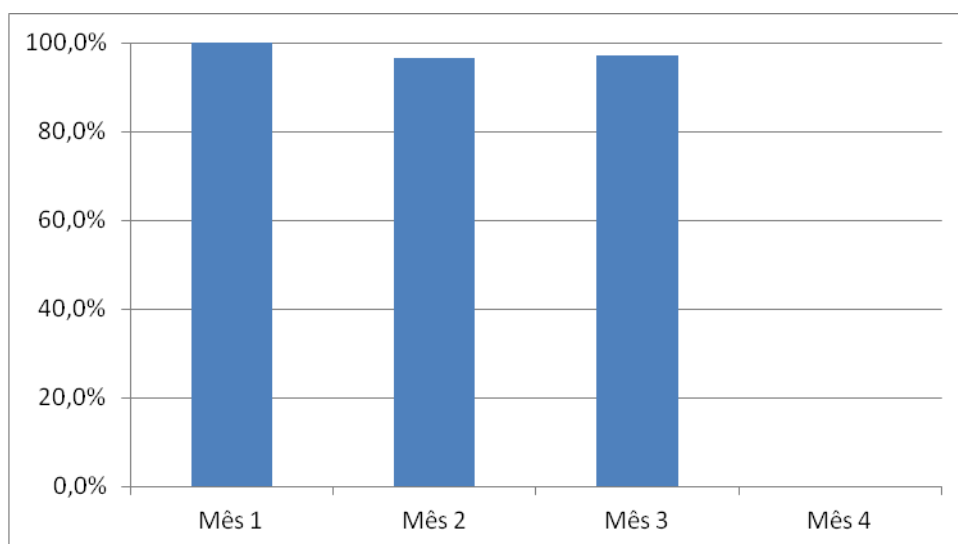


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia da área de abrangência da UBS Maria de Fátima Matos da Silva, II. Rio Branco, AC. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Quanto aos usuários hipertensos, a proporção deles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foram de 100%, atingindo a meta estabelecida.

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

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

Quanto aos usuários diabéticos, a proporção deles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foram de 100%, atingindo a meta estabelecida.

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

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

A meta proposta na intervenção de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular dos hipertensos, com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 100% em todos os meses da intervenção, alcançando a meta proposta, acredito que fosse possível às lãs diferentes atividades de promoção da saúde (orientações), feitas durante as consultas, e palestras realizadas na sala de espera, e a comunidade.

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

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

A meta proposta na intervenção de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular dos usuários diabéticos, com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 100% em todos os meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

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

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

A proporção de hipertensos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% durante os três meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

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

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

A proporção de usuários diabéticos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% durante os três meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 100% durante os três meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. A Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 100% durante os três meses da intervenção, alcançando a meta proposta. Nesta meta foi possível de cumprir em um 100%, já que a equipe de saúde toda fica comprometida com a realização da intervenção, e mediante as deferentes palestras, acolhimento, visitas domiciliares, e consultas medicam e de enfermagem, se fez um correto seguimento nesta meta. As diferentes orientações foram dadas fundamentalmente pela odontologista, técnica em odontologista e pelo medico, mais todo o equipe foi capacitado para ajudar em nesta meta.

4.2 Discussão

Com o desenvolvimento do projeto de intervenção na UBS Maria de Fátima Matos da Silva, foi possível melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou

diabéticos, assim como ampliar a cobertura do programa de atenção do hipertenso e diabético na UBS.

Algumas ações foram mais importantes no alcance das metas propostas, como a realização da capacitação da equipe da saúde, a implantação de registros específicos, a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, o atendimento clínico qualificado, as atividades educativas e encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia, além do monitoramento das atividades desenvolvidas na intervenção. Todo este processo qualificou o trabalho e equipe e contribuiu para a melhoria da atenção à saúde deste grupo populacional.

