

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/ AC

Zaida Perez Alabart

Pelotas, 2015

Zaida Perez Alabart

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/ 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.

Orientadora: Patricia Germania da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A316m Alabart, Zaida Perez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/AC / Zaida Perez Alabart; Patrícia Gernânia da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Silva, Patrícia Gernânia da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico em primeiro lugar a minha família, que sempre me deu força, coragem e constante apoio para seguir em busca de meus objetivos.

Ao meu parceiro, Abel Infante, por ter me proporcionado a maior felicidade deste mundo, pela paciência em espera de minha chegada e pelos momentos felizes juntos.

A todos aqueles que de alguma forma ou de outra estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Agradecimentos

À minha orientadora Patricia Germania, por sua paciência, que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e meu agradecimento.

À Universidade, pela oportunidade de fazer o curso.

À equipe de saúde da unidade, que fizeram parte deste trabalho e que vão continuar presentes em minha vida, com certeza.

Agradeço à minha família por compreender minha ausência e por seu apoio incondicional.

À gestão do município já que sem sua ajuda e compreensão não haveria sido possível este trabalho.

Resumo

PEREZ ALABART, Zaida. **Melhoria da atenção da assistência aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/AC.** 2015. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O controle adequado dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM) deve ser uma das prioridades da Atenção Primária à Saúde a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessas afecções são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Estas doenças crônicas são responsáveis por um grande número de mortalidades, hospitalizações, amputações, doenças renais crônicas entre outras complicações. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento destas doenças crônicas está relacionado à melhoria da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Realizamos na Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa, no município de Capixaba/AC uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção na assistência aos usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus pertencentes à unidade. A justificativa é devido à necessidade de sistematização da atenção e melhoria dos indicadores. A intervenção de 12 semanas teve início 09 de fevereiro de 2015. O tamanho da população alvo é uma estimativa de 288 hipertensos e 71 diabéticos, todos residentes na área de abrangência que possui população total de 1892 habitantes. A equipe realizou cadastramento da população, avaliação clínica, odontológica e monitoramento por meio de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações, avaliação do risco cardiovascular, além de ações educativas com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos e com a comunidade em geral. Tanto nas consultas individuais quanto em palestras e visitas domiciliares foram realizadas orientações quanto à alimentação

saudável, prática regular de atividade física, sobre os fatores de riscos, saúde bucal, alerta às complicações, importância do monitoramento da saúde, objetivando também alcançar com estas ações melhoria da saúde para os demais membros da família. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Nos três meses da intervenção foram avaliados 50,3% (145) hipertensos com 20 anos ou mais e 67,6% (48) diabéticos com 20 anos ou mais. Entende-se que as atividades realizadas buscaram contribuir para a discussão, percepção e uma nova forma de pensar dos profissionais, dos hipertensos, dos diabéticos e da população em geral quanto à importância do desenvolvimento de uma abordagem multiprofissional e educativa direcionada para a promoção e prevenção da saúde desses usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1 ----- ---	61
Figura 2	Gráfico 2 ----- ---	61
Figura 3	Gráfico 3 ----- ---	63
Figura 4	Gráfico 4 ----- ---	64
Figura 5	Gráfico 5 ----- ---	65
Figura 6	Gráfico 6 ----- ---	66
Figura 7	Gráfico 7 ----- ---	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AC	Acre
ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Apresentação

Este trabalho teve como objetivo qualificar o Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos pertencentes à Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Rodrigues Lustosa/AC. O Projeto desde o começo evidenciou a importância da ação despertando nos profissionais da equipe de saúde o interesse e a relevância desta ação para a comunidade. Também contribuiu para melhoria da atenção, qualidade de vida, dos registros e o monitoramento dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo será apresentado a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade e, ainda a descrição da unidade com uma análise do processo de atenção à saúde.

No segundo capítulo, será apresentada a análise estratégica utilizada, com seus respectivos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, detalhando cada um destes componentes.

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

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

No capítulo cinco e seis será apresentado o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

O capítulo sete apresentará uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, na continuação será trazida a bibliografia utilizada para este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho UBS (Unidade Básica de Saúde) que se encontra na zona rural do município Capixaba Estado Acre. Nosso município conta com duas unidades de saúde na zona urbana onde trabalham médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e odontologistas, e duas unidades de saúde na zona rural, eu trabalho em uma de essas unidades de difícil acesso, todos os dias viajo 50 km até o posto em um carro de a secretaria de saúde, minha unidade não tem uma boa estrutura mais tem o necessário para fazer um ótimo atendimento, ela conta com uma sala de espera, recepção, consulta medica, consulta de enfermagem, farmácia e um banheiro para os pacientes e outro para os trabalhadores da equipe. O maior problema de estrutura é que não temos sala de curativo e as pessoas que precisam de ele tem que viajar até o município para fazer, mais estão sendo feitos arreglos para arrumar e criar as condições que precisamos. Nossa equipe de saúde está conformada por uma medica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, seis Agentes comunitários de saúde e pessoal para fazer a limpeza.

A unidade atende de segunda até quinta feira das 7 horas às 17 horas, começamos o trabalho pela a manhã com atendimento da demanda espontânea e pela tarde agendamos e dividimos os dias para fazer acolhimento a crianças, gravidas, doenças crônicas, visitas domiciliares e palestras principalmente de promoção e prevenção de saúde, e a reunião com a equipe onde os agentes comunitários conforme a suas visitas trazem aos usuários que precisa a visita do médico. Em nosso município também se brindam serviços de outras especialidades com a frequência de uma vez cada 15 dias de ginecologia e de uma vez por semana de psicologia e foniatria, para as outras especialidades si é preciso os usuários som encaminhados ao hospital de a capital do estado que fica a 50 km previa coordenação de a secretaria de saúde do município.

Em nossa unidade temos cadastrado um total de 1892 pessoas, 17 gravidas, 18 crianças menores de um ano, quatro idosos acamados, sessenta e um

hipertenso e quinze diabéticos, e o principal problema de saúde é o abandono de tratamento médico e da recusa em fazer mudanças de estilos de vida, mais estou trabalhando em conjunto com a equipe por meio de palestras para uma maior aceitação e compressão. Também temos uma alta incidência de doenças transmissíveis principalmente em crianças de 5 até 12 anos, alto consumo de medicamentos controlados como diazepam e clonazepam, doenças osteomusculares e dermatológicas.

A equipe trabalha comprometida com a comunidade e em conjunto para prestar a toda população um ótimo atendimento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Capixaba é um município localizado no interior do estado do Acre, especificamente no Sudeste deste. Sua população é de 10170 habitantes e sua área é de 1713,412 km² (5,7 hab./km²). Em relação aos limites geográficos, o norte e o nordeste fazem divisão com o município de Rio Branco, Sul com a Bolívia, Leste com o município de Plácido de Castro e a Bolívia e o Oeste com o município de Xapuri.

A História de Capixaba formou-se a partir da antiga vila Gavião, a qual começou a surgir com a implantação da Escola Estadual Argentina Pereira Feitosa, fundada pelo professor José Clóvis Raulino por volta de 1962 e de uma igreja católica, que era habitada principalmente por ex-seringueiros, então por volta da década de 70, começou a migração de pessoas advindas principalmente do sul do país, na onda de migração chegou uma família vinda do Espírito Santo que trouxera na bagagem uma pequena serraria manual conhecida como pica-pau e se instalou na vila ou km 47 como também era conhecida. A partir daí todos que queriam ir ao km 47 ou na Vila Gavião,

tinham como ponto de referência a serraria do capixaba. Com o passar do tempo todos começaram a chamar a antiga Vila de Vila Capixaba. Entretanto, o mais curioso, ficou por conta das cédulas de votação: quem queria Vila Santo Antônio, votava colocando na urna um caroço de milho. Quem queria Vila Capixaba, votava colocando na urna um caroço de feijão. Assim ao final da votação, após a contagem das cédulas, ganhou o feijão. O Clima caracteriza-se por ter um clima tropical quente com período chuvoso de 4 meses de dezembro até março. A economia gira em torno do extrativismo vegetal, da madeira, da castanha do Brasil, da pecuária, da agricultura de subsistência e do cultivo de cana para a usina de álcool que se instalou no município. Sobre o transporte, o acesso ao município é feito por meio rodoviário através da BR-317. A telefonia e a internet não são de ótima qualidade. No município existem as modalidades para a educação primaria e média para elo constam com três centros de ensinos, dois primários e um médio, não temos faculdades federais ou privadas. O nível cultural médio da população é de ensino primário concluído.

Os principais festejos que são celebrados no município é o aniversário do município e a cavalgada anual, onde participa a maioria da população. A religião pratica-se livremente predominando a católica, constando o município com 6 igrejas na zona urbana e 5 na zona rural.

Em nosso município existem dificuldades com o sistema de saúde já que não conta com um hospital municipal, os doentes são referidos para o município do Senador Guimard que está a 50 km, não tem uma Unidade para atendimento de emergência as mesmas são atendidas por o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) encaminhadas para o nível secundário. Também ainda não temos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) o qual constitui um problema. A medicina primaria constitui-se por duas UBS na zona urbana e três na zona rural das qual és somente funciona uma que é a Unidade onde eu trabalho, cada UBS composta por uma só equipe de saúde estando completamente integrados com todos os membros.

A UBS Raimundo Rodrigues Lustosa encontra-se na zona rural a 50 km do município trata-se de um local adaptado e reformado, de recente inauguração que ainda não conta com todos os serviços que exige o SUS de Brasil. Possui

01 equipes, com população total residente na área de 1892 habitantes, sendo 975 do sexo feminino e 917 masculinos. Temos 18 crianças menores de um ano e 17 gravidas. O principal problema é que não temos sala de curativo e vacina, o que considero uma deficiência muito grave já que os pacientes que precisam desses serviços, tendo que viajar até o município para receber o atendimento requerido. A UBS no momento conta com uma sala de espera e recepção, farmácia, consulta de enfermagem e consulta médica, dispõe de um banheiro para usuários e outro para o pessoal que trabalha na UBS, mas não tem condições para deficientes com cadeira de rodas. Trabalhamos em duas turmas, de 7h da manhã até 17 00 h da tarde, fazemos visitas domiciliares agendada, tem uma equipe de saúde composto por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários, conta com uma área muito extensa e muito distante do posto de saúde e com um total de população de 1892 pessoas. Todos estes ambientes têm boa ventilação e circulação de ar mais não todos têm proteção com telas mosquiteiras. Os materiais utilizados nos curativos são levados e esterilizados na secretaria de saúde, e o material contaminado é recolhido três vezes por semana pelo carro da prefeitura. Têm barreiras arquitetônicas o qual não facilita o acesso dos usuários com deficiências motoras e com cadeira de roda. Com a comunidade fazemos atividades educativas como, por exemplo, palestras e grupos educativos para brindar promoção e garantir mudanças em o estilo de vida.

Temos dificuldade com a disponibilidade de um quadro básico de medicamentos que garantisse uma cobertura ampla para as necessidades dos usuários, pois não existe reposição contínua dos medicamentos trazendo como dificuldade uma baixa cobertura dos tratamentos aplicados, dificultando o cumprimento das normas de tratamento pelos protocolos. Também como problema falta total de cobertura a usuários com doenças crônicas que condiciona uma alta incidência de estados de descontrole de estas doenças, a vez que aumento do fluxo de pacientes que consultam por descontrole de elas, a soluções proposta e estabelecer um quadro básico de medicamentos vasado em um estúdio real de as necessidades da população da área de abrangência de cada UBS tendo como fundamento aquelas doenças, mas frequentes, em que época o ano tem alças de elas e a quantidade média de consumo por

UBS, em quanto as DCNT (doença crônica não transmissível) estabelecer um sistema que permita facilitar a os usuários um tratamento mensal.

Identificamos que nossa equipe de trabalho participa do processo de mapeamento da área de atuação da equipe, mas não corresponde com o que diz o processo de trabalho das equipes na atenção básica, já que só os agentes de saúde, o médico, o técnico da enfermagem e o enfermeiro são os que participam desse processo, e sendo essa uma das atribuições comum a todos os profissionais da equipe. Como atribuições desenvolvidas pelos profissionais da UBS no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, podemos afirmar que realizamos identificação de grupos expostos a riscos, identificação de famílias e indivíduos expostos, além de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase), sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escola), e das redes sociais (grupo de mães, associação de moradores, conselho local, entre outros.).

Nós realizamos o cuidado em saúde da população em outros lugares como nos domicílios e nas escolas. Em nossa unidade não realizamos procedimentos cirúrgicos menores já que não temos as condições adequadas (sala de curativos), além disso pela estrutura inadequada da unidade que não consta com o espaço suficiente, afetando assim os usuários, pois eles têm que ser encaminhados para outros centros de saúde, sendo qualificada a equipe de saúde que trabalha na UBS para a realização. Em relação aos atendimentos de urgência e emergência estes são realizados na unidade já que como trabalhamos em zona rural acontecem em várias ocasiões, ali com nossos recursos brindamos os primeiros auxílios e logo encaminhamos.

Realiza-se a busca ativa de usuários faltosos realizada pelos agentes de saúde, médico e técnico de enfermagem, por exemplo, em caso de grávidas e crianças que faltem às consultas solicitamos aos agentes de saúde que são os que estão em maior contato com ditos pacientes para que sejam procurados e assistam as consultas, o cuidado domiciliar aos usuários que precisem desse tipo de atendimento, o qual é feito por o médico, enfermeiro ou técnicos de enfermagem. O cuidado domiciliar é planejado mediante os agentes de saúde que são os que nos informam sobre as situações dos usuários quando

precisam, a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, a mesma é realizada pelo médico e o enfermeiro principalmente e também em ocasiões é feita pelos demais membros da equipe, atividades de grupos onde participam ativamente todos os membros da equipe essas atividades são feitas com o grupo de adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, saúde bucal, mais acho que deveríamos reforçar mais essas atividades realizadas já que nosso objetivo fundamental na atenção básica é a promoção e prevenção em saúde, realiza-se também as reuniões de equipe com uma frequência semanal onde dentro dos temas analisados estão: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações, na mesma participam todos os integrantes da equipe.

Em relação aos encaminhamentos para outros níveis de atenção, nós encaminhamos os pacientes para os hospitais pertos do nosso município, mais existe grande dificuldade com o fluxo de informações já que o paciente é encaminhado muitas vezes não sabemos nada deles porque na atenção secundária não realizam a conta referência para a atenção primária, que somos os que vamos estar mais perto do paciente para realizar o acompanhamento. Outra dificuldade é o não acompanhamento dos tratamentos indicados aos usuários em outros níveis do sistema, uma das causas é porque moram muito longe da UBS. Também não fazemos acompanhamento dos doentes em situações de internação hospitalar já que não temos como conhecer onde ficam internados além de não ter tempo para fazer essa tarefa já que o atendimento no posto ocupa a maior parte do tempo já que a demanda é muito grande e as necessidades diversas.

O acolhimento da demanda espontânea na UBS organiza-se a partir do conhecimento da situação da saúde da área, um correto planejamento das consultas com uma média de 25 pacientes por dia tendo em conta que trabalhamos com a demanda espontânea, sendo as demandas mais frequentes por infecções respiratórias agudas e doenças osteomusculares. O paciente com demanda espontânea é acolhido pelo enfermeiro e técnico de enfermagem que faz a classificação de risco, podendo encaminhar os casos

para consulta com o médico de acordo com cada situação prioritária. Em relação ao excesso da demanda espontânea, em minha unidade não constitui em problema porque existe um correto funcionamento da organização do trabalho. Os usuários que chegam à UBS são sempre atendidos pelo profissional da saúde que está atuando naquele momento ainda tendo excedido a capacidade do dia já que o objetivo fundamental é brindar um serviço de qualidade para favorecer a melhoria da saúde da comunidade.

A estimativa de grávidas segundo caderno de ações programáticas é de 10 grávidas na área, porém temos 17 grávidas cadastradas na UBS, das quais 100 % (17) iniciaram pré-natal no primeiro trimestre da gestação; estão com consultas em dia, todas têm com os exames solicitados na primeira consulta, encontram-se vacinadas de acordo com esquema de vacinação e recebem orientação sobre aleitamento materno, somente temos problemas com o exame ginecológico em cada trimestre e com a assistência a consulta de saúde bucal, pois o posto de saúde não possui esses serviços, nem o equipamento adequado, exigindo que as grávidas se desloquem para outra UBS. Em nossa UBS fazemos atendimento pré-natal todos os dias da semana em todos os turnos, não existindo grávidas fora da área de cobertura, o atendimento é feito pelo enfermeiro e o médico e a grávida sai da consulta com a próxima consulta agendada. Existe em ocasiões demanda de gestantes com problemas de saúde agudos o qual não é em excesso e as qual es são atendidas prioritariamente e usamos o protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo Ministério da Saúde. Desenvolvemos ações para um diagnóstico e tratamento adequado, fazemos consultas de planejamento familiar, promoção de o aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física, saúde bucal e saúde mental. Utilizamos avaliação e classificação de risco gestacional, utilizamos também os protocolos para regular o acesso das grávidas a outros níveis de atenção de ser preciso o mesmo, como é o encaminhamento a outras especialidades, internamento hospitalar, e atendimento nos serviços de pronto atendimento etc. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulários especiais do pré-natal, e ficha espelho das vacinas, o atendimento nutricional, e de saúde bucal como é feito em outra UBS é recolhida no prontuário para assim levar um controle sobre o

mesmo. Sempre é solicitado o cartão de pré-natal nos atendimentos o qual é preenchido com todas as informações da gravidez. Em cada consulta fazemos promoção sobre a importância do aleitamento materno e o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, também indicamos a data de a próxima vacina e recomendamos avaliação de a saúde bucal explicando-lhe sua importância, conversamos sobre os principais cuidados do recém-nascido, importância e qual é métodos anticoncepcionais pode usar durante o pós parto e durante o aleitamento, e recomendamos a revisão puerperal em as primeiras 72 horas pós parto até 7 dias principalmente e logo entre 30 e 42 dias.

Em relação ao atendimento puerperal, não sabemos exatamente o número de partos nos últimos 12 meses, mas atualmente são 04 puérperas cadastradas e acompanhadas pela equipe. Todas recebem assistência na primeira semana é até 42 dias pós-parto, inclusive recebem orientações sobre o cuidado do recém-nascido, aleitamento, mamas, abdômen examinados, exame ginecológico feito, e estado psicológico avaliado.

Uma das principais dificuldades que temos é a falta de tratamento de problemas de saúde bucal já que não temos consulta odontológica e as grávidas tem que transportar-se grandes distâncias até a UBS mais próxima na cidade. Não temos também sala de vacina ou controle do câncer de colo de útero e saúde mental mais esses atendimentos são feitos em outra UBS centralizada no município para esse atendimento, sendo um problema para as grávidas que tem que viajar grande distancias e muitas vezes não conseguem chegar em tempo a consulta, o qual melhoraria consideravelmente de fazer uma ampliação em nosso posto o qual está programada para início do ano próximo.

Sobre a puericultura, temos estimativa de 22 crianças menores de 01 ano, mas 18 (82%) são residentes e acompanhadas na UBS. Tenho que sinalar que a pesar da UBS ficar em uma área de difícil acesso, 100 % (18) das crianças tem as consultas em dia de acordo com o protocolo, tem realizado o teste do pezinho, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, também o 100 % tem o esquema de vacinas atualizado, receberem orientação de aleitamento materno e para prevenção de acidentes,

temos problema com as consultas antes dos 7 dias e temos também atrasos com as consultas agendadas já que como a maioria das famílias moram longe da UBS é difícil de legar, para diminuir esses atrasos fazemos visitas domiciliares com o enfermeiro e os agentes de saúde, mais o principal problema é a avaliação da saúde bucal já que somente é feita em outra UBS centralizado no município e que está longe de nossa área, fazemos o atendimento da puericultura o médico e o enfermeiro, todos os dias da semana para todos os grupos etéreos de crianças, durante todos os dias da semana e em todos os turnos, não existindo crianças fora da área de atendimento que realizem o atendimento em o posto. Temos um protocolo de atendimento de puericultura produzido pelo Ministério da saúde, os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial da criança e ficha espelho de vacinas que sem bem não é feito em nossa UBS por não contar com as condições sem temos um registro de quando tem cada criança que tomar a mesma. Também temos um registro especifico para os atendimentos de puericultura o qual é revisado mensalmente pôr o enfermeiro, técnico de enfermagem e o médico com o objetivo de verificar crianças faltosas, identificar procedimentos em atraso como a administração de alguma vacina, por exemplo, identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa. Em cada consulta é solicitado a caderneta da criança para preencher os dados do atendimento e ensinamos ao responsável sobre as dicas de alimentação saudável, explicamos o posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco, chamamos a atenção sobre a data da próxima vacina e sua importância e onde o responsável pode observar na caderneta o desenvolvimento neuropsicomotor e fazer o acompanhamento da criança em sua casa que é onde permanece a maior parte do tempo e assim trazer a consulta algum comportamento errado. Após a consulta a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada, também existe demanda de criança com problemas de saúde agudos, as crianças que procuram a UBS com problemas agudos de saúde residem na área de atendimento e não existindo excesso de demanda, sinalamos que para esse atendimento temos um sistema de prioridade. Também são desenvolvidas ações para o cuidado das crianças na puericultura como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico de problemas de saúde mental e bucal, logo de o diagnostico são

encaminhados para as consultas específicas para administrar tratamento e já logo na UBS fazemos o seguimento e controle de ser preciso, fazemos também prevenção de anemias mediante a administração de suplementos vitamínicos, principalmente sulfato ferroso, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde mental e saúde bucal, estamos capacitados para fazer o teste do pezinho a aquelas crianças que já fiquem em nossa área quando o teste deve ser feito. Realizamos atividades educativas de promoção e prevenção com grupos de mães das crianças no âmbito da UBS onde participam a maioria das mães. Com o trabalho feito pela equipe visitando todas as famílias e fazendo a promoção da importância dos grupos de participação, hoje temos a maioria das mães participando.