Com o fim de atingir os objetivos propostos na intervenção, o projeto foi apresentado para a coordenadora e demais funcionários da UBS, destacando desde os primeiros momentos a importância do engajamento e colaboração de toda a equipe no desenvolvimento das ações.

A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários em estudo.

Algumas dificuldades no processo de trabalho apareceram durante o projeto, de início a equipe se comprometeu em participar ativamente de todas as ações, no entanto, no decorrer do tempo muitas ações ficaram centradas no médico.

No primeiro mês da intervenção, a área de abrangência de nossa UBS foi atingida por um grande alagamento, e depois dela a população adoeceu mais, aconteceram muitos casos de leptospirose, entre os doentes um militar que ajudou na retirada dos afetados, que acabou falecendo. Em decorrência disso a população ficou muito temerosa, lotando a UBS. Isso atrapalhou o início de nosso trabalho, mesmo assim, foi um período de conscientização da equipe na busca dos hipertensos da comunidade e de sua incorporação no projeto de saúde.

Se a intervenção começasse agora, eu faria uma melhor capacitação de minha equipe de saúde, já que tentei fazer um bom trabalho de investigação, mas as maiorias do trabalho ficaram por minha conta, e na verdade eu preciso dele, mas nossa comunidade e nossa unidade também ficam ganhando com isso, também faria uma maior divulgação do trabalho, e tentaria procurar um maior apoio com os líderes comunitários. Assim como dar maior responsabilidade a os diferentes membros da equipe de trabalho.

Acredito que a realização da intervenção foi muito importante para o serviço de saúde, ocorrendo várias mudanças positivas na rotina do serviço, o que contribuiu com a qualificação do atendimento prestado aos usuários em estudo na UBS. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na consulta médica e com a realização da intervenção podemos destacar como aspectos positivos o cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado.

Todas as ações foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a atenção à saúde deste grupo populacional, buscando prevenir e evitar as complicações causadas pela doença.

Para a comunidade acredito que a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Com certeza, foi gratificante vivenciar sentimentos de satisfação dos usuários pelas atividades desenvolvidas no decorrer destes três meses de intervenção. Claro que com a intervenção muitas ações realizadas na UBS foram modificadas e melhoradas, os usuários também mudaram muito, e acredito que ambas as partes foram beneficiadas.

Depois de concluída a intervenção, o modo de trabalho, assim como tudo os referentes à mesma ficam incorporados na rotina de trabalho de nossa unidade, e de uma forma muito positiva tudo isso está influenciando nas demais ações programáticas, temos pensado de fazer um trabalho similar com as demais doenças crônicas não transmissíveis.

5 Relatório da intervenção para gestores

Excelentíssimo Ser Prefeito Municipal, Secretário de Saúde, e aos demais funcionários da gestão em saúde do município Rio Branco, Acre.

Por meio do presente, apresento os resultados obtidos com a realização da intervenção realizada na UBS Maria de Fátima Matos da Silva II com o adjetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos.

O foco escolhido foi em atenção à saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos, já que mediante o trabalho diário constatei que os usuários com as doenças crônicas, tais como hipertensão e/ou diabetes mellitus, precisavam ser amplamente trabalhados no serviço de saúde de nossa comunidade em razão alto índice de incidência e prevalência nestas doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações.

Inicialmente realizamos uma reunião com a coordenadora da unidade e com a equipe da UBS, para apresentar o projeto de intervenção, onde destacamos a importância da participação de todos os funcionários para alcançar o sucesso da intervenção. Nesta reunião realizamos uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS, tomando como base o protocolo de HAS e DM do MS e estabelecendo o papel de cada profissional no projeto.

Mediante a utilização da ficha-espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso, foi possível registrar o acompanhamento dos usuários cadastrados na UBS, utilizando semanalmente as informações obtidas nas fichas-espelho e repassadas para as planilhas de coleta de dados a fim de, facilitar o monitoramento da intervenção.