Sobre as ações para o controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama na UBS, não está implementado em sua totalidade devido problema de estrutura do programa. A estimativa de mulheres de 25 – 64 anos de idade é de 226, mas a UBS possui total de 98 mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, correspondendo a 43% da cobertura. Temos que sinalar que o exame citopatológico é feito em outra UBS centralizada no centro da cidade todos os dias da semana em horário da manhã por uma enfermeira responsável, isso ainda assim é um problema já que fica muito longe de nossa área e a maioria das pacientes não viajam até lá quando tem que fazer o exame. A equipe trabalha mediante o rastreamento de mulheres entre 25 e 64 anos chamando a atenção sobre a importância do programa e de fazer o exame em o tempo previsto, também fazemos atividades de educação e promoção onde explicamos os principais fatores de risco e como evitar dentro de o possível a doença. Outro problema que temos é a não existência de um sistema de retroalimentação entre a UBS que leva a cabo o programa e a nossa o qual considero que seja de muita importância para o seguimento adequado tanto de os exames positivos como para verificar mulheres faltosas ou que fiquem atrasadas com o exame, já que só conhecemos etos dados quando a paciente vai a nossa consulta ou quando fazemos a visita domiciliar. Tudo isto poderia ser resolvido instalando-se um sistema de retroalimentação entre as duas UBS,

levando semanal um registro para recolher todos os dados. Temos que sinalar que o exame citopatológico não é feito pelos profissionais da UBS por falta de equipamento (mesa ginecológica, espéculos, entre outros.)

Em relação ao câncer de mama, temos estimativa de 54 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, mas o total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é de 23 usuárias (43%). Os dados são incompletos por que somente há 05 meses que nossa UBS tem médico os registros ficam incompletos, mais temos que 100% dessas mulheres tiveram avaliação de risco e orientações sobre prevenção do câncer, só temos dificuldades com a realização de as mamografias em a data indicada e com mulheres com mais de três meses de atraso. Pela falta de registros em anos anteriores na UBS não temos o número total das mulheres com mamografia alterada em o período de três anos, também não temos quantas tiveram perda de seguimento. Para melhorar o atendimento são realizadas ações de promoção para incentivar a pratica de atividade física e hábitos alimentares saudáveis para assim controlar o peso corporal e evitar a obesidade, também orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e outras drogas. O médico e o enfermeiro fazemos ações para o rastreamento oportuno e organizado do câncer de mama todos os dias da semana de trabalho em todos os turnos, existindo um protocolo para elo produzido por o Ministério da Saúde. Investigamos os fatores de risco e trabalhamos para modificar os que sejam modificáveis. Em fim na UBS ainda se realizam ações de pesquisa e cadastro para conformar a realidade da população da área de abrangência. Estado de saúde e condições de vida, todo elo para estabelecer um planejamento e uma estratégia que beneficie ao cidadão com o qual a equipe possa mudar os indicadores de cobertura e saúde que hoje se mostram para esta área de saúde.

A doença crônica degenerativa tem importância cada vez maior nesta variante de atendimento médico que constitui a medicina de família, já que geralmente o índice de incidência e prevalência dessas doenças é considerada elevada. A estimativa de 288 pacientes com HAS na área segundo cadernos de ações programáticas não é adequada para nossa realidade, pois temos cadastrados média de 61 usuários com HAS (32%). Acredito que isso se deve a uma

subnotificação de casos com esta doença, a estimativa esta baseada em cálculo aproximado de acordo ao índice de prevalência e incidência de esta doença em no Brasil que se assemelha ao índice calculado em outros países, por tanto uma população de 1892 habitantes não pode mostrar esse percentual de cobertura, e evidente que ainda o equipe de saúde tem que trabalhar mais para procurar um cadastro mais acorde a realidade do estado de saúde da população que se encontra na área de abrangência, são vários os fatores que influem nesta situação, como por exemplo: 1-Falta de um trabalho exaustivo pelos ACS para procurar um cadastro. 2-A escassa cultura médica e nível cultural da população que não permite a conscientização da importância do acompanhamento destas doenças.

Com a diabetes mellitus a situação é semelhante, pois a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 71, porém nosso cadastro possui 16 pacientes diabéticos, cuja cobertura é cerca de 30%. Os fatores que afetam são os mesmos da HAS e além de que a forma de registro permite preencher os dados no registro de CAP, ainda falta muito por fazer para alcançar o atendimento que na realidade merece este tipo de doença e que muito bem está descrita no protocolo de atendimento. Nesta doença só me vou a referir devido a sua importância ao indicador de complementários no dia o qual é quase impossível por exemplo hemoglobina glicosilada creatina e pesquisa de retinopatias em este município e um sono, e nem falar sobre avaliação do paciente diabético por uma equipe multidisciplinar, nutricionista, angiologia, oftalmologista etc.

E meu critério que de forma geral se podem fazer a nível do Ministério da Saúde duas ações que iriam a melhorar a cobertura não somente destas doenças sino de todos os programas conferidos para saúde da família.

1- A primeira seria que a entrada a qualquer serviço de saúde seja a traves das UBS.

2- A segunda que todo paciente que entre em atendimento nos serviços de saúde de nível secundário e terciário retornem a sua área de saúde com uma referência dos estudos feitos e tratamento indicado.

Tanto para a HAS como para a DM os usuários faltosos são identificados mediante o registro que temos na UBS onde colocamos a data da última e próxima consulta de aí o ACS faz visita domiciliar dirigida a conhecer o problema pelo qual está ausente à consulta e agenda o dia que tem que se dirigir até a UBS para seu atendimento.

O atendimento aos idosos é uma parte muito importante de nosso trabalho, o aumento da expectativa de vida e o indicador que mede o desenvolvimento das redes de saúde de uns país e por isso que o atendimento ao idoso e um fator de vital importância dentro dos programas de saúde da família, para modificar indicadores de saúde nesta faixa etária e preciso cumprir com o protocolo de saúde que virgem o atendimento deste grupo populacional. Nossa UBS tem uma população total de 1.892 habitantes, a população idosa é média de 3.01%, representado por 57 usuários idosos, motivo pelo qual desenvolver e planejar os programas voltados a eles e muito importante, também temos que continuar com o cadastro já que acho que nossa área de abrangência tem ainda mais pessoas em essa faixa etária pelo que temos muito trabalho por enfrente. A cobertura estimada do idoso é 83%, pois temos 57 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Temos problemas com o acompanhamento em dia dos idosos já que a maioria não vai à consulta em a data agendada, com a avaliação de saúde bucal e com a realização de avaliação multidimensional, mais nossa equipe trabalha em conjunto com a secretaria de saúde para melhorar o atendimento e oferecer melhores condições. O atendimento dos idosos é feito todos os dias da semana em todos os turnos, participando ativamente o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o médico, temos que esclarecer que devido à longe de nossa unidade não temos atendidos fora da área de abrangência, trabalhamos com o protocolo de atendimento para idosos produzido pelo Ministério da Saúde, após a consulta o idoso sai com a próxima consulta agendada, existindo demanda de eles com problema se saúde agudos e tendo em ocasiões excesso de demanda pelo qual atendemos mesmo tendo excedido a capacidade já que moram muito longe de outro centro de atendimento e pessoalmente acho que sempre pode-se fazer mais para melhorar sua saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e na caderneta do idoso, a qual e preenchida

com todos os dados atuais principalmente por o enfermeiro e o médico, em cada consulta explicamos mesmo para o usuário como para os familiares como reconhecer sinais de risco de as principais doenças que afetam em essa faixa etária como é HAS, DM e Depressão, também fazemos atividades de grupo no âmbito da UBS onde participa toda nossa equipe, mas temos dificuldade com os idosos que participa o 23% do total, trabalhamos menos da metade dos idosos participam das atividades educativas. Uma das ações que fazemos na qual considero de maior importância é o cuidado domiciliar do idoso feito pelo enfermeiro, o médico ou técnico de enfermagem. Para um melhor cuidado do idoso nossa UBS faz promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Também utilizamos protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde como, por exemplo, o encaminhamento para outras especialidades, internação hospitalar e encaminhamento para serviços de pronto atendimento e pronto socorro. A promoção e prevenção são ferramentas indispensáveis para melhorar o atendimento desta faixa etária, já que nossa área de abrangência a principal dificuldade para alcançar uma cobertura de 100% esta influenciada por fatores subjetivos com costume populacional, pensamento de apenas procurar atendimento quando tem uma doença, para o qual nossa equipe trabalha em conjunto e assim mudar o pensamento da comunidade.

A saúde bucal é um indicador que sua cobertura em minha UBS não cumpre os objetivos conferidos para a medicina da família pelo SUS, já que como eu referi anteriormente e uma unidade em projeto de reconstrução que ainda não conta com serviço odontológico. O atendimento de saúde bucal em minha área de abrangência realiza-se informalmente pesquisando aquelas deficiências mastigatórias como a sepsis oral e outras doenças próprias de esta especialidade, uma vez identificado estes pacientes são encaminhados até o serviço de odontologia que fica no centro da cidade, tendo como prioridade os grupos especiais como as grávidas, crianças e idosos por agora e o único jeito de dar cobertura aos usuários que requerem atendimento odontológico, as demandas espontâneas acodem por sua conta aos serviços odontológicos

mais perto. A única forma possível de estabelecer o programa de saúde bucal para alcançar um bom índice de cobertura é a mesma instalação da capacidade odontológica para a prática clínica já que minha UBS não conta com esse serviço.

Os maiores desafios de nossa UBS que pretendemos alcançar no ano próximo são alcançar melhores indicadores na saúde e uma cobertura de 100 % principalmente em a realização de exame citopatológico em todas as mulheres sexualmente ativas, implementar uma consulta odontológica, e melhorar a cobertura de todos os indicadores para os atendimentos de pré-natal, puericultura, detecção precoce de câncer de colo de útero e mama, atendimento ao idoso, hipertensão e diabetes, assim como todos os atendimentos em geral .

Após a realização do relatório de análise situacional chegamos à conclusão de que ainda temos muito trabalho que fazer para melhorar os indicadores de saúde em nossa comunidade com o objetivo de levar mudanças de estilos de vida até a população.

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

Neste momento destaco que o tempo transcorrido desde a segunda semana de início do curso até o presente relatório tem ampliado o nosso conhecimento acerca do município de Capixaba de forma geral e mais específica de nossa unidade básica quanto à Atenção Primária de Saúde (APS) e ações programáticas desenvolvidas na mesma.

Inicialmente, poucos detalhes eram conhecidos referentes à estrutura, composição, funcionamento, organização e planejamento das ações de saúde que com o passar do tempo percebemos as principais deficiências e limitações existentes na unidade. Atualmente, a equipe de saúde está mais atualizada em relação a estas dificuldades e em condições de traçar metas e estratégias para

ofertar uma Medicina Familiar com qualidade buscando sempre a satisfação dos usuários com melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

As doenças crônicas degenerativas especificamente Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus encontram-se entre as primeiras causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos e são fatores desencadeantes de outras doenças que provocam incapacidade ao indivíduo e que ao mesmo tempo descontrolam a funcionalidade da família provocando crises de desorganização no âmbito familiar, doenças como insuficiência renal, retinopatias diabéticas, acidentes cerebrovasculares, incapacidades locomotoras por amputação de membros e outras incapacidades causadas que também influem na qualidade de vida populacional e a sua vez medem a qualidade do sistema de saúde, pelo qual são incentivos para a través de um projeto de intervenção influir na qualidade de atendimento a certos grupos específicos da população (BRASIL, 2013).

Por tanto um projeto de intervenção para melhorar o atendimento dos pacientes com HAS e DM implicaria melhorar a qualidade de vida, aumentar o período de vida para este grupo populacional, aumentar a média de anos úteis na sociedade e de certa forma influiria economicamente ao diminuir os gastos por conceito de internamento, uso de medicamentos entre outros. E aí que radica a importância de este projeto. Para realizar a intervenção no programa da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) adotaremos o protocolo do Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde 2013. (BRASIL, 2013).

A UBS trata-se de um local adaptado e reformado, de recente inauguração que ainda não conta com todos os serviços que exige o SUS de Brasil, no momento conta com uma sala de espera e salão de recepção, sendo os dois um mesmo espaço, farmácia, consulta de enfermagem e consulta médica, dispõe de um banheiro para usuários e outro para o pessoal que trabalha na UBS, tem uma equipe de saúde composto por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários, que trabalha os dois turnos. As

dificuldades da unidade é que não conta com nutricionista nem com instrutor para a prática de exercício físico. A UBS conta com uma população total de 1892 habitantes com uma estimativa de pacientes hipertensos de 288 e 71 diabéticos, mas temos cadastrados somente 61 HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e 16 com DM (Diabetes Mellitus), sugerindo que existe um subregistro; atualmente a cobertura estimada é de 32% (61) e 30% (16) respectivamente. O principal reto está na procura de aqueles pacientes faltosos e de aqueles que preferem acudir a outra UBS para ser acompanhados em seu processo de saúde-doença. Em nossa UBS fazemos o atendimento de os pacientes com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus durante todos os dias da semana mais agora de forma agendada, já que os ACS depois da busca ativa na comunidade estão orientados para encaminhar para a consulta na UBS, agendando em esse momento a 10 pacientes por dia cada um. Na consulta evoluamos integralmente aos pacientes, examinando detalhadamente seu estado físico e seus valores médios de pressão arterial e glicose para ver seu nível de controle da doença, em caso de estar descompensado buscamos a causa e trabalhamos para modificar a mesma e levar ao paciente ao controle adequado, explicamos a importância de esse controle e as possíveis complicações que poderiam aparecer, o paciente sai da consulta com todas as dúvidas aclaradas, o tratamento e a dieta que deve seguir, os pedidos de exames a realizar em caso que esteja atrasado nos mesmos e com a data da próxima consulta já agendada. Um problema que estamos enfrentando é que nem todos os pacientes com Diabetes mellitus tem insumos para realizar a glicemia capilar, obrigando-os vir até a UBS.

A grande importância da implementação deste projeto consiste na melhoria do atendimento aos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus realmente como está estipulado nos protocolos de saúde. Os aspectos que viabilizam esta intervenção já foram mencionados nos parágrafos anteriores, esses aspectos iriam a melhorar a saúde da população alvo da seguinte forma, diminuindo as incidências de complicações, facilitando maior acessibilidade nas consultas, possibilitando maior índice de cobertura o qual incidira em um aumento na promoção, prevenção e reabilitação da população. A equipe todo está trabalhando em conjunto em o projeto com a finalidade de melhorar os

indicadores, a qualidade do atendimento e para influenciar na população para fazer mudanças de estilos de vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a assistência à saúde dos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/ AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos para 80%.

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

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

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

Meta 2.2 Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Raimundo Rodrigues Lustosa, no Município de Capixaba, Acre. Participarão da intervenção uma estimativa de 288 hipertensos e 71 diabéticos, todos maiores de 20 anos e residentes na área de abrangência da UBS. As ações estarão em compatibilidade com os eixos pedagógicos propostos pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

DETALHAMENTO

Atualizaremos o cadastro e acompanharemos o indicador de cobertura junto com os ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantiremos o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

DETALHAMENTO

Faremos uma lista com nomes dos pacientes com HAS e DM que permita a atualização do cadastramento e avaliação da cobertura e acompanhamento dos pacientes.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

DETALHAMENTO

Faremos uma capacitação com o pessoal da recepção para melhorar o acolhimento de os pacientes hipertensos e diabéticos e demais pacientes.

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

DETALHAMENTO

Garantiremos que os aparelhos para a realização de este atendimento estejam em ótimas condições de uso.

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

DETALHAMENTO

Garantiremos material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde para os diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

DETALHAMENTO

Realizaremos palestras educativas uma vez por semana sobre a existência de o programa Hiperdia, além de isso temos propagandas educativas sobre prevenção e o controle de a hipertensão e a diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Capacitaremos aos agentes comunitários uma vez por mês em os temas de prevenção e cadastramentos de as diversas doenças, já temos capacitada e equipe todo em o controle de pressão arterial e a realização de hemoglicoteste.

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

METAS

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

Faremos avaliação e monitoramento de os prontuários de os usuários com hipertensão e diabetes uma vês mensal.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acorda com a periodicidade recomendada.

DETALHAMENTO

O médico e as enfermeiras farão uma avaliação mensal de os prontuários de os pacientes para contabilizar o número de pacientes com exames laboratoriais solicitados de acordo a periodicidade e protocolo adotado na unidade de saúde

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO

O médico junto com o enfermeiro fará avaliação de os pacientes que necessitam de atendimento odontológico em as consultas de acompanhamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

A enfermeira de a sala de preconsulta fara controle de pressão arterial a todos os pacientes com mais de 18 anos e glicose a os pacientes diabéticos e a critério médico.

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

DETALHAMENTO

Os profissionais terão capacitação uma vês por mês de acordo com os protocolos adotados pela unidade.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

DETALHAMENTO

Os profissionais terão atualização cada 3 meses de acordo com os protocolos adotados pela unidade.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO

Já disponhamos de o protocolo impresso e fizemos atualização de a equipe todo.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

DETALHAMENTO

O médico fara a solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada.

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

DETALHAMENTO

Já consertamos o mês passado uma reunião com a gerencia de o hospital de referência de nosso município para garantir a realização de os exames solicitados a os pacientes de Hiperdia.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

DETALHAMENTO

Estabelecer um registro de aqueles pacientes identificados com necessidade de exames adicionais e fazer a revisão de ele mensalmente.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO

A farmacêutica de a unidade fara um registro com atualização mensal de as necessidades de os pacientes diabéticos e hipertensos.

Orientaremos aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

Todos os pacientes com necessidades de atendimento odontológico serão enviados à consulta de odontologia para concertar as consultas de acordo a o planejamento pôr os grupos de trabalho.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação com a necessidade de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO

A assistente de odontologia fara o planejamento de a agenda de saúde bucal de as provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de as extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares."
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

Estas ações serão complementadas com as palestras educativas em a unidade e ajuda de os ACS, além de as orientações em as consultas a cada paciente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriada e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

DETALHAMENTO

Temos programado uma vês por mês a capacitação de a equipe em a realização de um adequado exame físico com supervisão medica, além de isso o profissional realizara atualização periódica de os protocolos de atendimento e brindara a equipe os conhecimentos necessários sobre a necessidade de atendimento odontológico e alternativas para obter os medicamentos de uso cotidiano.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

DETALHAMENTO

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal das consultas de acordo a o protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

DETALHAMENTO

O médico junto com a gerente de o posto planejara as visitas uma vês por semana para buscar os faltosos com ajuda de os ACS.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

DETALHAMENTO

A enfermeira fara um bom planejamento de a programação de consultas agendadas para os pacientes hipertensos e diabéticos uma vês por semana para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares com monitoramento médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

DETALHAMENTO

Por meio de os agentes comunitários e notas informativas, informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO

A equipe todo realizara uma vês por méis uma palestra com a população em a unidade de saúde e debater os protocolos de atendimento.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

DETALHAMENTO

Realizaremos uma vês por méis a capacitação de os ACS de acordo a protocolo.

OBJETIVO 4. Melhorar o registro das informações

METAS Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO

A doutora e o enfermeiro farão monitoramento mensal dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- 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

Temos pensado colocar nas próximas semanas uma recepcionista capacitada em o SIAB, responsável por manter as informações atualizadas, com supervisão e monitoramento dos registros pôr o médico e a enfermeira com a implementação e preenchimento de as fichas individual és.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

DETALHAMENTO

O médico e a equipe todo têm a obrigação de comunicar a os pacientes sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

DETALHAMENTO

Equipe todo foi capacitada por funcionários de a secretaria de saúde no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

DETALHAMENTO

Equipe todo foi capacitado por funcionários de a secretaria de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

OBJETIVO 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

DETALHAMENTO

O médico e a enfermeira farão monitoramento bimensal de os prontuários de os pacientes hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

DETALHAMENTO

O médico e o enfermeiro farão capacitação de as recepcionistas em o acolhimento de os pacientes de alto risco e o agendamento de os pacientes hipertensos e diabéticos serão feitos priorizando a os de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

DETALHAMENTO

O médico e a enfermeira e a equipe todo orientarão aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

DETALHAMENTO

Os agentes comunitários farão palestras uma vez por mês em as comunidades em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação)

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

DETALHAMENTO

A equipe todo já fica capacitado em a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis.

OBJETIVO 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

O médico e o enfermeiro farão avaliação e monitoramento a os prontuários de os pacientes hipertensos e diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% de os pacientes tinha orientação nutricional.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

O médico e o enfermeiro farão avaliação e monitoramento a os prontuários de os pacientes hipertensos e diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% de os pacientes tinha orientação sobre a pratica regular de atividade física

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

O médico e o enfermeiro farão avaliação e monitoramento a os prontuários de os pacientes hipertensos e diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% de os pacientes tinha orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

O médico e o enfermeiro farão avaliação e monitoramento a os prontuários de os pacientes hipertensos e diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% de os pacientes tinha orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

DETAHAMENTO

Primeiramente temos que esperar chegar uma nutricionista ao município a qual deve chegar no princípio do ano, então a gerente de o posto é a encarregada de agendar e concertar as consultas com a nutricionista duas vezes por mês e junto com a nutricionista planejamos as palestras sobre alimentação saudável.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

DETALHAMENTO

Os agentes comunitários junto com o médico farão uma palestra sobre a importância de a pratica de atividade física.

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

DETALHAMENTO

Ainda temos não educadores físicos, mas a secretaria de saúde fica trabalhando em concertar algum.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

DETALHAMENTO

A compra de os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e uma ação centralizada em a secretaria de saúde.

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

DETALHAMENTO

O médico junto com o enfermeiro fará um bom planejamento em o agendamento de os pacientes hipertensos e diabéticos com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

DETALHAMENTO

Os agentes comunitários serão os encarregados de realizar as palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

DETALHAMENTO

Os agentes comunitários serão os encarregados em cada uma de suas visitas de orientar a os hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e o médico e o enfermeiro em cada uma de as consultas agendadas.