Também foi realizado o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, avaliação odontológica, prescrição de medicamentos da farmácia popular, orientação sobre prática de atividade física regular e risco do tabagismo, orientação alimentação saudável, assim como a busca ativa dos faltosos a consulta, e a formação de grupos de educação em saúde.

Podemos ressaltar que com desenvolvimento destas atividades durante a intervenção houve uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS, pois dos 519 usuários hipertensos e 151 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados

no período da intervenção 233 (44,9%) hipertensos e 73 (48,3%) diabéticos, sendo alcançada a meta de cobertura estipulada no projeto para os usuários diabéticos. Conseguimos resultados positivos com a intervenção e o mais importante, os usuários se mostraram satisfeitos com a melhoria da atenção a saúde prestada aos hipertensos e diabéticos.

Outros resultados que gostaria de mostrar são que conseguimos cadastrar no primeiro mês foram 40 diabéticos (26,5%), no segundo mês já tínhamos cadastrados 58 diabéticos (38,4%) da área de abrangência e no terceiro tivemos o total de 73 cadastrados diabéticos, alcançando 48,3% de cobertura. Em relação à proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 99 hipertensos (99,0%), já no segundo em 159 (98,8%), no terceiro mês em 223 (95,7%). Em relação à proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 40 diabéticos (100%), já no segundo em 58 (100%), no terceiro mês em 69 (94,5%). Em relação à proporção de hipertensos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado os exames complementares em 99 hipertensos (99,0%), já no segundo em 155 (96,3%), no terceiro mês em 219 (94,0%).

Acredito que poderíamos ter alcançado de maneira integral algumas metas propostas se tivéssemos contado durante todo o período de intervenção com o apoio e engajamento de todos os membros da equipe no desenvolvimento das ações, e de não haver acontecido tantos fatores negativos que atrapalharam nosso projeto, tales como a alagação que afeto muito nosso estado, dias feriados, e greve das ACS.

Acredito que além de o bom trabalho feito por a equipe de saúde, nossa unidade precisa de um maior número de funcionários fixos em as diferentes áreas, por exemplo, não temos técnico em farmácia, não contamos com um administrativo para a coleta das estadísticas, e não temos um funcionário fixo na recepção, com a falta destes funcionários já descritos fica mais difícil à realização de qualquer projeto, já que para o funcionamento da unidade temos que deslocar funcionários para poder fazer neste trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos pacientes que tem aumento da pressão alta, e/ou problema de açúcar no sangue, que são atendidos em nossa unidade de saúde Maria de Fátima Matos da Silva II, foi realizado um estudo, com duração de 12 semanas, no período de 19 de março de 2015 a 10 de junho 2015.

A equipe escolheu esta população (diabéticos e hipertensos), pois mediante o trabalho diário percebemos que os usuários com as doenças não curáveis e que não se transmite para outras pessoas, precisavam ser amplamente trabalhados no serviço de saúde de nossa comunidade em razão do grande número de casos destas doenças.

Durante este tempo foi realizado o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, realização de exame clínico e de estratificação de risco para sofrer problemas do coração, solicitação de exames complementares, avaliação por dentista, indicação de medicamentos da farmácia popular, orientação sobre prática de atividade física regular e risco do tabagismo, orientação alimentação saudável, assim como a busca ativa dos faltosos a consulta, e a formação de grupos de educação em saúde.

A intervenção direcionada a ação programática Hipertensão e Diabetes tinha como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar a adesão destes usuários o programa, melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde destes usuários.