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO

O médico e a equipe todo orientarão a os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de um programa e de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

DETALHAMENTO

Os agentes comunitários serão os encarregados em cada uma de suas visitas de orientar a os hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e o médico e o enfermeiro em cada uma de as consultas agendadas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

DETALHAMENTO

Concertaremos mediante a Secretaria de saúde uma capacitação geral de todos os funcionários por unidades básicas quando a nutricionista comece a trabalhar para garantir uma boa preparação sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

DETALHAMENTO

A equipe todo já fica capacitado sobre a promoção da pratica de atividade física regular, metodologia de educação em saúde.

- Capacitar a equipe para o tratamento dos usuarios tabagistas.

DETALHAMENTO

A equipe todo está capacitada em tratamento de pacientes tabagistas, mais já estamos concertando com a secretaria de Saúde para capacitar um enfermeiro que seja o encargada de realizar a consulta de tabagismo em as unidades do município.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

DETALHAMENTO

Fazeremos uma capacitação com o dentista do município onde participe a equipe todo para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos a adotar o protocolo HAS e DM do Ministério de Saúde do ano 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37). Utilizaremos a ficha dos pacientes com hipertensão e diabetes e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informação sobre acompanhamento de saúde bucal ou dados relativos à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos assim para poder coletar os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção a 288 hipertensos e 71 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor as 288 fichas espelho necessária para os hipertensos e as 71 para os diabéticos e para imprimir as 359 fichas complementares que serão anexadas as fichas-espelhos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado o computador com planilha criada para o viciamento dos dados coletados.

Para realizar o registro específico do programa HIPERDIA, a enfermeira responsável revisará o livro de registro identificando o número de pacientes hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para acompanhamento de suas doenças crônicas nos últimos 3 meses. O Profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, atraso na revisão pelo dentista, etc.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção em neste caso sobre HAS e DM, já foram analisadas entre todos os membros da equipe com anterioridade, temos que começar a intervenção com a capacitação da equipe sobre os protocolos do Ministério de Saúde para o programa de HIPERDIA, a mesma será realizada no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe, com a participação ativa de toda a equipe e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Além disso, serão capacitados sobre acolhimento.

A organização do acolhimento, dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tanto cadastrados como não cadastrados, será feita pela técnica de enfermagem e o enfermeiro. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair de o consultório médico e os pacientes conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem a unidade precisando pronto atendimento serão priorizados igualmente aqueles cadastrados pelos ACS na busca ativa onde foram o agendamento com uma capacidade para 10 pacientes.

Faremos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes solicitando apoio para a captação deles e para as demais estratégias que serão concretadas. Para informar à comunidade do início da intervenção serão utilizados meios de comunicação como rádio, câmara de vereadores, entre outros. Apresentaremos a intervenção esclarecendo a importância do controle dos fatores de risco das doenças crônicas, da importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, das periodicidades das consultas, os riscos de o tabaquismo e álcool em os mesmos promovendo, além disso, a participação

comunitária nas modificações dos estilos de vida com a prática de atividade física regular.

O médico e o enfermeiro examinarão com uma frequência semanal as fichas espelhos identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, atendimento à saúde bucal, entre outros, atrasados. Os agentes comunitários farão a busca ativa dos faltosos mediante as visitas domiciliares e o uso das fichas espelhos as quais serão preenchidas a cada paciente, então ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão preenchidas em uma planilha eletrônica.

Para sensibilizar a comunidade é importante primeiramente conscientizar a mesma quanto à importância da intervenção, para isso informaremos à comunidade mediante palestras sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientaremos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, importância da avaliação da saúde bucal, dieta saudável, abandono do cigarro, periodicidade de as consultas e de os exames complementares e sua importância para avaliar o controle adequado da doença.

Além disso, capacitaremos à equipe primeiramente sobre o protocolo utilizado na UBS, como fazer o cadastramento na ficha espelho, como verificar a pressão arterial e realização de hemoglicoteste, importância da periodicidade de as consultas e os exames a ser feitos, alimentação saudável e sobre como identificar fatores de risco e possíveis complicações.

para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool.													
Atividade demonstrativa para a equipe, pela Odontóloga quanto a Técnica de escovado dos dentes, Principais doenças das gengivas e Prevenção das careeis dentais.													
Conferencia sobre alternativas de tratamento para o tabagismo.													
Criação por micro áreas de grupos para pratica de exercícios físicos.													
Capacitação aos ACS, para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.													
Técnica grupal na comunidade sobre Processo da alimentação e dicas para uma boa alimentação.													
Palestra em a comunidade sobre o que é Diabetes mellitus e Hipertensão. Prevenção.													
Atividade demonstrativa e participativa sobre a importância da prática de atividade física regular.													
Palestras sobre os riscos de o tabaquismo e álcool em os hipertensos e diabéticos.													
Técnica de escovado dos dentes. Atividade demonstrativa para os pacientes.													

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção na melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na UBS Raimundo Rodriguez

Lustosa, Capixaba/ AC começou especificamente no dia 09 de fevereiro de 2015, tendo duração de 12 semanas, temos que sinalar que no começo a intervenção estava definida para 16 semana só que devido ao período de férias de 4 semanas da medico foi decidido reduzir a mesma para 12 semanas.

O primeiro passo foi realizar reunião com equipe, lideranças comunitárias e gestor municipal para falar sobre a importância da ação programática sobre HAS e DM, solicitando apoio na divulgação da intervenção e captação dos usuários para as atividades educativas e consultas individuais na UBS. Além disso, estabelecemos as atribuições de cada profissional na intervenção e apresentamos a versão eletrônica e impressa do Protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013. Também aproveitamos o espaço para definir horário das capacitações e as atividades práticas da semana, as quais se realizaram nas tardes para aproveitar o horário de 8 até 12 horas da manhã para a busca ativa da população alvo.

No decorrer das 12 semanas de intervenção foram feitas diversas atividades conforme cronograma, como por exemplo, a capacitação da equipe sobre o Protocolo HAS e DM do Ministério da Saúde, organização da agenda para atendimento aos usuários encontrados na busca ativa e programação do atendimento odontológico e nutricional na UBS de referência, com a participação de todos os ACS, o enfermeiro e a técnica de enfermagem. Discutimos como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; como verificar a pressão arterial de forma criteriosa, atividades práticas com os profissionais sobre procedimentos clínicos, as técnicas e valores de medição utilizados no registro de signos vitais, exames complementares e medições antropométricas. Abordamos também estratégias de orientação aos usuários sobre periodicidade das consultas e utilização do glicômetro.

A equipe realizou palestras sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, os temas abordados foram sobre a educação em saúde, sobre diabetes mellitus e hipertensão arterial e como prevenir complicações agudas e crônicas, atividades demonstrativas para a equipe e para a comunidade pela Odontóloga quanto a técnica de escovação dos dentes, sobre as principais

doenças das gengivas, prevenção da cárie dental e sobre a técnica correta de escovação dos dentes, fizemos também atividades com a comunidade e população alvo do projeto uma conferência sobre alternativa de tratamento para o tabagismo e importância da prática do exercício físico. Nas primeiras semanas de intervenção conseguimos nos reunir com grande parte da comunidade para formação de grupos para a prática de exercício físico, onde também foi apresentado dicas de alimentação saudável.

Foi feita na secretaria municipal de saúde uma reunião junto com a coordenadora da farmácia para conseguir tratamento antitabagismo para "abandono ao tabagismo", onde participou toda a equipe, o gestor de saúde e o farmacêutico, no final conseguimos o medicamento graças aos esforços feitos. Fizemos uma conferência na mesma UBS sobre os principais fatores de risco modificáveis para prevenir o desenvolvimento de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, onde além disso esclarecemos algumas dúvidas que tinham os ACS sobre como focar as palestras individuais principalmente em quanto ao tema de abandono do tabagismo, e onde participaram um grande número de pacientes alvos do programa, temos que mencionar que em todas as atividades durante estas 12 semanas a equipe toda participou com entusiasmo. Além disso, atualizamos os dados de pacientes novos na farmácia para assim levar melhor controle dos medicamentos que eles consomem para poder ter um quadro atualizado de medicamentos.

O atendimento para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus cadastrados na busca ativa do ACS e os que chegavam na UBS espontaneamente geralmente começa na segunda-feira na manhã, os quais são acolhidos ao chegar a UBS pelo enfermeiro e pela técnica de enfermagem, logo são atendidos na sala de triagem pelo técnico de enfermagem para realizar medida dos sinais vitais e mensurações, como por exemplo: medida de tensão arterial, temperatura, realiza-se teste de glicemia capilar aqueles usuários que precisam de forma urgente pois não contamos com fitas suficientes para realizar a todos os diabéticos. Frente a esta realidade, foi solicitada uma reunião com o gestor municipal de saúde para a possível solução destes problemas. Este se comprometeu em realizar o pedido das fitas que levariam um determinado tempo para chegarem à unidade, mas o

abastecimento de medicamentos fora prometido para o início do mês de março e assim aconteceu, quanto às mensurações, realiza-se peso, altura, circunferência abdominal, circunferência braquial, os valores são registrados no prontuário eletrônico e logo se escrevem na ficha de espelho, além disso desde o começo da intervenção o enfermeiro e a técnica de enfermagem trabalham em a busca de os usuários faltosos às consultas já cadastrados na UBS revisando os prontuários e informando aos ACS para sua busca ativa na comunidade.

Em cada consulta fazemos ênfases na estratificação de risco cardiovascular de acordo com o protocolo, forem revisados os resultados de exames complementares segundo o protocolo que apresentam estes usuários realizados recentemente, a maioria dos usuários tem tratamento medicamentoso e estes são da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, nestes momentos a farmácia da unidade não tem falta de medicamentos, não obstante o Sistêmico Único de Saúde (SUS) tem um convênio com as Farmácias Populares de maneira tal que os usuários estão cadastrados segundo as doenças crônicas onde tem a possibilidade de receber os medicamentos que precisam. Em relação ao tratamento não farmacológico são realizadas ações individuais pela equipe como orientação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle de peso corporal, de estímulo á prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, sobre os malefícios do tabagismo e sobre higiene bucal. Além disso, é explicado a estes usuários como reconhecer sinais de complicações da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, sendo de grande importância porque assim eles seriam capazes de identificar as complicações que podem apresentar, sejam leves ou graves, de forma tal que o profissional atuaria imediatamente no tratamento deles para oferecer um melhor prognóstico das mesmas. Após da consulta o usuário hipertenso e/ou diabético sai da UBS com a próxima consulta agendada e satisfeita pela atenção prestada.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para

comparecerem à unidade e aos que necessitam de assistência de forma imediata.

Assim, durante o período da intervenção foram avaliados 168 usuários em 12 semanas. Destes, 145 hipertensos e 48 diabéticos, alguns dos quais com as duas doenças.

A demanda espontânea sempre prevaleceu em relação às consultas agendadas. No início da intervenção, priorizamos aos usuários agendados portadores destas patologias para a realização das consultas, sendo reservadas 5 consultas em cada turno para agendamento das consultas e retornos, independentemente do número de usuários avaliados no dia. As fichas-espelho foram revisadas com frequência semanal objetivando encontrar os usuários faltosos às consultas.

Quanto às dificuldades vivenciadas relatamos a falta de comprometimento por parte de alguns usuários, ao não comparecer às consultas médicas e odontológicas agendadas. Diante dessa realidade, foi necessária a busca ativa por visita domiciliar pelos ACS. Além disso, no decorrer da intervenção a realização dos exames se tornou lentificada, principalmente pela falta de interesse dos usuários de fazer os mesmos, apesar de haver explicado sua importância. Outra dificuldade relativa durante o transcurso do projeto é o atendimento odontológico que nas primeiras 6 semanas era feito em uma UBS de referência no município longe de nossa área de abrangência, mais graças à ajuda do gestor municipal e da Odontóloga já bem a UBS uma vez por semana, utilizando uma cadeira móvel, agora o atendimento odontológico é feito sem nenhum contratempo avaliando o 100% dos pacientes agendados, o qual não ocasiona atraso na consulta e não proporciona paciente faltosos à consulta, os procedimentos de maior complexidade que não podem ser feitos em nossa UBS pôr a falta de estrutura são agendados para a UBS de referência com 4 vagas diárias para esses pacientes alvos do projeto. Queremos sinalar que após a culminação da intervenção a odontóloga vai se manter vindo à UBS com a mesma periodicidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção. Continuamos com o trabalho dia a dia para incorporar novos usuários para que participem de maneira contínua e assem melhorar a qualidade de vida. Da comunidade e dos pacientes alvos. Foi um trabalho verdadeiramente em equipe feito com entusiasmo para atualizar a avaliação clínica dos usuários hipertensos por meio da consulta médica de acordo com o protocolo de HAS e DM.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades encontradas na coleta de dados e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo de indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações já se encontram incorporadas à rotina do serviço e destaco que a intervenção realmente foi positiva, desde o começo o projeto foi abordado com entusiasmo, sentindo-se a equipe feliz após 12 semanas de projeto pelos resultados alcançados, mas sempre melhoramos a qualidade de vida dos pacientes alvos da população. Portanto, continuaremos realizando as atividades com a mesma dedicação mesmo após o curso, o que tornará possível alcançar as metas não alcançadas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados a seguir são os encontrados durante a intervenção de 12 semanas realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimundo Rodriguez Lustosa, no município de Capixaba/AC, nos meses de fevereiro, abril, maio e parte de junho de 2015. Durante o mês de março a intervenção foi interrompida, pois eu estava em período de férias. A intervenção teve como objetivo principal a melhoria da atenção da assistência aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus pertencente à área de abrangência da UBS.

A área de abrangência da unidade possui, aproximadamente, 288 hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território e 71 diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território.

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

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

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

A UBS conta com uma população total de aproximadamente 1892 usuários adstritos e, segundo a estimativa atualmente existe na UBS, 288 usuários com 20 anos ou mais são hipertensos. Ao final das 12 semanas, 145 usuários portadores de HAS residentes na área de abrangência foram cadastrados durante a intervenção. Alcançamos assim, 50.3% (145 pacientes) de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade.

No primeiro mês de intervenção, a cobertura contemplou 13,9% (40) da população hipertensa estimada; e no segundo mês, esta ação contemplou 29.5% (85) conforme figura 1. Durante a primeira etapa houve um menor atendimento médico, mostrando-se após o segundo mês um aumento dos atendimentos e grande interesse pela participação da população na

intervenção, tudo graças a todas as iniciativas feitas pela equipe e com a ajuda dos ACS sem os quais não haveria sido possível a intervenção.

Quanto à população de diabéticos, a estimativa era de 71 diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da UBS. Ao término da intervenção no final do terceiro mês, 48 diabéticos compareceram ao serviço e estão em dia no programa de atenção ao diabético, correspondendo a uma cobertura de 67,6% (48). Assim, o primeiro mês de intervenção assistiu a 18,3% (13) da população diabética e no segundo mês corresponde a 36,6% (26). Diante do exposto, verifica-se que a meta de 80% não foi atingida conforme figura 2.

Como pode se observar a meta proposta de 80% de cobertura não foi atingida e o principal motivo foi a redução da intervenção para 12 semana devido ao período de férias de 04 semanas da médica. Apesar da equipe não alcançar a meta proposta de cobertura percebeu-se que a atenção à saúde do hipertenso e do diabético, nos grupos e nas consultas individuais bem como a ação dos ACS foram benéficas e complementaram oferecendo melhorias na qualidade de vida e de saúde desta população.

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.

Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético.

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

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

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

Com relação ao exame clínico apropriado, no primeiro mês foi realizado em 40 (100%) hipertensos e 13 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 85 (100%) hipertensos e 26 (100%) diabéticos e no terceiro mês 145 usuários portadores de hipertensão e 48 usuários portadores de diabetes mellitus, representando 100% da meta alcançada nos três meses.

Durante as consultas médicas na UBS foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a cada hipertenso e a cada diabético, onde avaliamos integralmente o estado de cada usuário tendo em conta cada patologia específica, revisando a data da última consulta e últimos exames feitos em caso de ter algum, e seus resultados procurando alterações dos mesmos, e se tem a periodicidade de acordo a nosso protocolo, em caso contrário após exaustivo interrogatório e exame físico indicamos os exames necessários, fazemos busca de fatores de risco cardiovascular, explicamos a estes usuários como reconhecer sinais de complicações da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, sendo de grande importância porque assim eles seriam capazes de identificar as complicações que podem apresentar, sejam leves ou graves, e a necessidade de ir no médico ante a presença de alguma, orientamos sobre riscos do consumo de álcool, hábito de fumar, importância de uma dieta saudável e de fazer atividade física de acordo as possibilidade e sempre tendo em conta as orientações médicas,, em busca de alterações de cada sistema do organismo humano, que possam vir a comprometer a vida do usuário hipertenso e/ou do diabético, necessidade de o atendimento odontológico e saindo da consulta com a próxima agendada segundo o protocolo.

Atualmente, continuamos acompanhando a estes usuários com a mesma qualidade de atenção oferecida durante a intervenção.

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

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

Continuando com o a análise, no primeiro mês de intervenção, o número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 18 (45%), no segundo de 62 (72,9%) e no terceiro mês 119 pacientes, representando 82.1% da população alvo do projeto e assistentes à UBS com exames em dia nos quatro meses.

Em relação ao número de diabéticos no primeiro mês de intervenção, o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 10 (76,9%), no segundo de 24 (92,3%) e no terceiro mês 42 representando 87,5% da população diabética com exames em dia nos três meses da intervenção.

Observa-se que o segundo mês foi o mês com o indicador mais alto, a baixa cobertura do indicador depende-o principalmente de o difícil acesso dos pacientes á sala de coleta do município já que nossa UBS por se encontrar na área rural e longe da cidade dificultou a realização dos mesmos principalmente na época de chuva quando os ramais são praticamente intransitáveis.

Além disso, os usuários que haviam realizado exames recentemente não foram solicitados novos exames no momento da avaliação. Os resultados destes usuários foram lançados na ficha-espelho pelos ACS após a avaliação clínica.

Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Seguindo a análise, no primeiro mês de intervenção, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 36 (90%), no segundo mês de 80 (94,1%) e no terceiro mês 140 para um total de 96,6%% da população hipertensa em uso destes medicamentos nos quatro meses da intervenção.

No primeiro mês de intervenção, o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 13 (100%), no segundo mês de 26 (100%), no último mês 48 totalizando 100% da população diabética com prescrição de medicamentos. Um fato que influenciou no indicador e como pode se observar unicamente nos usuários com hipertensão arterial foi não ter durante um longo período médico na UBS pelo que virenses obrigados assistir a outras unidades de saúde não sempre do SUS onde foram prescritos medicamentos que não são do quadro básico de medicamentos da farmácia popular. Os usuários diabéticos não se viram afetados já que a maioria dos melhores medicamentos para controlar a doença formam parte do quadro básico. Temos que destacar que apesar de no início da intervenção ter havido um déficit de medicamentos básicos na farmácia da unidade, este não foi motivo para não cumprir com este indicador, pois disponibilizamos receitas médicas para que os usuários realizassem o cadastro nas Farmácias Populares para a retirada dos medicamentos. Atualmente, a farmácia da unidade possui os medicamentos básicos que a maioria dos usuários necessita.

Figura 5- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

No primeiro mês receberam atendimento odontológico 34 (85%) usuários hipertensos e 12 (92,3%) usuários diabéticos, no segundo mês um total de 79 (92,9%) hipertensos e 25 (96.2%) diabéticos foram avaliados; e no terceiro mês 148 hipertensos e 48 diabéticos, alcançando 100% de pacientes que receberam avaliação odontológica. Como pode se observar este foi um indicador que melhorou com o transcurso dos meses, e este fato devesse a que no começo a UBS não tinha atendimento odontológico e os pacientes tinham que trasladar-se até uma unidade de referência no município o qual era muito difícil, mais depois de conversa com a gestão e com a odontóloga foi agendado um dia na semana para ser feito o atendimento na unidade em uma cadeira móvel e deixadas 4 vagas no UBS de referência para os pacientes alvos do projeto pelo que o indicador alcançou a meta proposta.

Figura 6 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Figura 7 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Durante os 03 meses de intervenção tivemos sempre usuarios faltosos as consultas devido ao difícil acesso à UBS, mas com a ajuda dos ACS e toda equipe, a busca ativa feita durante a intervenção garantiu alcance de 100% de usuarios hipertensos e diabéticos faltosos a consulta na busca ativa em todos os meses.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

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

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

Dando seguimento a descrição dos resultados, neste indicador mencionamos que no primeiro mês 40 (100%) hipertensos e 13 (100%) diabéticos estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, ascendendo ao segundo mês para 85 (100%) hipertensos e 26 (100%) diabéticos, no terceiro mês 148 hipertensos e 48 diabéticos representando 100% de usuários hipertensos e 100% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

As fichas-espelho foram organizadas semanalmente pela técnica de enfermagem e monitorizadas pelo enfermeiro, identificando o usuário hipertenso com um adesivo preto e o usuário diabético com um adesivo azul. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho de cada paciente no momento de entrar a consulta, sendo registrados adequadamente todos os dados do usuário.

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

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

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

Seguindo a análise, no primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular a 40 (100%) usuários hipertensos e a 13(100%) usuários diabéticos, no segundo mês a 85 (100%) hipertensos e a 26 (100%) diabéticos, no terceiro mês foram avaliados 148 hipertensos e 48 usuários diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e 100% dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular realizada durante a intervenção. Por meio do exame clínico e utilização do score de Framingham foi realizada a todos os usuários hipertensos e diabéticos a estratificação do risco cardiovascular. Este risco pode ser baixo, moderado ou alto, em dependência dos fatores de risco, objetivando a estimar o risco que tem cada usuário hipertenso e/ou diabético a sofrer de uma doença arterial coronária nos próximos dez anos. Além disso, ele permite a equipe definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês de intervenção um total de 40 (100%) usuários hipertensos e 13 (100%) usuários diabéticos receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, no segundo mês as orientações foram oferecidas a 85 (100%) hipertensos e 26 (100%) usuários diabéticos e no terceiro mês 148 usuários hipertensos e 48 diabéticos receberam orientações nutricionais, totalizando 100% da população. Estas orientações foram disponibilizadas em todas as consultas médicas e em palestras na comunidade e na própria UBS por meio de conversas com os usuários hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, a fim de garantir um controle adequado desta patologia crônica aos mesmos.