Podemos dizer que com o apoio da comunidade conseguimos que houvesse uma melhoria na atenção à saúde de pessoas com problemas de açúcar no sangue e com pressão alta UBS. Também ressaltamos que este programa já faz parte da UBS e todos os usuários que necessitarem de atenção a estas doenças terão agendadas as suas consultas. As consultas medicas serão feitos as todos os dias, tinindo prioridade as quintas que é o dia de atendimentos dos doentes de açúcar no sangue e pressão alta.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

De início, este projeto de curso à distância foi muito difícil para mim, já que não tenho muita habilidade com a língua portuguesa, além disso não entendia o formato utilizado no Brasil para fazer o mesmo. Já havia feito minha especialização há muito tempo na minha cidade e acreditava ser desnecessário para o trabalho fazer mais uma, mas com o o tempo foi muito gratificante, à medida de que o curso passava, foi uma boa experiência para minha profissão, adquiri uma visão diferente diante das divergências e dificuldades encontradas no trabalho. Após a abordagem realizada na intervenção em hipertensos e diabéticos e seus respectivos resultados, constatou-se a importância do Programa Hiperdia na adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológico, bem como, o papel fundamental deste, na redução dos possíveis agravos aos usuários acometidos pelo DM e/ou HAS, ao atuar na prevenção e controle dessas patologias.

Por meio deste projeto pudemos observar que o médico e enfermagem em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde atua na provisão, manutenção e preparo psicológico do paciente, tendo em vista que à prevenção dos problemas dessas patologias é fundamental para se viver em uma comunidade saudável.

Este estudo poderá servir de base para outros estudos futuros e ainda incentivar os profissionais de saúde a realizar uma melhor assistência nas suas Unidades de Saúde; a população também será beneficiada quanto às informações importantes apresentadas nesse estudo.

Constatado a importância do Programa Hiperdia, pode-se identificar as dificuldades que os usuários hipertensos e/ou diabéticos da referida USF, possuem em relação à adesão aos tratamentos, sendo a dificuldade mais citada pelos mesmos à realização de uma dieta alimentar adequada. É notável então o valor da equipe

multiprofissional, pois seria de suma importância à presença de um nutricionista para o acompanhamento desses, e que esteja inserido na USF.

O curso de especialização, para mi significou, muito já que com neste curso, primeiramente tenho que falar que fortaleci meus conhecimentos, tantos sobre o idioma português, assim como os tratamentos atualizados das diferentes doenças frequentes no Brasil, a pesar de que já eu fiz minha especialização em medicina da família em meu país de origem, aprendi muitas coisas que eu não sabia, acredito que para a comunidade também foi muito importante já que permitiu um atendimento de maior qualidade, atualizado, acorde com os protocolos impostos por o ministério de saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) b.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- Diabetes Mellitus e Qualidade de Vida. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 2007-2008. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia 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.


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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Instituição de Ensino Superior	Nome do curso	Nome do curso	Nome do curso	Acesso a Internet?		Acesso a computadores pessoais?		Acesso a computadores pessoais?		Acesso a computadores pessoais?		Acesso a computadores pessoais?		Acesso a computadores pessoais?		Acesso a computadores pessoais?		Acesso a computadores pessoais?		
				Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				
51																				
52																				
53																				

Anexo C - Ficha espelho




**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: _____ Necessita 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				
					EQU				
					Infecção urinária				
					Proteinúria				
					Corpos cetônicos				
					Sedimento				
					Microalbuminúria				
					Proteinúria de 24h				
					TSH				
					ECG				
					Hemograma				
					Hematócrito				
					Hemoglobina				
					HbA1c				

Ficha espelho

Sim Não Tem DM? Sim Não Tem HAS e DM? Sim Não Está cadastrado no HIPERDIA? Sim Não
 Tempo em: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo						
	Apresentação					
	azida 25mg					
	mg					
	40 mg					
	mg					
	mg					
	500 mg					
	850 mg					
	da 5mg					
	-l					

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS			
Data			
Glicemia de Jejum			
HGT			
Hemoglobina glicosilada			
Colesterol total			
HDL			
LDL			
Triglicérides			
Creatinina Sérica			
Potássio sérico			
Triglicérides			
EQU			
Infecção urinária			
Proteinúria			
Corpos cetônicos			
Sedimento			
Microalbuminúria			
Proteinúria de 24h			
TSH			
ECG			
Hemograma			