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

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

No primeiro mês de intervenção foram 40 (100%) usuários hipertensos e 13 (100%) usuários diabéticos receberam orientações sobre prática regular de atividade física, no segundo mês um total de 85 (100%) hipertensos e 26 (100%) diabéticos, no terceiro mês um total de 145 usuários hipertensos e um total de 48 diabéticos receberam orientações sobre atividade física, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada no período. As orientações sobre prática regular de atividade física foram oferecidas em as consultas médicas realizadas na UBS e por meio de conversas com os usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização de atividades física. Além disso foram criadas por micro áreas grupos para a pratica de exercício físico.

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

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

No primeiro mês de intervenção 40 (100%) usuários hipertensos e 13 (100%) usuários diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 85 (100%) hipertensos e 26 (100%) diabéticos, no terceiro total de 145 hipertensos e 48 diabéticos receberam orientações quanto aos riscos do tabagismo, totalizando 100% dos hipertensos e diabéticos orientados sobre riscos do tabagismo durante a intervenção.

As orientações sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos foram ofertadas em todos os momentos de consulta e encontros durante a intervenção, pois este é um fator de risco importante que pode comprometer a qualidade de vida tanto dos usuários hipertensos como dos diabéticos.

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

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

No primeiro mês de intervenção 40 (100%) usuários hipertensos e 13 (100%) usuários diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal, no segundo mês estas orientações foram oferecidas a 85 (100%) hipertensos e a 26 (100%) diabéticos, no terceiro mês 148 hipertensos e a 48 usuários diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada durante a intervenção.

Assim como as demais orientações, as sobre higiene bucal também foram oferecidas aos hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção por meio dos encontros em grupos, consultas médicas e em consultas odontológicas individualmente.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Raimundo Rodrigues Lustosa referente à melhoria da atenção da assistência aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, proporcionou a ampliação da cobertura da atenção dos pacientes alvos do projeto, a melhoria dos registros e da qualidade da atenção destacando-se principalmente a reorganização dos serviços com a implantação da consulta odontológica uma vez por semana que antes do início da mesma era um sonho.

Em relação à importância da intervenção para a equipe, no início da intervenção foi necessário que a equipe de saúde se unisse para que o trabalho fosse feito com integralidade, além disso, exigiu a capacitação contínua para conseguir entender e levar a cabo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao protocolo de atendimento (rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM). Sendo assim, a equipe ganhou qualificação profissional e melhoria do trabalho em equipe multiprofissional. Para uma melhor organização das atividades a serem feitas durante o desenvolvimento da intervenção, o primeiro passo foi uma reunião com a equipe para estabelecer as atribuições de cada profissional, como exemplo, a busca ativa dos pacientes faltosos e cadastramento de novos pacientes feito pelos ACS, o acolhimento realizado pela técnica de enfermagem e pelo enfermeiro, o que facilitou as ações programáticas e colaborou com aumento da cobertura na unidade e obter um cadastro atualizado da área de abrangência, além disso, se aproveitou cada uma das atividades e as reuniões feitas na comunidade para explicar a importância da intervenção e seu objetivo principal: melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos na comunidade.

A consulta médica durante a intervenção era de forma integral de forma que garantir o exame clínico, a prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado da ficha de acompanhamento, a avaliação do risco

cardiovascular para ambas patologias, sendo este avaliado também pela enfermeira, além disso, forem realizadas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, saúde bucal entre outros, tanto em consulta individual como nas atividades educativas, além das visitas domiciliares com a participação da enfermeira e ACS.

Incluimos também no trabalho as reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos e a comunidade, entre outras atividades desenvolvidas diariamente, o trabalho realizado pelos técnicos de enfermagem realizando as medidas de sinais vitais e mensurações, assim como também o trabalho feito na recepção no agendamento das consultas nos horários previamente programados e o papel desenvolvido por a odontóloga que sem traba alguma deu seu apoio incondicional para melhorar a cobertura do atendimento odontológico que estava nos afeitando consideravelmente para o desenvolvimento integral da intervenção, já que em um começo esse atendimento era feito só em uma UBS de referência de difícil acesso para nosso pacientes, então após conversa e algumas gestões conseguimos trazer uma vez por semana a consulta de odontologia na mesma UBS e 4 vagas nos demais dias na outra unidade, logrando um impacto positivo neste serviço, com um aumento considerável de este indicador.

Conclusão a equipe unida conseguiu fazer um ótimo trabalho, considero que foi de grande importância não só para nos sem não também para a comunidade, já que ampliamos conhecimentos, tivemos trocas de ideias, experiências inolvidáveis não somente dentro da unidade sem não também na comunidade, em cada um dos encontros, todo para lograr nosso objetivo, melhorar a saúde da comunidade e seus estilos de vida, trazendo promoção e prevenção.

A intervenção proporcionou ao serviço melhoria do processo de trabalho. Antes da intervenção as atividades de atenção aos pacientes com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus era só responsabilidade da médica, e não tínhamos controle ou registro nenhum sobre pacientes faltosos ou totalidade do cadastro. Com o início da intervenção a equipe teve que se unir e cada um dos profissionais trabalhar em suas atribuições para conseguir o aumento da

cobertura e melhoria da atenção. A melhoria dos registros foi evidente o qual viabilizou a busca ativa e o agendamento dos pacientes alvos do projeto.

Também foi de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento, melhorou a qualidade de atenção dos pacientes portadores destas doenças crônicas, melhorou os indicadores monitorados durante a intervenção, além disso, se organizou os prontuários e registros das fichas de acompanhamento dos usuários, e atualizou o arquivo específico destas fichas.

O impacto na comunidade foi evidente já após a primeira semana da intervenção, já que se notava o interesse da mesma sempre perguntando sobre o projeto e seus objetivos e quais atividades iam-se a realizar, aumento a educação em saúde e os conhecimentos da comunidade sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além disso, demonstraram muita satisfação com a implantação do atendimento odontológico e com o interesse da equipe com sua saúde e seus problemas, melhorou o acolhimento dos usuários, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou o intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas com a comunidade, logrando em cada uma destas melhorias uma melhor qualidade de vida desta população.

Nesse momento acho que a intervenção teria sido facilitada e teria proporcionado maior cobertura, se desde o começo eu houvesse discutido com a equipe as atividades, além das quatro semanas que foi interrompida, haver continuado com a busca ativa e agendamento então para quando fosse a iniciar o atendimento médico novamente, então só isso faria diferente, mais agora que já estamos no final da intervenção só resta manter a rotina do serviço, para continuar melhorando a atenção da saúde e obter o 100% de pacientes com HAS e DM cadastrados.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação com a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Continuar com a busca ativa para o cadastramento de novos pacientes alvos do projeto e continuar melhorando a atenção, uma melhoria que já a equipe está discutindo é aumentar o atendimento de

odontologia para 2 vezes por semana, já que conhecemos que não só os pacientes alvos do projeto precisam esta avaliação.

O próximo passo seria uma reunião com a gestão para ver a possibilidade de ter o atendimento odontológico duas vezes por semana, além de manter informada a comunidade sobre a continuidade do projeto e sobre a incorporação do mesmo na rotina diária. Devido à aceitação que tivemos e observando que realmente melhoramos os serviços de saúde queremos também implementar o programa de pré-natal na UBS para além de hipertensos e diabéticos melhorar também o atendimento as grávidas, que nos últimos meses têm vindo a aumentar.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal,

O projeto de intervenção relacionado à Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/ AC estava previsto para ser desenvolvido em 16 semanas, mas devido ao período de férias da especializada foi reduzido para 12 semanas com início a partir na segunda semana do mês de fevereiro de 2015. A equipe de saúde reconheceu que a qualidade das ações desenvolvidas no transcurso da intervenção permitiu ampliar a cobertura da população hipertensa e diabética e elevar os indicadores de qualidade.

As doenças crônicas degenerativas especificamente HAS e a Diabetes mellitus encontram-se entre as primeiras causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos e são fatores desencadeantes de outras doenças que provocam incapacidade ao indivíduo e que ao mesmo tempo descontrolam a funcionalidade da família provocando crises de desorganização no âmbito familiar, doenças como insuficiência renal, retinopatias diabéticas, acidentes cerebrovasculares, incapacidades locomotoras por amputação de membros e outras incapacidades causadas que também influem na qualidade de vida populacional e a sua vez medem a qualidade do sistema de saúde, além de serem doenças acompanhadas pelo programa de atenção à HAS e/ou DM. Constitui-se em uma das ações programáticas importantes no contexto da atenção primária à saúde entre as doenças não transmissíveis.

A escolha em trabalhar com o grupo de hipertensos e diabéticos na unidade se deu a partir da necessidade de uma melhor organização do serviço e uma atenção com qualidade à população com o objetivo de diminuir o índice de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), pois a maioria destes usuários recebia atendimento por demanda espontânea, o

que não permitia um adequado dimensionamento e acompanhamento no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos conforme preconizado.

Apresentamos a seguir um quadro resumo em que se apresenta a realidade anterior e após a intervenção realizada. O Caderno de Ações Programáticas (CAP) estimou um total de 288 hipertensos e 71 diabéticos para a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Destes, eram acompanhados apenas 32% (61) dos hipertensos do total de 288 e 30% (16) dos diabéticos do total de 71 estimados para a área. Temos que sinalar que nossa população aumentou após cadastramento na comunidade, já que no começo do curso só tínhamos cadastrados 1082 habitantes e agora temos 1982, pelo qual os dados do CAP (caderno de ações programáticas) mudaram.

Indicadores	Antes da intervenção HIPERTENSOS	Antes da intervenção DIABÉTICOS	Após a intervenção HIPERTENSOS	Após a intervenção DIABÉTICOS
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético na unidade de saúde.	32% (61)	30% (16)	50,3%(145)	67,6% (48)
Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	84% (32)	100%(145)	100% (48)
Realização de exames complementares	87% (53)	75% (12)	82,1%(119)	87,5% (42)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos hipertensos e/ou diabéticos	21,1% (61)	84% (32)	22,5%(16)	100% (48)
Avaliação da necessidade de				

atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos	0%	0%	100%(148)	100% (48)
Busca de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas	0%	0%	0%	0%
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento	21,1% (61)	22,5% (16)	100%(145)	100% (48)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos	21,1% (61)	22,5% (16)	100%(145)	100% (48)
Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos	21,1% (61)	22,5% (16)	100%(145)	100% (48)
Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos	21,1% (61)	22,5% (16)	100%(145)	100% (48)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos	21,1% (61)	22,5% (16)	100%(145)	100% (48)
Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos	21,1% (61)	22,5% (16)	100%(145)	100% (48)

Figura 8: quadro demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa no município de Capixaba/AC anterior e após a intervenção realizada na unidade de fevereiro a junho de 2015.

A realização do projeto na nossa área de abrangência foi uma ferramenta importante na Atenção Primária de Saúde, já que nos permitiu avaliar comparativamente o comportamento dos indicadores de saúde deste programa no município no início e após a conclusão do mesmo. Na primeira semana da intervenção foi apresentado o projeto para todos os profissionais da unidade e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram os responsáveis pela divulgação do projeto. Assim, todos os usuários da unidade tomaram conhecimento acerca do projeto de intervenção que foi desenvolvido.

Para a realização deste trabalho foi elaborado um cronograma para acompanhar a realização das ações previstas no projeto permitindo uma organização eficaz das mesmas. Para garantir um atendimento de qualidade à população foram realizadas capacitações sobre os protocolos do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes mellitus, com participação ativa de todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e funcionários da unidade. Realizamos conversas sobre o tema de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), sobre o funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe.

Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção e para uma melhor organização do serviço todas as fichas-espelho forem organizadas por semanas de atendimento, identificando aos usuários hipertensos e diabéticos. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta.

Realizamos consultas individuais baseadas na avaliação clínica incluindo o exame clínico, prescrição de exames complementares, prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, permitindo esta última a estipularmos a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à

unidade, aqueles faltosos as consultas e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata. Neste momento, também aproveitamos para agradecer ao gestor de saúde pela disponibilização do transporte para a equipe para realizar as mesmas.

Realizamos oito encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos com participação média de 20 pessoas aproximadamente, entenda-se por encontro não só a separação de micro - áreas para a realização de atividade física, sem não também as palestras e atividades educativas realizadas. Estes foram desenvolvidos principalmente na UBS, ao final de cada mês (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes) e com a participação de toda a equipe. Durante as reuniões na unidade também foram realizadas orientações nutricionais sobre uma alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Como atividade comunitária, no último mês foram realizadas duas palestras coletivas sobre o tema “HAS/DM: estilo e modo de vida saudável” com a participação de um odontólogo que palestrou sobre “saúde bucal”. Aproveitando a oportunidade para cadastrar novos usuários e realizar agendamentos para avaliação clínica na UBS.

Durante o período da intervenção foram avaliados um total de 168 usuários de eles 145(50,3%) hipertensos e 48(67,6%) diabéticos com 20 anos ou mais também residentes na área e acompanhados na UBS.

Apesar de não ter sido alcançada a meta de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos proposta inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades realizadas durante a intervenção. Os principais indicadores de qualidade mantiveram-se em 100% desde o início até o final da intervenção.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu à mesma ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho, além de aumentar a integração entre os membros.

Foi também de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da comunidade. Além disso, possibilitou uma melhor organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha-espelho) para monitoramento destes.

Sendo também de muita importância para a comunidade, pois primeiramente melhorou o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho dia a dia para incorporar novos usuários e acompanhá-los de forma contínua. Esperamos continuar com o apoio da gestão para intervenções futuras que pretendemos implementar na unidade tomando este projeto como exemplo a fim de continuar melhorando a saúde da população pertencente à área de abrangência da UBS Raimundo Rodrigues Lustosa, e ao mesmo tempo, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre a intervenção realizada ou para planejamentos para o futuro.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Raimundo Rodrigues Lustosa, Capixaba/AC.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

O projeto de intervenção relacionado à Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Rodriguez Lustosa, Capixaba/ AC estava previsto para ser desenvolvido em 16 semanas, mas devido ao período de férias da especializada foi reduzido para 12 semanas com início a partir na segunda semana do mês de fevereiro de 2015. Com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi possível que todos vocês tomassem conhecimento acerca das ações que estavam previstas para serem realizadas durante o projeto de intervenção.

Elaboramos um cronograma para ser seguido e desenvolver as ações previstas no projeto objetivando um planejamento adequado e uma melhor organização destas ações. Para poder fornecer um atendimento de qualidade a vocês foram realizadas capacitações, com a participação ativa de todos os ACS e funcionários da UBS, realizando conversas sobre temas como HAS, DM, funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe. Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida e para uma melhor organização do serviço todas as fichas-espelho foram organizadas por semanas de atendimento, identificando aos usuários hipertensos e diabéticos. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta.

Em cada consulta individual foi realizada uma avaliação clínica incluindo o exame clínico, além da prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado na ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, permitindo nesta última avaliar a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade, faltosos a consulta e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata.

Realizamos oito encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos. Estes foram desenvolvidos principalmente na UBS. Durante as reuniões na UBS foram realizadas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Como atividade comunitária, no último mês realizamos duas palestras coletivas sobre o tema “HAS/DM: estilo e modo de vida saudável” com a participação de um odontólogo que palestrou sobre “saúde bucal”. Aproveitando a oportunidade para cadastrar novos usuários e realizar agendamentos para avaliação clínica na UBS.

Certamente houveram algumas dificuldades vivenciadas no transcurso da intervenção. Diante dessa realidade, foi necessária a busca de alternativas e possíveis soluções para melhorar a qualidade de atenção tanto do usuário hipertenso como do diabético e elevar a satisfação dos mesmos.

Acho interessante ressaltar que antes da intervenção existia na UBS um predomínio da demanda espontânea de adultos tanto de hipertensos como de diabéticos para atendimento, não existindo adequada organização do serviço, sendo este modificado e reorganizado durante a intervenção, programando as consultas agendadas tanto clínicas como odontológicas, além das visitas domiciliares e atividades educativas com os pacientes e a comunidade, de tal forma que atualmente estamos dando continuidade a esta programação de consultas e atividades de forma organizada e contínua, logrando uma melhor qualidade de atenção de todos os usuários.

Realizando uma comparação é importante mencionar que antes da intervenção, a unidade de saúde acompanhava um total de 61 (32%) hipertensos residentes e cadastrados do total de 288 pacientes hipertensos com 20 anos ou mais segundo a estimativa prevista no Caderno de Ações Programáticas (CAP). Do total acompanhado na unidade, 61 (21,1%)

hipertensos apresentavam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, exames complementares periódicos em dia 53 (18,4%), atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 37(12,8%), cabe mencionar que a realização da avaliação de saúde bucal era um dos indicadores mais afetados com só 21(7,2%).

Em relação à atenção aos diabéticos, os resultados são muito semelhantes, pois a cobertura era apenas de 30% perfazendo um acompanhamento de 16 diabéticos do total de 71 estimados pelo CAP. Destes, 16 (22,5%) diabéticos apresentavam realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, , exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. O atraso da consulta agendada em mais de 7 dias foi de 10(14,8%), cabe mencionar também que os usuários acompanhados na unidade possuíam uma avaliação de saúde bucal baixa com só 5 usuários (7,04%) e com exames complementares periódicos em dia a 12 (16,9%)

Apesar de não termos alcançada a meta de 80% de cobertura proposta inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção.

Assim, quanto à realização do exame clínico apropriado, à solicitação para a realização de exames complementares, o registro adequado, estratificação de risco cardiovascular, promoção de saúde, fornecimento de orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal.

Em relação aos indicadores da avaliação odontológica, dadas as dificuldades nas primeiras semanas da intervenção, conseguimos no final da intervenção alcançar 148 hipertensos e 48 diabéticos, representando 100%. A prescrição

medicamentosa foi feita com base nos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Destacamos que tivemos alguns usuários que não compareceram às consultas médicas para mostrar os exames complementares indicados na primeira consulta, diante dessa realidade, foi necessário a busca ativa por meio de visita domiciliar pelos ACS, conseguindo o comparecimento de alguns destes usuários faltosos (tanto hipertensos quanto diabéticos) para avaliação clínica dos resultados, os outros ainda estamos agendando para as consultas já que a pesar do projeto terminar, as ações iniciadas continuaram de forma habitual para melhorar ainda mais a qualidade de saúde de estes pacientes.

Com certeza a intervenção propiciou à comunidade ganho quanto à melhoria do acolhimento, da qualidade na atenção médica, no controle da HAS e DM, a relação equipe-comunidade melhorou, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade, promovendo melhoria quanto à qualidade de vida para todos.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho no dia a dia objetivando alcançar novos usuários para que possam ser acompanhados de forma contínua. Esperamos que com as atividades já realizadas até o momento possamos motivar e entusiasmar a todos vocês, membros da comunidade e possamos contar com a participação de cada um nas atividades que continuarão sendo desenvolvidas na unidade. A equipe aguarda o comparecimento de todos ao serviço a fim de oferecer um suporte especializado quanto ao cuidado para a saúde de cada um.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Raimundo Rodrigues Lustosa.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciei o curso, uma das primeiras tarefas foi escrever sobre minhas expectativas, mas eu estava longe de saber o que aconteceria neste curso, certamente escrevi palavras como “tornar-me um especialista em Saúde da Família Melhorar a qualidade de vida das pessoas, e assim saber atuar de forma eficaz no processo saúde-doença”, que hoje mediante este curso e a implementação do projeto posso dizer que foram feitas realidades.

Durante o curso foram desenvolvidas diversas tarefas que contribuíram a minha formação como profissional da saúde, os casos interativos, a participação no fórum de saúde e de prática clínica, espaço que sempre foi uma forma de consolidar conhecimento e de autopreparação, principalmente por abordar em temas que às vezes não atualizamos só por que esses casos não sempre formam parte da prática clínica do dia a dia, e na prática da medicina as doenças que você não revisa ou atualiza em bibliografia alguma terminam por ser esquecida, portanto durante todo o curso foi útil para preparação. O mais importante para mim foi a implementação do projeto, pois foi uma nova forma de fazer saúde, desde o início mesmo a preparação da intervenção já constituía um fato, uma nova meta, pois a intervenção era uma ação de saúde complexa que requer muita disciplina, de vincular conhecimentos estatísticos, de investigação e de medicina, mas também requer a estratégia de saber trabalhar em equipe e de saber dar ou encontrar uma solução adequada a cada aspecto negativo, portanto também o curso me ensinou ser hoje um pouco mais resolutiva diante dos problemas de saúde. Além disso, o projeto envolveu toda uma preparação inicial, pois quando se fala implementação de um projeto não é a simples atuação de uma equipe de saúde, mas uma série de atividades complexas que vai desde a logística até a capacitação individual e coletiva dos temas que foram investigados. Um dos pontos mais interessantes do curso foi presenciar o nascimento de uma ação de saúde desde seu início, se envolver nela como profissional e saber que como membro da equipe de saúde protagonize uma ação que logo iria se virar em uma forma de atendimento mais acessível, mais dinâmica e mais adaptada a realidade de minha área de abrangência e que também iria se virar uma

ferramenta para melhorar os indicadores de saúde de minha população ao mesmo tempo que aportaria para mim mais conhecimentos sobre essas doenças e sobre as formas de fazer medicina de família, acho que estes três elementos são mais que suficientes para descrever a importância que tem para mim este processo de aprendizagem que com certeza absoluta fez cumprir minhas expectativas.

Antes de concluir esta reflexão não posso deixar de agradecer a minha orientadora Patricia Germania, pelo apoio, confiança, paciência e empenho dedicado durante todo o curso.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: