

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na Unidade
Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR**

Amarilys Vega Dominguez

Pelotas, 2015

Amarilys Vega Dominguez

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da Unidade
Básica de Saúde Cauamé, Boa Vista/RR**

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

Orientador: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

D671m Dominguez, Amarilys Vega

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR / Amarilys Vega Dominguez; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Às minhas orientadoras neste árduo labor:
Daniela Nunes Cruz, Aline Basso da Silva e
Cristiane Veeck.

Agradecimentos

À Deus, por permitir-me mais um logro na minha vida.

Ao meu filho, pela sua paciência para superar a minha ausência e ser a pessoa mais importante da minha vida.

Aos meus pais, por terem sido os melhores guias e exemplo ao longo da vida.

Às minhas orientadoras da UFPel por acompanhar-me, orientar-me e serem as melhores e mais importantes guias ao longo do curso para que eu pudesse finalizar esta especialização de forma satisfatória.

Resumo

DOMINGUEZ, Amarilys Vega. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde Cauamé Boa Vista/RR**. Ano. 2015. 85f. 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.

A hipertensão arterial e Diabetes Mellitus são doenças silenciosas, apenas 50% dos hipertensos e diabéticos sabem que têm a doença. A maioria das pessoas descobre o diagnóstico em estágio avançado, quando surgem os primeiros sintomas, estas doenças são um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acontecimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. A hipertensão arterial sistêmica é responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. O novo número de pessoas com diabetes no Brasil: é de 12.054.827 casos, os dados são resultado da atualização dos números do censo de diabetes, baseado no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010. A informação sobre quantos brasileiros apresentam diabetes é de grande relevância para compreender a situação atual da nossa população, mas, acima de tudo, planejar o futuro visando prevenir o "anunciado" agravamento da situação de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (Sesau) de Roraima, esse número pode ser maior já que em Roraima existem sub notificações de casos. A Unidade Cauame, localizada em Boa Vista, RR, apresenta fragilidades quanto à cobertura e a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes. Por esta causa foi desenvolvida uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores destas doenças, no período de março a julho de 2015 e com a mesma conseguindo cumprir os objetivos da intervenção foram ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção as ações realizadas considerando os seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Utilizou-se a planilha de coleta de dados e as fichas-espelho sugeridas pelo curso de Especialização para registrar, monitorar e avaliar os resultados alcançados. Ao final da intervenção conseguimos ampliar a cobertura de hipertensos para 44,2% além dos hipertensos já cadastrados antes da intervenção e ampliamos para 69,3% além dos diabéticos já cadastrados antes da intervenção, não obstante o trabalho continuará sendo desenvolvido e incorporado à rotina de nossa Unidade de Saúde para manter a qualidade de vida da população com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

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

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015. | 57 |
| Figura 2 | Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015. | 58 |
| Figura 3 | Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015. | 59 |
| Figura 4 | Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015. | 60 |
| Figura 5 | Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade básica de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015. | 61 |
| Figura 6 | Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade básica de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015. | 62 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGR	Hospital Geral De Roraima
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica De Saúde
UTI	Unidade de Tratamento intensiva

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma	52
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão.....	68
5 Relatório da intervenção para gestores.....	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
Referências	81
Anexos	82

Apresentação

O presente trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade à Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS tem como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família a realização de intervenção em saúde e a apresentação da mesma por meio deste volume. Esta foi realizada entre os meses de março e julho de 2015, na UBS Cauamê, Boa Vista/RR com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade.

Esse volume está organizado em sete capítulos que tratam da análise das necessidades de saúde da população da área de abrangência da referida UBS e das ações desenvolvidas para melhorar uma das ações programática identificada como prioritária.

No primeiro capítulo será apresentada a análise situacional na qual foi contemplada a análise inicial sobre a situação na UBS Cauame, Boa Vista, RR, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional.

No segundo capítulo será descrita a análise estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

No terceiro capítulo será apresentado o relatório de intervenção, onde são apresentadas as ações previstas no projeto que foram ou não foram

desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

No quarto capítulo será abordada a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. No quinto capítulo, o relatório que será apresentado aos gestores e no sexto o relatório a ser apresentado à comunidade local.

No sétimo capítulo apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ao final consta a bibliografia utilizada durante a elaboração do presente trabalho, e, ainda os anexos e apêndices que foram utilizados para a execução da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na Unidade Básica de saúde Cauame, no município de Boa Vista, no Estado de Roraima. Minha percepção de Unidade Básica de Saúde é ótima, é uma equipe boa, com excelentes perspectivas no trabalho, com uma eficiente estrutura administrativa, que permite o funcionamento da unidade básica de saúde. A Unidade de saúde se encontra situada na zona oeste do município de Boa Vista, o clima é úmido e muito quente, típico da Amazônia. É um bairro residencial onde se encontram 3 escolas, várias lojas, 1 supermercado, 2 academias, igrejas de variadas religiões.

O prédio definitivo da UBS ainda esta em construção, por isso trabalhamos em uma casa alugada e adaptada como UBS é um prédio de 1andar, uma casa com quartos, cozinha, banheiros e a sala, Com estas características a Unidade foi adaptado para funcionar como uma Unidade Básica de Saúde. No térreo funciona o atendimento à população: temos 1 salão principal, onde fica a recepção juntos com os arquivos (não temos uma área específica para guardar as fichas dos usuários); 1 sala de vacinas, que funciona nos horários de manhã e tarde; ao lado está a cozinha, no lado esquerdo da recepção encontra-se a farmácia com a dispensação de medicamentos para o completo atendimento aos programas básicos onde compartilham o espaço a gestora e a farmácia onde também se encontra o computador com impressora da direção, para guardar materiais de escritório (permanentes), sendo que na planta da estrutura física desta unidade era para ser uma sala de expurgo; seguido vem a sala de acolhimento onde é realizado a triagem dos usuários; ao lado esquerdo temos 3 salas de

atendimentos, uma da enfermagem (compartilhada pelas duas enfermeiras) e outra duas salas uma para cada médica.

Nossos atendimentos funcionam das 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, de Segunda à Sexta com o seguinte corpo de funcionários: 01 Gestora, - 2 Médicas, 2 Enfermeiras, 1 Farmacêutica, 1 Vacinadora, 4 Técnicas de Enfermagem, 1 Recepcionista e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em nossa UBS damos atendimento aproximadamente a 8.500 pessoas, a população continua aumentando, temos áreas descobertas com duas equipes de saúde, motivo pelo qual a necessidade de ser contemplado com mais um agente comunitário de saúde. Na UBS são realizados os seguintes serviços à comunidade: Visitas Domiciliares; Consulta de Pré-Natal; consultas de Puericultura; Coleta de exames Preventivos, Atendimento à Saúde do Homem, da Mulher, do Idoso, do Adolescente e atividades de Educação em Saúde.

Esta unidade básica possui várias deficiências, pois não temos sala de espera para os usuários, sala de curativos, falta espaço para ser usado como direção, falta um consultório odontológico; não temos nenhum tipo de lixeira apropriada para uso ambulatorial, o lixo fica fora da unidade, à mercê das crianças que podem se contaminarem na lateral da Unidade e é recolhido de 7 em 7 dias. A área externa da Unidade é ampla, precisando de limpeza constante e falta pessoal para fazer esta função, nossa equipe está cumprindo com um grande objetivo que é melhorar a saúde da população, com a intervenção na família tentando mudar estilos de vida, fazendo atividades de promoção e prevenção de saúde individual e coletiva através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares, feitas pelos ACS, médicos e enfermeira, onde olhamos avanços, já que tem aceitação pela população.

Cada dia chegam mais gestante para consultas, realizamos mais puericulturas, as doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, hipertensão e diabetes tem um melhor controle e conhecimento de sua doença, mas ainda temos muito que fazer. Temos muitas adolescentes grávidas precocemente, por não aderirem às medidas de prevenção à gestação, pior, há muitos usuários com doenças sexualmente transmissíveis por não usarem preservativos e temos um alto grau de promiscuidade na comunidade. Então, o trabalho com os adolescentes no risco pré-concepcional é umas das metas que

temos que buscar melhorar. Este programa é muito novo e precisa tempo para melhorar sua implementação, com trabalhos diários de reforço de toda equipe de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Boa Vista é a principal cidade do estado Roraima, situada na região centro-oriental do estado, na margem direita do Rio Branco. É a única capital localizada totalmente ao norte da linha do equador, o município conta com uma superfície de 5.117km². É a cidade mais populosa do estado Roraima, concentrando aproximadamente dois terços dos roraimenses, limita com os municípios Pacaraima ao norte, ao nordeste com Normandia, ao sudeste com Cantã, ao leste com Bonfim, ao sudoeste com Mucajaí, com Amajari, ao sudoeste e com alto Alegre ao oeste. A população do município Boa Vista foi recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) no ano 2013 em 496.936 habitantes. O clima é úmido e muito quente, próprio da Amazônia.

Na atualidade o município tem 7 estabelecimentos em saúde federal, 13 estaduais, 36 municipais e 56 privados. Os serviços de atenção básica estão conformados pelas Unidades Básicas de Saúde das quais 20 são EFS tradicionais, 31 ESF trabalham no Programa Mais Médico para o Brasil e duas ESF-PROVAB, dois centros de atenção psicossocial (CAPS), 4 hospitais de referência com serviços de internação, eles são: Hospital Geral de Roraima (HGR) para dar atendimento médico aos adultos, o mesmo tem unidade de trauma, unidade de pronto atendimento, unidade para serviço cirúrgico, unidade para tratamento intensivo (UTI e internação hospitalar), Hospital das crianças “Santo Antônio” para dar atendimentos às crianças até os 18 anos, Hospital Materno Infantil “Nossa Senhora De Nazaré” onde é feito o atendimento as grávidas e recém-nascidos, Hospital de Especialidades “Coronel Mota” onde só são realizadas consultas das especialidades e 2 policlínicas, os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NAFS) estão organizados em 6 micro áreas, mas ainda sendo não implantada porque estão aguardando a publicação da portaria de habitação do município no diário da união, todas as instituições anteriormente descritas tem vinculação direta com o SUS e tem disponibilidade de exames complementares nos centros de atendimento privado.

Cauame é um bairro residencial onde se encontra a Unidade Básica de Saúde "Cauame". Atendemos aproximadamente 8.500 pessoas e a população continua aumentando, o bairro tem 3 escolas, várias lojas, 1 supermercado, 2 academias, diversas igrejas de variadas religiões, tem áreas descobertas com duas equipes de saúde. O prédio definitivo para a UBS: "Cauamè" ainda está em construção, e sem vínculo com as instituições de ensino. Em relação à estrutura física, ela não tem a maioria dos espaços sugeridos, mas são adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e específico ao número de usuários esperados por isso trabalhamos em uma casa alugada, adaptada como UBS é um prédio de 1 andar, uma casa com quartos, cozinha, banheiros e a sala, Com estas características a Unidade foi adaptada para funcionar como uma Unidade Básica de Saúde tradicional, tendo localização urbana onde fazemos o atendimento de toda a população nos horários de 8h às 12h e das 14h às 18h, de Segunda à Sexta com 1 Gestora, 2 Médicas, 2 Enfermeiras, 1 Farmacêutica, 1 Atendente de Farmácia, 1 Vacinadora, 4 Técnicas de Enfermagem, 1 Recepcionista, 11 ACS. Consideramos a Equipe como incompleta pelo fato de não contarmos com 6 ACS que deveríamos ter segundo a quantidade de pessoas com a qual a equipe trabalha. Nossa UBS não possui equipe odontológica, educador físico nem assistente social devido a estrutura da mesma. A equipe desenvolve seu trabalho em uma unidade pequena, uma casa alugada adaptada para dar atendimento em saúde, sem estrutura de unidade básica de saúde e depende de outros serviços como odontologia, psicologia, assistência social os quais ofertam o atendimento no centro de saúde mais próximo da Unidade.

Em relação à estrutura física de nossa UBS temos 1 salão principal, onde fica a recepção juntos com os arquivos (não temos uma área específica para guardar as fichas dos usuários); 1 sala de vacinas, que funciona nos horários de manhã e tarde; ao lado está a cozinha, no lado esquerdo da recepção encontra-se a farmácia com a dispensação de medicamentos para dar os completos atendimentos aos programas básicos onde compartilham espaço a gestora e a farmácia onde se encontra o computador com impressora da direção, para guardar materiais de escritório (permanentes), sendo que na planta da estrutura física desta unidade era pra ser uma sala de expurgo; seguindo vem a sala de acolhimento onde é realizada a triagem dos usuários; ao lado esquerdo temos 3

salas de atendimentos, uma sala de enfermagem (compartilhada pelas duas enfermeiras) e outra para cada uma das médicas.

Esta unidade básica possui várias deficiências: não tem sala de espera para os usuários, sala de curativos, falta mais um espaço para ser usado como sala da direção, falta um consultório odontológico; não tem nenhum tipo de lixeira apropriada para uso ambulatorial, o lixo fica no exterior da Unidade e é recolhido de 7 em 7 dias. A área externa da Unidade é ampla, precisando de limpeza constante e falta pessoal para fazer esta função.

Enfim, não conta com todos os locais requeridos, conforme recomendado pelo manual de estrutura física das unidades básicas de saúde do Ministério da Saúde (MS). Não existe sala de reuniões e educação em saúde, sala de nebulização, sanitário para deficientes, nem sala para os ACS. Mas na UBS oferecemos um bom atendimento aos usuários. Observa-se a ausência de odontólogo nas equipes, fato que dificulta o trabalho na atenção à saúde bucal. As ações preventivas são realizadas pelas próprias equipes nas visitas e palestras na comunidade e na UBS. Os usuários que precisam atendimento odontológico agendam sua consulta na unidade básica mais próxima, Uma dificuldade que apresentamos é a pouca quantidade de vagas para atendimento odontológico, as quais são para toda a população em geral e não somente para os usuários de nossa área. Para diminuir esta dificuldade, as equipes falaram com a gestora da UBS para priorizar algumas vagas para os casos detectados com grande necessidade deste tipo de atendimento, assim como se realizaram capacitações das equipes para oferecer ações educativas, durante as visitas domiciliares ou até mesmo na UBS.

Todas estas limitações e necessidades influenciam direta e negativamente em nosso dia a dia; temos ausência de rampas e a falta de corrimãos, temos também instalações sanitárias não posicionadas em lugares acessíveis, elas deveriam ter áreas de manobra, de transferência e da aproximação para os usuários com deficiências físicas, estas deficiências podem causar demoras no atendimento, acidentes aos usuários portadores de deficiências físicas, insatisfações nos usuários em geral além de incomodar aos profissionais da saúde que dia a dia fazemos nosso trabalho em condições não adequadas, sem a totalidade da população cadastrada não poderemos fazer um bom análise da

situação de saúde de nossa população sendo está uma ferramenta fundamental para logo estabelecer boas estratégias de trabalho em nossas UBS.

Nossa governabilidade encontra-se limitada, a equipe não possui recursos materiais como para acelerar a construção da nova Unidade a qual está muito tempo paralisada, só resta continuar solicitando com insistência a conclusão deste prédio além de solicitar o completamento dos ACS, pois eles fazem um enorme esforço para chegar ao maior número de população possível.

O tamanho da população adstrita à área da UBS é aproximadamente 8.500 pessoas, mas não é adequado ao tamanho da população já que temos duas equipes. Temos áreas com população descoberta a qual tem muita mobilidade já que uma grande parte dos usuários atendidos moram nestas área descobertas é por isto que o acolhimento a demanda espontânea é feito com equidade para que toda a população tanto da área coberta como da área descoberta seja atendido da mesma forma e sem diferenças.

O tema de acolhimento como conhecemos é uma prática presente em todas as relações de cuidado, é o primeiro encontro real entre os trabalhadores de saúde e os usuários, é o momento de receber e escutar as pessoas, já que os usuários também definem o acolhimento com formas e graus variados atendendo a suas necessidades de saúde por isto é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida e escutada

A distribuição da população por sexo na UBS é representada por 3.389 homens e 5.111 mulheres tendo uma maior porcentagem do sexo feminino representando 60,1% do total. De acordo com a faixa etária temos 182 menores de um ano, 253 entre 1 e 4 anos, 1.884 entre 5 a 14 anos e 394 pessoas com 60 anos ou mais.

O denominador da população do grupo entre 1 a 4 anos é o mais afetado, em correspondência com minha realidade eu acredito que isto acontece pelo fato que a maioria das mães apenas levam seus filhos para consulta quando eles estão doentes, esquecendo ou desconhecendo a importância que têm as avaliações feitas na consulta de puericultura. Estamos trabalhando, durante as consultas de pré-natal e puericultura, para que esta mudança possa vir a acontecer e realizamos palestras com os grupos alvos e nas reuniões da equipe.

Temos em nossa área um total de 94 gestantes que vem a consultas agendadas representando 78,3% da estimativa. Nesta situação acredito que somente divulgando mais sobre as características dos atendimentos que ofertamos para este grupo alvo mediante a realização de atividades de educação popular e/ou promovendo a mobilização e participação da maioria das grávidas em palestras, além de criar grupos de apoio para o aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido em nossa UBS, poderemos modificar este indicador bem como mantendo um trabalho constante com o grupo etário das mulheres na idade fértil.

Em relação ao pré-natal, conseguimos preencher todos os dados solicitados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), pois a médica que trabalha na outra equipe esta desenvolvendo um trabalho de intervenção com o tema de atenção pré-natal e puerpério, graças a isto temos todos os registros e nossa UBS têm um trabalho que esta sendo consolidado com o apoio de todos os profissionais da UBS.

Temos uma cobertura de pré-natal melhorada em relação ao ano passado, mas ainda não temos cobertura de 100% de todas as grávidas da área de abrangência, temos registradas 94 (78%) gestantes acompanhadas na UBS do total estimado. O número total estimado de partos nos últimos 12 meses para nossa população foi de 167 e temos registro de 147 totalizando uma cobertura de 88% e destes 141(96%) fizeram consulta de puerpério, a causa fundamental desta deficiência é que as gestantes trasladaram-se para o interior do estado, em nossa UBS são atendidas com muita frequência grávidas do interior do município por possuírem familiares morando em nossa área a qual fica na capital do estado.

Comparando os índices de cobertura do ano passado em relação ao pré-natal e puerpério analisamos que nossa UBS tem apresentado melhoria dos mesmos, mas ainda temos que continuar fazendo um grande esforço para alcançar 100% de cobertura no atendimento pré-natal e puerpério, criando estratégias como visitas ao hospital materno infantil na data do parto e ficar em comunicação com a gestante com data prevista do parto, estimular o trabalho dos ACS neste sentido para obter informação pronta e certa do que esta acontecendo com as grávidas de sua área de trabalho, tratar o tema de gestantes e puérperas em todas as reuniões da equipe,além de analisar o índice de baixo peso ao

nascer, infecção puerperal (mastite, infecção das feridas, infecção urinária, e o estado psíquico das puérperas e grávidas além de analisar suas condições socioeconômicas).

O atendimento à saúde da criança na unidade é desenvolvido fundamentalmente pelas enfermeiras das equipes e o pediatra que atende na UBS duas vezes por semana. Elas fazem a consulta de puericultura e quando detectam algum problema com o crescimento e desenvolvimento da criança, agendam a próxima consulta para o médico. Esse tipo de consulta é oferecido uma vez por semana por cada equipe de saúde, oferecemos atendimento tanto as crianças que moram dentro como fora da área de cobertura, sendo assim um atendimento de equidade à população em idade pediátrica que chega a nossa UBS, no processo de atendimento participam as enfermeiras, os técnicos de enfermagem e nosso pediatra, ele oferta atendimento duas vezes por semana, além destas consultas as médicas cobrem todas as demandas do dia para usuários pediátricos além de fazer a consulta de puericultura agendada com anterioridade desta ação programática.

Toda a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, existe demanda de crianças de até 72 meses, mas tendo residência tanto dentro como fora da área de cobertura e os dias que o pediatra não está trabalhando em nossa UBS, as médicas clínica gerais ofertam o atendimento as criança com demanda para atendimento de problemas de saúde agudos, estas demanda são facilmente acolhidas pela equipe, a demanda é feita geralmente pela mãe da criança e é oferecido pronto atendimento à solicitação de forma rápida.

As ações desenvolvidas em nossa UBS no cuidado as crianças na puericultura são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, são utilizados os protocolos indicados pelo ministério de saúde, a secretaria estadual e municipal de saúde, a situação do atendimento da saúde das crianças e analisada em nossas reuniões da equipe. Realizamos palestras com as mães de filhos menores de um ano, com temas como aleitamento materno, sobre as dicas de alimentação saudável disponível na caderneta da criança, o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, além de chamar a atenção para a data da próxima vacina.

O indicador de cobertura estimado segundo nossa população total de mulheres entre 25 e 64 anos residente na área e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de colo de útero é de 1.021 (60%). Destas, 928 (91%) realizaram o exame citopatológico, 5 usuárias estavam com exames atrasados nos últimos 6 meses e somente 1 com o resultado alterado, na totalidade das mulheres consultadas avaliamos os riscos para câncer de colo, fornecemos orientações sobre prevenção de câncer de colo, prevenção de DST e todas as amostras coletadas neste ano foram satisfatórias.

Fazendo a análise sobre os índices dos indicadores de cobertura para a prevenção de câncer de mama, do total estimado para nossa população de 371 somente são acompanhadas 231 (62%) das quais 198 (86%) tem exame de mamografia em dia, 25 (11%) mulheres com mais de três meses de atraso no exame e em 211 (91%) foram avaliados os riscos apresentados para câncer de mama em a totalidade de mulheres consultadas em nossa UBS. Esse mesmo número é representativo para a quantidade de mulheres orientadas sobre a prevenção do câncer de mama. Temos que melhorar os índices de cobertura e indicadores de qualidade em dois aspectos do CAP com maior comprometimento da equipe neste sentido, pois se trata de uma parte muito sensível na saúde pública brasileira.

O Atendimento aos usuários com HAS e/ou DM deve ser feito por uma equipe multidisciplinar e para isso há necessidade de treinamento dos profissionais de saúde.

Em nossa UBS são válidas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, para o estímulo de prática regular da atividade física, além de fazer ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e o tabagismo para os portadores de hipertensão e/ou DM da área de cobertura, são realizados atendimentos aos adultos portadores HAS e/ou DM com uma frequência de quatro vezes por semana onde damos atendimento tanto aos portadores de HAS e/ou DM que moram fora e dentro da área de abrangência, não existe excesso de demanda espontânea para este tipo de paciente assim como para os casos que apresentam demanda do atendimento por problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM.

São utilizados os protocolos de atendimento dos adultos com HAS e/ou

DM. Porém, em nossa UBS, não existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e/ou DM, temos informação dos casos atendidos pelos registros em prontuários e o mapa de atendimento da médica e da enfermagem, nas reuniões da equipe realizadas com frequência quinzenal são abordados os temas relacionados com as incidências com os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Em nossa temos 231 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS representando 16% da totalidade da população atendida, indicador muito baixo, não temos atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, com exames complementares em dia temos 67 (29%) usuários, com a avaliação bucal em dia temos 32 (62%) usuários mas com relação às orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular temos 100% dos usuários cobertos com ajuda dos ACS. Entretanto, em relação ao atendimento de saúde bucal temos registros de 32 usuários com avaliação bucal em dia porque não temos esses serviços em nossa UBS e nossos adultos com esta doença têm muita dificuldade de acessibilidade aos serviços odontológicos.

Em relação ao número estimado de usuários com DM maiores de 20 anos residentes na área para a quantidade de população nossa é de 407 e realmente temos cadastrados na UBS 132 (32%), todos (100%) têm realização da estratificação de risco cardiovascular pelo critério clínico, não temos atrasos das consultas agendadas, temos 87 (87%) usuários com exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pródios e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, mas com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional, para alimentação saudável, e com avaliação de saúde bucal em dia temos um atraso importante, pois 34 (26%) usuários foram atendidos até o momento com esse serviço.

Fazendo uma avaliação da cobertura de HAS e/ou DM podemos dizer que os índices estão baixos e acho que em nosso processo de trabalho podemos e devemos melhorar os serviços de atendimento odontológico criando parcerias com outras UBS que tenham o serviço, solicitar de forma programada a avaliação do nutricionista que trabalha na UBS mais próxima para que faça a avaliação de nossos usuários portadores de HAS e/ou DM. Estimular o trabalho dos ACS na busca ativa dos usuários portadores de HAS e/ou DM, criar registro onde colocar

todos os usuários portadores destas doenças crônicas com uma frequência diária, analisar os usuários faltosos a consultas e programar visitas domiciliares consecutivas faltas à consulta, além de programar visitas domiciliares para todos os usuários com estas doenças crônicas.

Para dar cumprimento à ação de atenção a saúde do idoso em nossa UBS realizamos atendimento para usuários idosos que moram tanto na área de abrangência como fora da mesma com uma frequência de duas vezes por semana, participando neste atendimento o médico, a enfermeira, ACS, os técnicos de enfermagem, todos os usuários idosos saem de nossa Unidade com a próxima consulta agendada, não temos excesso de demanda para dar atendimento a este grupo alvo; todos os membros da equipe que tem a ver com o atendimento utilizamos protocolo de atendimento para o idoso, e são desenvolvidas em nossa UBS ações tais como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, assim como o tratamento de sedentarismo, obesidade, tabagismo, além de fazer encaminhamentos para atendimento nas especialidades, internação hospitalar utilizando os protocolos para tais situações, os atendimentos dos idosos são registrados nos prontuários clínicos, ficha-espelho de vacina as quais são guardadas nos arquivos existentes na UBS.

Quando precisamos de alguma informação, os membros da equipe fazem a revisão dos arquivos e assim obtemos dados que depois são avaliados nas reuniões da equipe com uma frequência quinzenal, em nosso trabalho do dia a dia todos os profissionais de saúde solicitam a caderneta de saúde do idoso nos atendimentos e a preenchemos com as informações atuais, além de explicar ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e depressão.

Em nossa UBS existe o estatuto do idoso e o programa "cabelo de prata" o qual é apoiado pelo CRAS, instituição de nossa prefeitura, onde realizamos atividades de grupo uma vez por mês.

Existe o levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar feito pelos ACS, fazemos o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas para este grupo alvo, existindo

profissionais responsáveis pela avaliação e monitoramento das ações dispensadas.

Segundo o CAP, a estimativa do número de idosos residentes na área de abrangência fica muito perto da nossa realidade, pois temos 394 usuários acima de 60 anos totalizando 90% da estimativa de 437, nossa cobertura poderia aumentar até chegar a 100% para completar a cobertura total da população idosa, problema que acho seja resolvido com a completude dos ACS, pois ainda temos uma área não cobertura com esse serviço, tanto os indicadores analisados nesta parte do caderno podemos ver que a totalidade dos idosos cadastrados em nossa UBS tem caderneta de saúde da pessoa idosa e todos eles têm feita a avaliação multidimensional rápida, tem o acompanhamento em dia, têm a avaliação de risco de fragilização na velhice, a totalidade deles recebem orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, para realização de atividade física regular, em relação à prevalência de doenças crônicas do total de 394 usuários com 60 anos ou mais 298 são hipertensos totalizando 76% e 97 são diabéticos totalizando 25% de usuários com esta doença.

Avaliando o processo de trabalho, em nossa área estamos utilizando uma boa estratégia de trabalho com este grupo alvo com o apoio da prefeitura e as organizações sociais, mas ainda devemos trabalhar na melhoria da avaliação da saúde bucal de nossa população acima dos 60 anos, devemos fazer parcerias com outras UBS que tenham serviços odontológicos, de nutrição e psicologia para que de uma forma organizada e gradual nossos usuários idosos possam receber este atendimento. Além disso, podemos organizar palestras com os cuidadores, familiares e/ou pessoas responsáveis no cuidado dos idosos para orientar no cuidado deles e em seu próprio cuidado, pois os cuidadores de usuários idosos com sequelas de doenças cerebrovasculares, cardiovasculares ou com Alzheimer são também um grupo alvo de pessoas susceptíveis de apresentar distúrbios em sua saúde devido a vários fatores como: abandono de responsabilidade do restante da família no cuidado ao idoso com baixa responsabilidade, eles precisam de apoio e orientação. Em nossa UBS vemos melhorar a forma de registro de informação com relação ao trabalho com esse serviço de atenção a idoso.

Além do trabalho já realizado temos que fazer um trabalho forte na

educação bucal e a realização do exame preventivo em mulheres acima dos 60 anos e romper o mito que elas têm com relação a esse exame, (relacionam o exame com a vida sexual ativa), nossa população idosa não têm hábitos de solicitar estes serviços.

É importante ressaltar que a saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. A velhice não pode ser sinônimo de doença, não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que acontece ao longo da vida do ser humano por meio de escolhas e circunstâncias. Os profissionais da saúde são os primeiros que deveriam ter muito claras estas coisas para poder trabalhar para a maior conquista da humanidade que é o envelhecimento.

Finalizando o relatório acho que os maiores desafios em nossa UBS são: promover mudanças reais no estilo de vida de nossos usuários, tanto os que pertencem aos grupos alvo como na população aparentemente sadia, que eles tenham percepção de risco sobre doenças crônicas e doenças transmissíveis, transmitir conhecimentos para eles sobre estes temas e conseguir a participação da população no controle social em saúde, e não pouco importante, alcançar a correta valorização da atenção básica e assim quebrar o mito em relação a esta especialidade demonstrando sua importância para a sociedade, para obter os resultados usaremos nossos melhores recursos os quais são: comprometimento e organização do trabalho em equipe; utilização dos recursos da comunicação para fazer uma melhor educação popular, (aspecto que já mudou para melhor com ajuda da aplicação dos questionários).

O trabalho em equipe é muito importante para um bom desenvolvimento de nossas principais tarefas na APS que é o cuidado da saúde da população, promoção e prevenção usando como ferramenta a educação em saúde, além de manter elevados índices de saúde e dar ferramentas a nossos usuários para melhorar a sua qualidade da vida, para atingir tais resultados devemos desenvolver e cumprir uma estratégia de trabalho comunitário viável de acordo com as características da população de nossa área de abrangência, eliminar todas as limitações possíveis e cobrir as necessidades sentidas de nossos usuários. Para alcançar um bom resultado nossa equipe reorganizou horários de

trabalho, agora temos um melhor planejamento das atividades com inclusão da maior quantidade de população possível. Estamos trabalhando na sensibilização e motivação de todos os membros de nosso conselho local, assim conseguiremos obter melhores resultados sem desgastes das forças. Estas são nossas prioridades e para enfrentar nossas dificuldades.

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

Fazendo uma comparação do texto inicial com o relatório da análise situacional podemos dizer que a qualidade do relatório é muito superior sobre o texto inicial, depois de realizada uma leitura, além de uma avaliação profunda e detalhada, acredito consegui ter um maior e melhor conhecimento da situação real da minha UBS assim como do trabalho feito pela nossa equipe de saúde e sobre o impacto sobre a população em nossa área de abrangência.

Em tanto o curso foi avançando foi compreendendo muitas coisas e adquirindo ferramentas que não conhecia, as quais achei muito importantes e satisfatórias para o desenvolvimento do análise situacional. No momento da elaboração do primeiro relatório situacional da UBS sabíamos que existia um NASF, mais ainda não tínhamos informação acerca do seu funcionamento, quais eram as suas funções e dos membros que conformavam a mesma. A partir das orientações que obtivemos através do curso conseguimos conhecer os membros e seu alcance.

O segundo texto realizado, diferentemente do primeiro, apresenta a situação realmente existente na UBS e conseguimos prever as possíveis estratégias para superar as fragilidades encontradas, além de considerar as dificuldades e limitações identificadas e a nossa governabilidade sobre as mesmas.

O relatório da análise situacional caracterizou de uma forma detalhada e melhor a situação da unidade de saúde, a comunidade, a equipe e a situação dos indicadores de saúde analisados no momento que foi feita, as ações que foram ou não desenvolvidas em nossa UBS, proporcionando dados para planejar, organizar e estabelecer estratégias para nossas ações futuras.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus são doenças silenciosas, apenas 50% dos hipertensos e diabéticos sabem que têm a doença. A maioria das pessoas descobre o diagnóstico em estágio avançado, quando surgem os primeiros sintomas. Estas doenças são um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acontecimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico (BRASIL, 2013). A hipertensão arterial sistêmica é responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Nossa UBS "Cauame" está localizada na periferia da cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima, é uma casa alugada adaptada como Casa de saúde da família. Trabalhamos divididos em 2 equipes de saúde, cada uma delas é constituída por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e 6 ACS, temos farmácia, mas não contamos com serviços de odontologia, nem laboratório clínico.

Ofertamos atendimento a uma população total aproximada de 8.500 usuários. A estimativa do número de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residente na área de abrangência de nossa equipe é de 150, mas temos cadastrados 132 (88%) usuários com diabetes. A estimativa de usuários

portadores de hipertensão com 20 anos ou mais é de 606, mas temos cadastrados 321 (69,9%). Os índices estão muito baixos, mostrando uma qualidade de atenção não adequada para este grupo alvo.

Com a intervenção pretendemos aumentar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e em acompanhamento, diminuir o sub-registro dos mesmos, aumentar a assistência deles às consultas, aumentar o comprometimento dos usuários no cuidado de sua saúde e fazer uma busca mais ativa dos casos que ainda não estão diagnosticados. A escolha destas duas ações programáticas está baseada sobre os resultados analisados com o preenchimento do CAP a fim de melhorar os índices relacionados ao grupo alvo, pois estas representam um problema de saúde mundial e motivo de consulta frequente também em nossa área, especialmente quando estão descompensados ou apresentam alguma complicação das doenças pelo fato de não cumprirem indicações médicas ou simplesmente porque não possuem conhecimento sobre suas doenças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde Cauamè, Boa Vista/RR

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao 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.

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

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

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

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

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

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

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

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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, durante os meses de abril até julho 2015, na Unidade Básica Cauame, Boa Vista, RR. Participarão da intervenção usuários hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Ao final da intervenção a equipe espera cadastrar e monitorar as 606 pessoas com hipertensão e as 150 pessoas com diabetes estimadas para a área.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 75% 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 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Esta ação vai ser desenvolvida pela médica, com a revisão semanal, toda terça feira, da ficha de espelho de hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde, no âmbito da consulta.

Organização e gestão do serviço:Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Serão garantidos os registros dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no programa em cada consulta com a coleta dos nomes de cada um deles em registro já criado com este fim, será feito este registro por a doutora, ou enfermeira quando concluída cada consulta, com frequência semanal para a médica e para a enfermeira. O acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos será feito pelo técnico de enfermagem com uma frequência semanal na consulta e em qualquer momento da semana em caso de demanda espontânea de algum deles por apresentação de doença aguda (urgência e/ou emergência) Para que esta ação seja desenvolvida, o gestor da unidade, mensalmente, vai garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de hipertensos e diabéticos, assim como garantir os instrumentos necessário para a tomada da pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e para medir estatura. Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente, realizaremos três dias de atendimento na semana realizando trabalho com este grupo por meio de

palestras, vídeos, cartazes, panfletos e através das ações para motivar a população a ter uma qualidade de vida.

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 da ação:A informação a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente serão feitos com uma frequência quinzenal no âmbito da UBS, visitas domiciliares com uma frequência semanal e no CRAS (Centro de referência de assistência social), com uma frequência mensal os quais vão ser os cenários onde realizaremos as palestras para este grupo alvo, na mesma temeremos a participação da enfermeira, a doutora e os agentes comunitários de saúde, onde além de informar, orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes mellitus em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg e orientaremos sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

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

Detalhamento da ação: A capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência serão realizada na reunião da equipe na primeira semana do início da intervenção, mesmo assim será feita a capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a capacitação para

realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80mmHg.

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

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

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

Ações

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Em cada consulta a médica e a enfermeira farão o monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, que serão feitos por os técnicos de enfermagem, os ACS, a médica e a enfermeira, no âmbito da consulta e da sala de triagem. Nesta mesma consulta serão feitos, também o Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade e da periodicidade recomendada além de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, e monitorar os diabéticos e hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Serão definidos pela médica e pela enfermeira na reunião da equipe na primeira semana da intervenção as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais, organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, já na UBS se dispõe da versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde, 2012.

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

Detalhamento das ações: Para isto se realizará reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos fazendo uma roda de conversa cada vinte um dia com as médicas, enfermeira e os agentes de saúde para orientar os usuários sobre os riscos que podem acometer essas doenças e orientá-los sobre a importância dos medicamentos em seu horário, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente,

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações: Esta capacitação será feita pela médica em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, para tirar as dúvidas e poder esclarecer mais sobre o assunto abordado e assim melhorar a qualidade de atendimento.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações: Será agendado pelos trabalhadores da recepção com uma solicitação da medica e/ou de enfermeira da equipe o retorno aos quinze dias para ver os resultados dos exames realizados e os que não puderam ser feitos, e marcar uma nova consulta para que o usuário possa trazer todos os resultados e assim poder garantir a realização dos 100% de exames indicados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações: Para garantir a solicitação dos exames complementares os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos

usuários com os exames atrasados com mais de 3 meses. Uma vez por mês se farão um relatório sobre o comportamento da agilidade da realização dos exames complementares definidos no protocolo e será entregue para a secretaria de saúde do município. Para que todo isso seja feito o usuário será convidado para os dois dias de ação do na unidade de saúde onde a médicas e a enfermeira irão indicar os exames necessários. Em cada consulta a médica e a enfermeira farão o monitoramento da realização de exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade e da periodicidade recomendada .

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

Detalhamento das ações: Serão realizadas reuniões com a comunidade cada vinte um dia para orientar a importância de realizar os exames complementares e a periodicidade com que devem fazer, com a participação dos ASC, enfermeira e a medica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações: Serão feitas capacitações da equipe na primeira semana da intervenção para orientar a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pela medica e a enfermeira na reunião da equipe na primeira semana da intervenção no âmbito da UBS.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações: Será realizada a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para orientar a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pela medica e a enfermeira na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: O farmacêutico realizará controle semanal do estoque (incluindo validade) de medicamentos, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e as alternativas para obter este acesso, com a participação dos ASC, enfermeira e a médica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações: Esta atualização será feita pela médica em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, e se capacitara a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na farmácia popular.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: A médica e a enfermeira da equipe organizaram uma vez por mês uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: A médica e a enfermeira organizaram uma vez por mês uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

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

Detalhamento das ações: Realizar-se-á reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos, com a participação dos ASC, enfermeira e medica, na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para realizar ações e assim avaliar a necessidade de atendimento odontológicos dos hipertensos e diabéticos.

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.

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

Detalhamento das ações: A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos e da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares serão feitas por todos os membros da equipe com uma periodicidade semanal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Informar 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 diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: A informação a comunidade sobre a importância de realização das consultas e o esclarecimento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas serão feitos com uma frequência de vinte um dia na UBS, formando parte dos temas das palestras que serão realizadas com este grupo alvo. Mesmo assim, com esta mesma frequência, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á a capacitação dos ASC na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientá-la sobre a periodicidade das consultas dos hipertensos.

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.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a qualidade 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 das ações: O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade será feitos com uma periodicidade semanal por parte dos trabalhadores da recepção, a médica e a enfermeira da equipe. As informações do SIAB serão atualizadas pelos trabalhadores que tem essa responsabilidade em nossa UBS com frequência mensal e será monitorizada pela enfermeira e a doutora com a mesma frequência. Com a equipe vamos organizar um sistema de registro viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo só estado de compensação da doença, além de implantar a ficha de acompanhamento.

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

Detalhamento das ações: Realizar-se-á reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre os seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde a acesso a segunda via se necessários, com a participação dos ASC, enfermeira e medica, na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar à equipe 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 das ações: Realizar-se-á a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientá-la sobre o preenchimento e registros adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de hipertensos e diabéticos.

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.

Ações

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

Detalhamento das ações: Monitorar-se-á o número de usuários hipertensos e diabéticos com a realização pelo menos uma verificação da estratificação de risco por um ano de forma semanal pela medica e enfermeira da equipe nas consultas no âmbito da UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento das ações: Todos os dias o pessoal da recepção vai dar prioridade ao atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizarão a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações: A orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco à importância do acompanhamento regular será realizado pelos ACS em suas visitas domiciliares, o esclarecimento aos usuários da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), serão realizados pelos membros da equipe (medica, enfermeira e ASC), em palestras com uma frequência de vinte um dia.

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 das ações: A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis será realizada pela enfermeira e a doutora de equipe no âmbito da reunião da equipe na data correspondente na primeira semana da intervenção.

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.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação nutricional aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta do Programa, esta orientação nutricional vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações: As organizações de práticas coletivas sobre alimentação saudável com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe; a demanda para parcerias institucionais para o envolvimento de nutricionistas nestas atividades serão feitas pela médica e a enfermeira da equipe junto ao gestor da UBS com uma frequência mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares

sobre a importância da alimentação saudável será feito pela enfermeira, ACS pela médica da equipe no âmbito da consulta na UBS ou no CRAS.

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 das ações: Realizar-se-á a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientá-la sobre a prática de alimentação saudável e sobre metodologia de educação em saúde pela médica e a enfermeira da equipe no âmbito da UBS.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação para atividade física aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações: A organização da orientação da atividade física e a organização do tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe; a demanda para parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade serão feitas pela médica e a enfermeira da equipe junto ao gestor com uma frequência mensal.

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

Detalhamento das ações: Realizar-se-á uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pôr a enfermeira, ACS e medica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: 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 das ações: A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodológicas de educação em saúde será feita na primeira semana de início do projeto pela doutora e a enfermeira da equipe.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal na consulta do Programa, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

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

Detalhamento das ações: Todos os membros da equipe que estejam envolvidos no atendimento de usuários diabéticos e hipertensos, farão orientação à comunidade e ao grupo alvo em questão sobre a importância do abandono ao tabagismo, além de dar orientação a diabéticos e hipertensos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo com uma frequência semanal, em cada visita domiciliar e cada consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: A capacitação da equipe da unidade de saúde para o tratamento de usuários diabéticos e hipertensos tabagistas, sobre metodologias de educação em saúde será feita na primeira semana de início do projeto pela médica e a enfermeira da equipe.

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

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

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal para usuários diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira e médica da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta do Programa, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações: A organização do tempo médio com a finalidade de garantir orientações em nível individual será feitas uma vez por mês em reunião da equipe cada quinze dias, pela médica e a enfermeira na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: Realizar-se-á uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pôr a enfermeira, ACS e médica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: A capacitação da equipe da unidade de saúde para oferecer orientações de higiene bucal será feita na primeira semana da intervenção pela médica na reunião da equipe.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 75% 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 priorizada.

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

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 priorizada.

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

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 hipertensos 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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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 usuários 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 usuários 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 usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, adotaremos os protocolos de HAS e/ou DM do Ministério da Saúde, 2013, Cadernos de Atenção Básica, números 36 e 37, respectivamente: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b). Utilizaremos a ficha-espelho (Anexo C) disponibilizada pelo curso onde registraremos os dados adequadamente, também utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) para o registro dos dados dos nossos usuários diabéticos e/ou hipertensos, a própria planilha fará o cálculo de nossos usuários a serem avaliados durante a intervenção e assim daremos cumprimento ao estabelecido pelo protocolo a fim de manter controle e seguimento com qualidade.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual técnico de hipertensão e diabetes, do Ministério da Saúde, 2013, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para este isto, serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicional utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Assim sucessivamente se realizará as capacitações de cada tema por Unidade. Com a realização de um cronograma nas reuniões da equipe e outras nas reuniões quinzenais com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos.

No que tange ao processo de monitoramento e avaliação dos registros Para esta ação a enfermeira examinará a ficha-espelho de hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles usuários que estão com exame clínico, exames laboratoriais, consultas e segundo protocolo, atendimento odontológico em atraso. O ACS fará busca ativa de todos os usuários em atraso, estimam-se 32 usuários hipertensos nas três primeiras semanas de cada mês da intervenção e na ultima semana de cada mês vamos dar consulta para 39 usuários hipertensos totalizando 129 usuários acompanhados nos três primeiros meses da intervenção e 132 no ultimo mês da mesma, a distribuição de consulta para usuários diabéticos será: 9 diabéticos nas três primeiras semanas de cada mês da intervenção e 10 usuários diabéticos na ultima semana de cada mês da intervenção, totalizando 37 usuários diabéticos por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na reunião da equipe.

Para que esta ação seja desenvolvida o gestor da unidade vai mensalmente garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de hipertensos e/ou diabéticos, assim como, garantir os instrumentos necessários para a tomada de pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e material necessário para a realização dos hemoglicotes. O acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e todos os usuários com tomada de pressão arterial acima do normal e glicose alterada em jejum serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura dos usuários com esta patologia.

Usuários hipertensos e/ou diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem consultas de rotina provenientes das buscas ativa decorrentes das visitas domiciliares terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor de três dias. Para isto se oferecerá atendimentos de um modo geral para os usuários hipertensos e/ou diabéticos durante dois dias (terça e segunda pela manhã). Os usuários que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de três meses, para isso o usuário será convidado para o atendimento clínico na unidade de saúde onde a médica e a enfermeira irão indicar os exames necessários. Paralelamente a isto, na primeira semana da intervenção, será realizado um encontro com o gestor municipal para garantir que os exames necessários dos usuários sejam realizados em dia.

Nas reuniões de equipe que ocorrem quinzenalmente, os ACS serão informados sobre os usuários faltosos por área para que realizem a busca ativa destes semanalmente e para que seja reagendada a consulta.

As atividades de orientação sobre cuidados à saúde e engajamento público ocorrerão nas consultas clínicas e esta ação será feita com a orientação sobre higiene bucal nas consultas individuais e nas palestras que serão realizadas nas reuniões com o grupo, quinzenalmente na UBS. Os profissionais responsáveis para o desenvolvimento do grupo são enfermeira, a médica. Para que estas ações sejam realizadas o gestor da unidade irá garantir, quinzenalmente, a participação de um nutricionista e um educador físico nas reuniões com este grupo de educação em saúde.

Visando divulgar o projeto na comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência para apresentar o projeto e esclarecer a importância deste programa, assim como, realizaremos a programação de ações que incluem palestras, roda de conversas, educação permanente, atendimento aos grupos de hipertensos e/ou diabéticos, onde serão abordados todos estes temas, serão realizadas atividades na comunidade, nas visitas domiciliares, na UBS, pelos

ACS, enfermeira, técnicas de enfermagem e pelas médicas da equipe, quinzenalmente.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas e foram mantidas, uma vez que a equipe deu continuidade às ações durante o período de férias da especializanda, sem prejuízo das ações realizadas para a comunidade.

A maioria das ações previstas no cronograma foram desenvolvidas integralmente. Entre os aspectos que facilitaram isso, encontra-se a dedicação de toda a equipe, a participação de todos os membros da UBS, nosso incentivo a realizar cada uma das ações, o monitoramento sistemático de cumprimento da intervenção o apoio dos gestores e da comunidade, a periodicidade do grupo de hipertensos e/ou diabéticos e o estabelecimento do papel de cada profissional antes do início da intervenção.

Quanto às dificuldades, em determinados momentos, a equipe estava sobrecarregada, devido às férias de alguns profissionais bem como a continuidade concomitantemente de outras ações programáticas que também devem ser desenvolvidas na atenção primária. Também a falta de ACS no início da intervenção, coisa que logo ficou resolvida para a área descoberta, as dificuldades como a ausência de dentista, nutricionista, educador físico, laboratório clínico e nutricionista na UBS, foram fatores que dificultaram desenvolver ações com a qualidade que precisavam.

O registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi garantido adequadamente, o acolhimento na unidade foi melhorado e ainda continuam-se trabalhando neste sentido, principalmente com as pessoas hipertensas e/ou diabéticas alvos de nossa intervenção. Eles foram agendados com a prioridade

requerida de acordo com a avaliação do risco cardiovascular, logo ao sair da consulta do Programa, nossos usuários conheciam a data da próxima consulta.

Não apresentamos dificuldade com a disponibilidade na unidade do protocolo impresso para o atendimento de hipertensos e/ou diabéticos. As equipes acreditam que cada membro cumpriu muito bem com as suas atribuições o que facilitou o trabalho e a melhora na qualidade do atendimento.

Não houve dificuldades para o desenvolvimento das ações de monitoramento da intervenção, monitoramento das necessidades de medicamentos para nossos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados em nossa UBS. No entanto, como essas ações eram realizadas após as consultas das equipes, acho que o tempo não era suficiente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A parceria total com a comunidade para desenvolver a intervenção não foi cumprida em sua totalidade. A equipe foi apoiada por algumas instituições da área, sendo que estas oferecem os locais para desenvolver o grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Não houve uma mobilização e articulação entre todos os residentes da comunidade. Para superar essa fragilidade, é preciso trabalhar para que o funcionamento do conselho local de saúde seja melhor e poder obter uma participação mais ativa dos representantes da população de nosso bairro o qual não existe, além disso não houve realização de exames complementares por todos conforme previsto e também não foi feita uma avaliação odontológica pelo pessoal especializado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Relativo à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não houve dificuldades. Durante o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, às vezes, surgiram pequenas alterações que foram corrigidas com a ajuda da minha orientadora. Para realizar o cálculo dos indicadores o próprio sistema gera os gráficos e indicadores, de acordo com os dados inseridos na planilha.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Apesar da finalização do curso, as duas equipes conseguiram dar continuidade nas ações incorporadas, considerando os inúmeros benefícios que as mesmas promovem no processo de trabalho da equipe e na qualidade de vida de nossa população.

Os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra são: garantir vagas para realização de exames complementares em dia aos hipertensos e/ou diabéticos, tema já avaliado pela gestora da unidade e a Secretaria de saúde do município com uma nova forma de agendamento dos mesmos e uma parceria estabelecida com os laboratórios privados o qual pretende garantir as mesmas, A ampliação da avaliação odontológica, ao menos uma vez ao ano a esses usuários, garantir a participação da nutricionista que trabalha na unidade mais próxima pelo menos uma vez por mês no grupo dos usuários diabéticos e hipertensos.

Para isso já foi debatido com os dentistas do centro de saúde “Caraná”, e com a nutricionista da instituição “Melhor Idade”, unidades mais próximas a nossa UBS, eles não fazem parte da equipe da ESF, os mesmos estão dispostos a colaborar com as ações bucais preventivas e curativas para os portadores de hipertensão arterial e/ou e diabetes mellitus.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No início da intervenção a equipe possuía em acompanhamento um total de 321 pessoas com hipertensão e 123 pessoas com diabetes. Contudo, a estimativa prevista pelo CAP, considerando a população total da área de abrangência da equipe de 3.986 pessoas, era de 606 pessoas com hipertensão e 150 com diabetes. Utilizamos os valores das respectivas estimativas como denominadores dos indicadores de cobertura para análise dos dados que aqui serão apresentados a seguir tendo como meta de cobertura 75%.

Destacamos que optamos em não incluir na planilha de coleta de dados, durante a intervenção, as 321 pessoas com hipertensão e as 123 com diabetes já em acompanhamento, mas a todas foi prestado o atendimento conforme necessitavam. Assim, os dados que serão apresentados referem-se apenas aos usuários novos que foram cadastrados durante a intervenção. Frente a essa realidade, a equipe cadastrou 268 novos usuários com hipertensão e 104 com diabetes pertencentes à área de cobertura da Unidade.

OBJETIVO 1: AMPLIAR A COBERTURA A HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade básica de saúde "Cauame".

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

Conforme é possível observar na **Figura 1**, no final do primeiro mês foram cadastrados 104 (17,2%) usuários, enquanto no segundo, terceiro e quarto meses foram, respectivamente, 260 (42,9%), 267 (44,1%) e 268 (44,2%).

As ações que auxiliaram para atingir esta meta foram o cadastro dos hipertensos da área correspondente à equipe, realizados pelos ACS durante suas visitas domiciliares, durante o acolhimento realizado pela equipe na própria UBS, assim como nas consultas realizadas pelos profissionais.

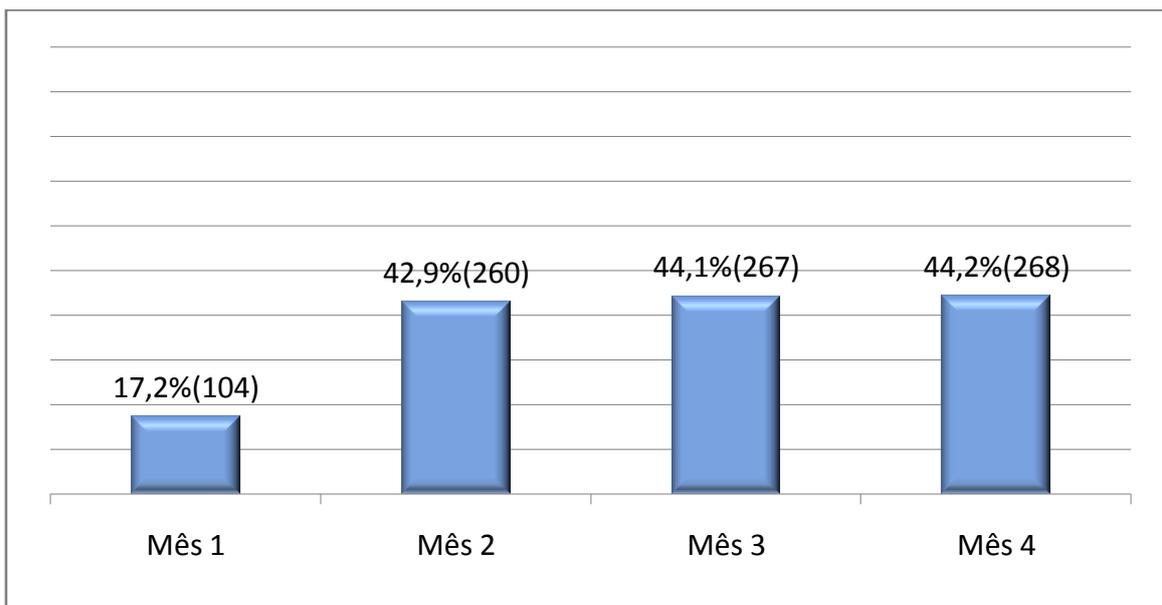


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês, foram cadastrados 45 (30%) usuários, enquanto que no segundo, terceiro e quarto meses foram cadastrados, respectivamente, 98 (65,3%), 102 (68,0%) e 104 (69,3%) portadores da doença conforme a **Figura 2**.

As ações que auxiliaram para atingir esta meta foi o cadastro oportuno dos diabéticos da área correspondente à equipe. Isso foi realizado pelos ACS durante suas visitas domiciliares, durante o acolhimento realizado pela equipe na própria UBS, assim como nas consultas realizadas pelos profissionais.

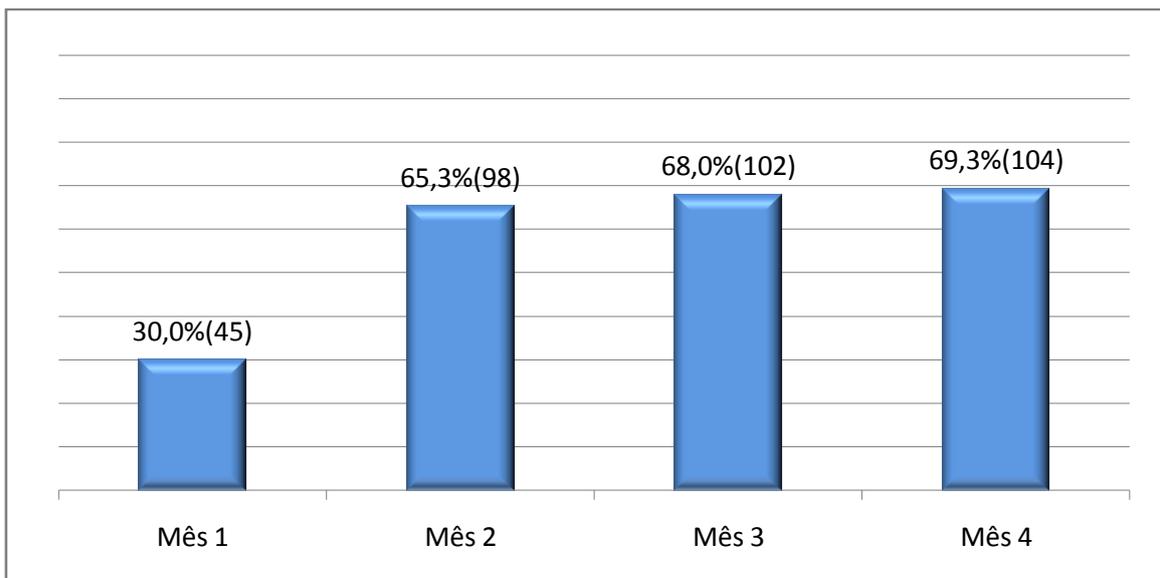


Figura 2: - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015.

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.

Ao longo da intervenção o comportamento do indicador proporção de hipertensos com exame clínico apropriado do acordo com o protocolo no primeiro mês, foi realizado a 103 hipertensos (99,0%). No segundo mês aumentou para 251 (96,5%), no terceiro 266 (99,6%) e no final do quarto mês 267 (99,6%), todos hipertensos apresentavam exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Apesar dessa meta não ter sido atingida aparentemente, por não serem incluídos os hipertensos que já estavam cadastrados os resultados foram bons conforme a **Figura 3**.

A ação que contribuiu a alcançar essa meta foi a dedicação dos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento e a adesão da ação as equipes de saúde

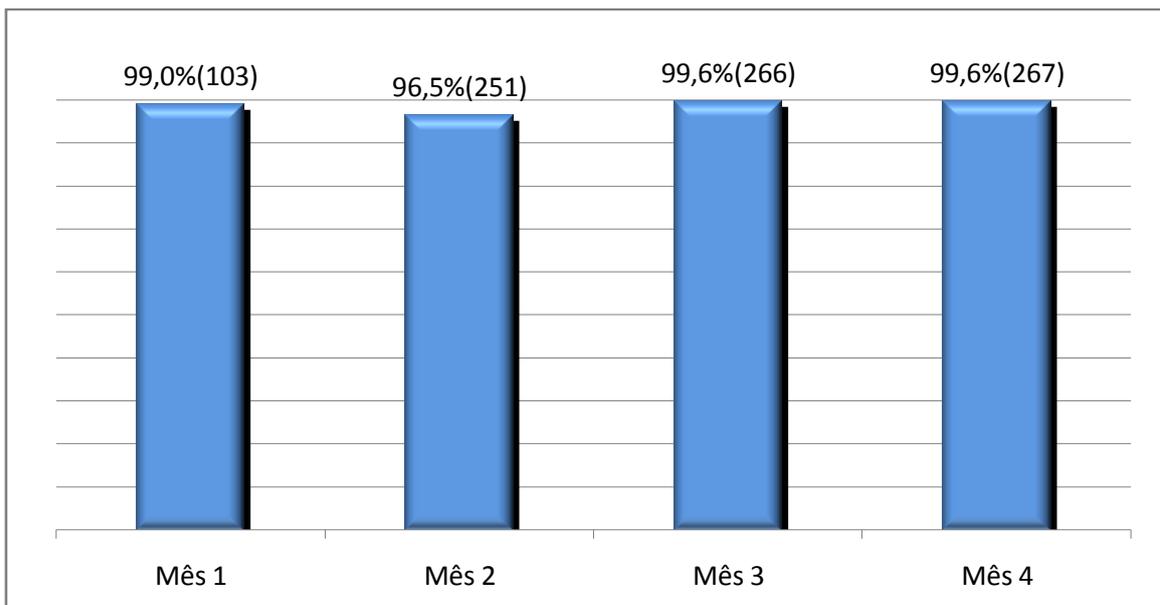


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015.

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.

Quanto ao programa de atenção ao diabético, essa meta também foi atingida com 99% ao longo da intervenção conforme a **Figura 4**. No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de 42 pessoas com diabetes (93,3%). No segundo mês 92 (93,9%), no terceiro 101 (99%) e no quarto mês 103 (99%) usuários.

No caso dos portadores de diabetes, ao início da intervenção, em nossa população, representavam um número menor quando comparados com o número de hipertensos, além de que a maioria dos primeiros prefere participar do grupo de hipertensos e/ou diabéticos, o qual funciona todas as semanas e não vão à consulta planejada.

Na comunidade não há condições de realizar o exame clínico apropriado pelos profissionais, tendo em vista que o grupo funciona em qualquer local dentro da área, os exames clínicos foram realizados no âmbito das consultas feitas na UBS. Além disso, os resultados foram bons. A ação que contribuiu para atingir essa meta foi a dedicação dos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento.

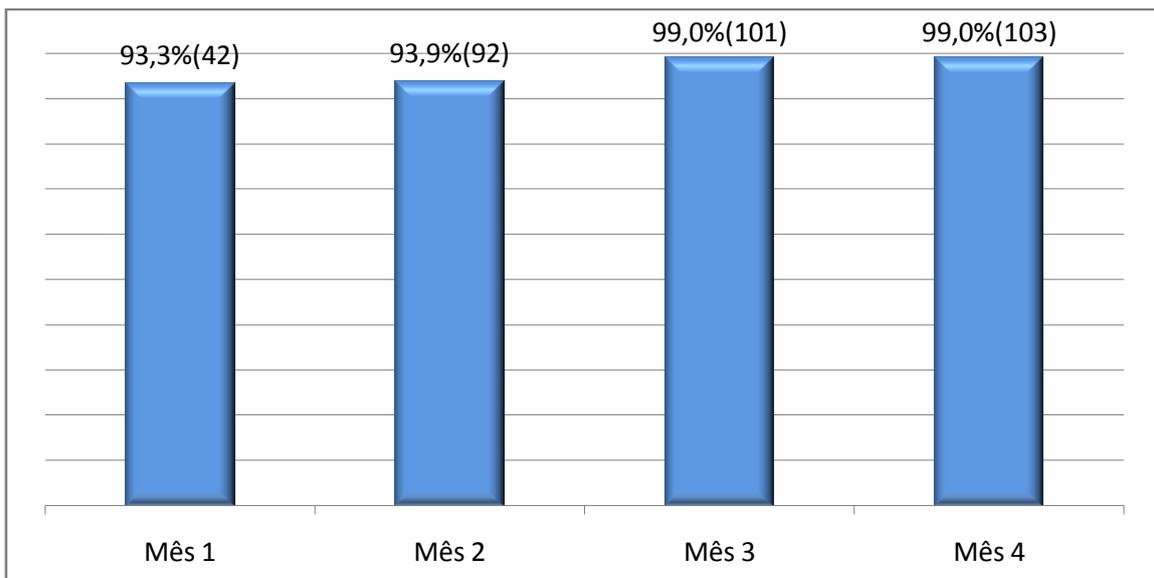


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015

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.

Para garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo a equipe desenvolveu varias ações.

No primeiro mês foram realizados exames somente a 87 hipertensos do total de 104 cadastrados ao longo do primeiro mês da intervenção, representando (83,7%). No segundo mês foram realizados exames a 249 de 260 cadastrados totalizando 95,8%, no terceiro mês a 261 de 267 cadastrados representando 97,8% e no quarto mês a 261 hipertensos de 268 cadastrados ao longo da intervenção, representando 97,4% conforme a **Figura 5**.

Esta meta não foi atingida, devido às dificuldades apresentadas na UBS, a mesma não tem laboratório e tivemos que realizar parceria com a UBS mais próxima para a realização dos exames complementares de nossos usuários. No início da intervenção, naquela UBS só trabalhava uma bioquímica para realizar a análise dos exames e a demanda era muito grande, pelo que o laboratório não dava conta com tanto trabalho. Assim o intervalo de tempo entre o agendamento e a liberação do resultado dos exames era cada vez maior. Já no final de nossa

intervenção houve uma melhora do problema com a inserção de mais uma trabalhadora na unidade, além disso, alguns de nossos usuários realizaram os exames complementares em laboratórios particulares e, portanto, conseguimos melhorar o indicador.

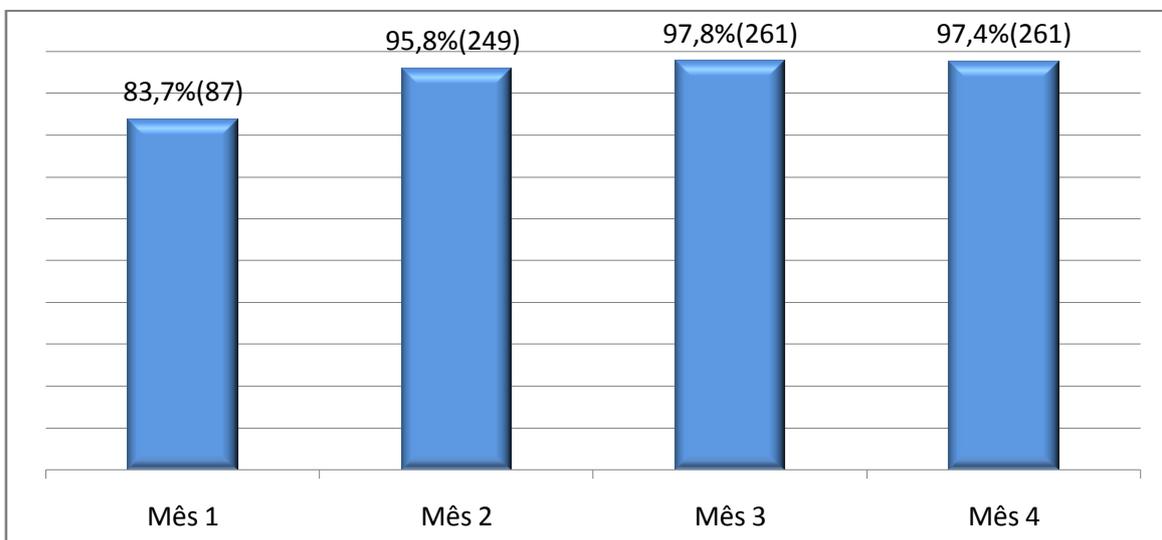


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade básica de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015.

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.

No programa de atenção ao diabetes, essa mesma meta também não foi atingida 100%. No primeiro mês foram realizados exames complementares somente em 35 diabéticos dos 45 cadastrados no primeiro mês, representando 77,8%. No segundo mês em 89 de 98 cadastrados totalizando 90,8%, no terceiro mês 97 de 102 cadastrados representado por 95,1% e no quarto mês 97 de 104 diabéticos cadastrados com 93,3% da meta cumprida conforme a **Figura 6**.

Esta meta não foi atingida, pelas mesmas dificuldades apresentadas na UBS mais próxima que era responsável pela realização dos exames complementares para todos os usuários.

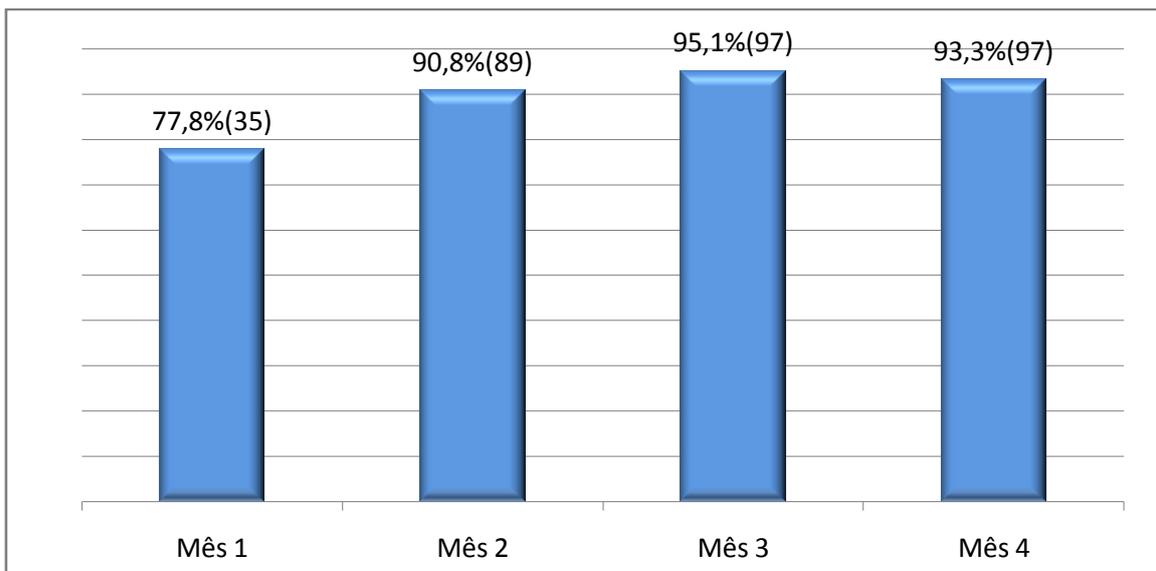


Figura 6 - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade básica de saúde na Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR, 2015.

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/hipertensos e diabéticos priorizada.

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/hipertensos e diabéticos priorizada.

A meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi atingida em todos os meses da intervenção.

A ação que favoreceu foi a prescrição, por parte dos profissionais dos medicamentos existentes na UBS e na rede pública. Não apresentamos dificuldades com a prescrição, mas sim com a sua disponibilidade, às vezes, problema que em breve ficará resolvido pela nossa farmacêutica.

No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, para o programa de atenção ao hipertenso, foi alcançado, respectivamente, 104 (100%), 260 (100%), 267 (100%) e 268 (100%) pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia da UBS e da rede pública. Já em relação às pessoas com diabetes,

no mesmo período foi alcançado, respectivamente, 45 (100%), 98 (100%), 102 (100%) e 104 (100,0%).

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.

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.

A meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos foi atingido 100%. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, o número de hipertensos com essa avaliação foi 104 (100%), 260 (100%), 267 (100%) e 268 (100%). Quanto ao número de diabéticos nesse mesmo período foi, respectivamente de 45 (100%), 98 (100%), 102 (100%) e 104 (100%).

As ações que facilitaram o cumprimento dessa meta foram: a capacitação recebida pelos ACS para detectar a necessidade dos usuários da sua área nas visitas domiciliares. Além disso, nas consultas os profissionais também fizeram esse exame.

As dificuldades enfrentadas para fazer uma avaliação de qualidade dos portadores destas doenças foram a ausência de odontólogos ou técnicos odontológicos integrados na equipe e a grande demanda deste atendimento na UBS mais próxima por usuários de toda a macro área.

OBJETIVO 3: MELHORAR A ADESAO DE HIPERTENSOS E / OU DIABETICOS 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 as 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.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Foram realizadas as buscas ativa de usuários com HAS e/ou DM para aqueles que não compareceram as consultas na UBS de forma regular e/os que não foram às consultas previamente agendadas Na unidade não tivemos dificuldades para melhorar este indicador.

A meta para esse indicador era atingir 100% de usuários com HAS e usuários com DM faltosos nas consultas com busca ativa. Em relação aos usuários com HAS, no 1º mês foram buscados 43 (100%) usuários faltosos, no 2º mês 138 (100%), no 3º mês 145 (100 %) e no 4º mês 146 (100%). Quanto aos usuários com DM foram buscados no 1º mês 18 faltosos, representando 100%, no 2º mês 51 (100%), no 3º mês 56 (100%), e no ultimo mês foram buscados 58 (100%) pessoas com diabetes faltosas.

Estes resultados foram possíveis graças ao trabalho em conjunto com as ACS que em numerosas oportunidades caminharam quilômetros de estrada na área de abrangência para realizar essa tarefa, o apoio e colaboração dos funcionários da recepção que identificavam os usuários hipertensos e/ou diabéticos que faltavam as consultas previamente agendadas e davam essa informação para os membros da equipe nas reuniões da equipe e no final de cada consulta, com a continuidade do projeto na UBS esse indicador alcançará uma melhor organização da busca ativa e consultas direcionadas aqueles usuários que por razões alheias a nossa unidade não comparecem as consultas programadas.

OBJETIVO 4 : MELHORAR O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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.

A proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento se comportou da seguinte forma. No primeiro mês 104 (100%), no segundo mês 260 (100%), no terceiro mês 267 (100%) e no quarto mês 268 (100%).

Em relação às pessoas com diabetes, o comportamento do indicador foi: no primeiro mês foram registrados 45 usuários (100%), no segundo mês 98 (100%), no terceiro mês 102 (100%) e no quarto mês 104 (100%).

As ações favorecedoras para atingir a meta foram: o agendamento dos usuários hipertensos correspondentes à área para consulta com os profissionais da equipe, o início do preenchimento adequado dos registros para isso fins que anteriormente não existiam e o apoio da gestora da UBS na impressão das fichas-espelhos para cada 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.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular

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

A meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos foi atingida ao longo dos 4 meses da intervenção. No primeiro mês foi realizada a estratificação a 104 hipertensos que gerou 100%, no segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, 260 (100%), 267 (100%) e 268 (100%) das pessoas com hipertensão apresentavam a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês a estratificação realizada gerou 45 (100%), enquanto no segundo, terceiro e quarto mês 98 (100%), 102 (100%) e 102 (100%) das pessoas com diabetes apresentavam a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.

A ação facilitadora neste caso foi a realização da avaliação pelos profissionais da equipe no âmbito da consulta.

OBJETIVO 6: PROMOVER A SAUDE DE HIPERTENSOS E DIABETICOS.

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.

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

A meta garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos e/ou diabéticos foi alcançada em todos os meses durante a intervenção. As ações favorecedoras desta meta foram às orientações realizadas pelos profissionais nas consultas e pelos ACS na comunidade. Além disso, foram feitas palestras no grupo de hipertensos e/ou diabéticos toda sexta feira de manhã.

No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, 92 (100%), 142 (100%), 199 (100%) e 239 (100%) dos hipertensos receberam tal orientação. Já em relação aos diabéticos 31 (100%), 50 (100,0%), 72 (100%) e 90 (100%) deles receberam orientação nutricional.

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

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

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

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

A meta garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos foi alcançado em 100% durante os meses da intervenção. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês foram orientados 104 (100%), 260 (100%), 267 (100%) e 268 (100%) respectivamente.

Em relação aos diabéticos 45 (100%), 98 (100%), 102 (100%) e 104 (100%), todos eles também receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Foi possível obter esses bons resultados, devido aos esforços e a dedicação dos profissionais da equipe que orientaram esse grupo alvo durante as consultas feitas pelos profissionais da equipe, nas ações de engajamento público e no grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

A meta garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos foi atingido nos quatro meses da intervenção. No primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, 104 (100%), 260 (100%), 267 (100%) e 268 (100%) hipertensos receberam tal orientação.

Em relação aos diabéticos 45 (100%), 98 (100%), 102 (100%) e 104 (100%), todos eles também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

As ações que facilitaram foram as orientações realizadas nas consultas pelos profissionais no âmbito da UBS, na comunidade pelos ACS e nas palestras realizadas no grupo de hipertensos e/ou diabéticos semanalmente.

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

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

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

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

A orientação sobre higiene bucal aos hipertensos foi realizada nos 100% dos casos ao longo da intervenção. Essa meta foi atingida em todos os meses, uma vez que as orientações foram realizadas nas consultas realizadas com os profissionais no âmbito da UBS, na comunidade pelos ACS e profissionais nas visitas domiciliares e durante as palestras oferecidas no grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

O comportamento deste indicador foi, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês 104 (100%), 260 (100%), 267 (100%) e 268 (100%), todos os hipertensos receberam tal orientação. Em relação aos diabéticos o comportamento do indicador nos quatro meses da intervenção foi da seguinte forma 45 (100%), no primeiro mês, no segundo, terceiro e quarto mês 98 (100%), 102 (100%) e 104 (100%), todos também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

4.2 Discussão

Com a intervenção desenvolvida na unidade Básica de Saúde CAUAME, Boa Vista/RR foi alcançada a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na unidade básica de saúde. Com a realização desta ação conseguimos melhorar a cobertura, programar o registro dos hipertensos e diabéticos que não era realizado na unidade. Devido a isso agora temos um serviço qualificado porque podemos dar continuidade ao seguimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que moram em nossa área de abrangência e fora da mesma, e assim conhecer os resultados de nosso trabalho. Além disso, conseguimos manter um bom índice de usuários em acompanhamento em nossa UBS, com a organização de nosso trabalho e a com incorporação do mesmo a nossa rotina pretendemos alcançar 100% dos mesmos.

A intervenção causou um impacto positivo para a equipe porque conseguimos melhorar o trabalho em equipe. Tivemos que nos capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao acolhimento, rastreamento, avaliação, diagnóstico, estratificação do risco cardiovascular, intercorrências, organização da atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta ação promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, técnico de enfermagem, farmacêutico, ACS e

funcionários da recepção. Os ACS ficaram encarregados da busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, assim como pela busca ativa de usuários com exames complementares em atraso na área coberta. A técnica de enfermagem ficou responsável pelo acolhimento de todos os usuários diabéticos e hipertensos que apresentassem demanda espontânea por qualquer causa. A enfermeira junto à médica da equipe foram as responsáveis pelo monitoramento dos hipertensos e/ou diabéticos através das fichas-espelho, da programação de grupo do Programa, assim como atendimento de consultas de ambos os grupos e orientação de palestras. Além da organização de serviços de atendimento para os usuários com necessidades de atendimento odontológico

Antes da intervenção a consulta não estava bem organizada, focada somente no atendimento médico. Não tínhamos um grupo de hipertensos e/ou diabéticos, as atividades limitavam-se a consulta médica e de enfermagem. Os usuários tinham somente essas oportunidades para discutir as dúvidas e muitos não perguntavam por vergonha. O exame físico completo estava limitado para ser feito pela médica. Não era feita uma rotina de atendimento do grupo alvo de nossa intervenção. A intervenção reviu as atribuições da equipe visualizando a atenção a um maior número de pessoas. Agora temos um atendimento mais organizado de usuários hipertensos e/ou diabéticos e melhoramos o atendimento aos mesmos não somente em quantidade, mas também em qualidade. A classificação de risco dos hipertensos /ou diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento.

A médica e a enfermeira realizaram exame físico completo (incluindo exames físicos dos pés de cada um independentemente da sua condição de saúde). Estamos esclarecendo as dúvidas sobre a realização do exame físico completo durante o acompanhamento do usuário, conseguindo uma boa aceitação para esta prática. A equipe está focada no atendimento dos usuários, com a formação do grupo de hipertensos e/ou diabéticos e estão compartilhando suas dúvidas uma vez que sabem que tem apoio da equipe e que suas dúvidas também podem ser as dos demais membros.

A melhoria dos registros e agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos permitiu visualizar a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea evitando maior índice de usuários faltosos. A estratificação do risco

dos usuários foi muito importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, assim como diagnóstico precoce de doenças que não estavam diagnosticadas e que são tratáveis e previsíveis tais como hipertensão em usuários diabéticos, diabetes mellitus em usuários hipertensos e dislipidemias

Com a intervenção desenvolvida foi alcançada a melhoria na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na unidade básica de saúde Cauame, Boa Vista-RR. Esse objetivo foi atingido ao ampliar a cobertura de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorando a qualidade da atenção, conseguindo a adesão deles ao programa. Foi melhorado o registro das informações e mapeado o risco para doença cardiovascular. Além disso, as ações de promoção de saúde para os portadores destas doenças crônicas, assim como seus familiares, alcançaram níveis superiores.

As duas equipes ficaram envolvidas na intervenção ao longo de quatro meses e foi muito importante para todos participarem dela, porque permitiu qualificar o atendimento dos usuários e reorganizar o processo de trabalho. Além disso, ao final da intervenção, observa-se que o trabalho das equipes está mais integrado.

A equipe considera que a intervenção teve grande importância para o serviço porque permitiu organizar o trabalho ao cadastrar e registrar adequadamente os hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, surgiram novas ideias ao desenvolver as ações de saúde, fatos necessários na UBS e contribuiu para melhorar tanto o acolhimento das pessoas quanto seus agendamentos para consultas, estabelecendo a prioridade, segundo a avaliação do risco. Ao final foi observada considerável melhoria no Programa.

Para a comunidade, a intervenção ofereceu também benefícios notáveis. As informações acerca dos usuários com HAS e/ou DM foram registrados adequadamente, eles receberam visitas domiciliares para agendar suas consultas e receberam orientações sobre muitos temas de interesse. Isso gerou melhora no acompanhamento e favoreceu a formação do grupo de hipertensos e/ou diabéticos que acontece semanalmente.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, eu iniciaria pelo envolvimento e uma maior aproximação dos gestores e a comunidade no projeto, isto poderia ter sido facilitado se desde a análise situacional eu tivesse discutido

com a equipe as atividades que vinha desenvolvendo para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto já que cada população tem características e necessidades diferenciadas. Acho que é viável incorporar a intervenção à rotina do serviço porque de fato já está sendo realizada e observamos a sustentação de inúmeros benefícios para todas as pessoas envolvidas.

Na ação programática escolhida, pretendemos melhorar o atendimento odontológico e alcançar prioridade para realizar os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço são: ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidades de priorização da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, em especial os de alto risco, continuar reforçando as ações desenvolvidas até o momento e a incorporação de algumas aos demais programas protocolados pelo MS. E Felizmente em nossa UBS já está implementado o Programa pré-natal, pois foi o foco de intervenção escolhido pela minha colega.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores Estaduais e Municipais,

No dia de hoje tenho o maior prazer de comunicar para os Senhores gestores Estaduais e Municipais que na unidade Básica de Saúde do bairro Cauame, Boa Vista-RR foi desenvolvida uma intervenção em saúde relativa à ação programática envolvendo as pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. O objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em nossa unidade.

Foram realizadas ações que já estão incorporadas na rotina do serviço. Entre os aspectos qualificados com a intervenção, destaca-se o acolhimento realizado pela equipe, a avaliação de risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados ao longo da intervenção e o agendamento das consultas a partir de prioridade. Além disso, foi formado o grupo de hipertensos e/ou diabéticos que agora acontece semanalmente.

Para esse grupo e seus familiares oferecemos palestras e orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo as quais continuaram sendo desenvolvidas com a participação ativa da comunidade na busca dos locais onde serão desenvolvidas as reuniões do grupo de acordo com o micro- área que corresponda na semana.

Além dos inumeráveis benefícios recebidos pelos usuários, a equipe conseguiu melhorar a identificação das pessoas da área portadores destas doenças, qualificou o acolhimento para todos e está desenvolvendo ações permanentes na avaliação do risco e acompanhamento em geral.

A reorganização do processo de trabalho e uma melhor integração e comunicação entre os membros da equipe foram alcançados devidos ao desenvolvimento da intervenção.

A cobertura de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe foi ampliada. No início da intervenção não havia dados registrados adequados e de boa qualidade sobre a cobertura, mas com o desenvolvimento das ações o número total de hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, e acompanhado na UBS, aumentou, respectivamente, de 104 no primeiro mês (17,2%) para 268 no quarto mês (44,2%) e de 45 (30%) para 104 (69,35%), respectivamente.

A qualidade do atendimento por parte dos profissionais tem sido melhorada, principalmente no que tange a avaliação do risco cardiovascular, necessidade de atendimento odontológico e a solicitação dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A equipe fica feliz com o apoio recebido pela gestão da unidade para desenvolver as ações. A gestão apoiou a equipe em diversos momentos. Destacam-se o apoio na realização das cópias das fichas-espelho e dos registros dos usuários cadastrados no programa, impressão do protocolo de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos.

Além disso, a gestão nos apoiou quanto à necessidade de medicamentos da unidade, a falta de material para realização de hemoglicoteste, assim como a dificuldade com a quantidade de vagas para o atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos na UBS mais próxima.

Ainda apresentamos dificuldades com a realização dos exames em dia, considerando a grande quantidade de pessoas que procuram esse serviço. Tal fato também acontece com o atendimento odontológico para a população alvo de nossa intervenção.

Por meio de um planejamento adequado e participativo entre a gestão, o controle social e os trabalhadores a equipe poderão superar as dificuldades mencionadas acima e qualificar ainda mais nosso serviço. Toda a equipe acredita e já planeja na possibilidade de ampliar a intervenção a outros programas.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Por meio deste relatório informamos aos membros de comunidade do Bairro Cauame sobre os resultados obtidos durante o desenvolvimento da intervenção feita na UBS do mesmo nome com a finalidade de reorganizar o Programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos e/ou hipertensos. O trabalho foi desenvolvido como parte da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). A intervenção foi bastante prática e servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e também poderá servir para todo o município.

Com a realização desta ação conseguimos melhorar a cobertura, programar o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que não era realizado na unidade. Devido a isso agora temos um serviço melhor porque podemos dar continuidade ao seguimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e que moram em nossa área de abrangência e assim conhecer os resultados de nosso trabalho.

Tenho o prazer de fazer de seu conhecimento à ampliação da cobertura do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa área de abrangência a qual conseguimos cobrir na sua totalidade na área coberta pelo ACS e com a incorporação desta ação na rotina do serviço pretendemos cobrir nossa área descoberta e poder aumentar ainda mais a qualidade do atendimento a este grupo alvo. Reativamos o serviço do atendimento do Programa de atenção de à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes (conhecido como Hiperdia)

o qual antes da intervenção era quase inexistente conseguindo que as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área ficassem conscientes da importância da continuidade do acompanhamento médico. Todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes contaram com cadastramento, agendamento e atendimento oportuno nas consultas programadas segundo as necessidades além de oferecermos vagas de emergência para os dois grupos através da melhoria no acolhimento. Isso contribuiu para diminuir o número de emergências apresentadas durante o desenvolvimento de nossa intervenção garantindo o atendimento adequado da demanda espontânea.

A equipe desenvolveu uma intervenção na comunidade e na UBS Cauame durante quatro meses. Por meio da mesma, foi melhorado o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM.

No início da intervenção não existiam na UBS registros sobre a cobertura desde grupo alvo, mas com o desenvolvimento das ações o número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com 20 anos ou mais residentes na área, e acompanhado na UBS, aumentou, de 104 (17,2%) no primeiro mês para 268(44,2%) no quarto mês e de 45 (30%) para 104 (69,3%) no quarto mês, respectivamente.

A atenção à população alvo da intervenção teve muito benefícios porque foi formado o grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes que acontece com uma frequência semanal. Esse grupo se encontra todas as terças-feiras no período da manhã e nas diferentes micro-áreas atendidas pela equipe, onde todos os participantes e seus familiares recebem orientações sobre temas de saúde relacionados com as doenças apresentadas e é realizado o hemoglicoteste.

A intervenção promoveu a qualificação do acolhimento para os usuários na unidade garantido o agendamento dos usuários com os profissionais, priorizando os que apresentam maior risco cardiovascular. Estabelecemos um sistema de busca e acompanhamento para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas com o qual garantimos a adesão dos usuários da área coberta ao programa, conseguindo a continuidade das consultas em todos os casos o que permitiu o aumento no número de atendimentos individuais e redução do índice de abandono do tratamento e do acompanhamento na UBS, a estratégia realizada para consegui-lo foi o planejamento de visitas domiciliares, realizadas

pelos ACS na área de abrangência para todos os usuários faltosos e o encaixe no atendimento no mesmo dia ou ao dia seguinte.

A comunidade ganhou qualidade no atendimento, ainda faltam algumas ações para alcançar e melhorar futuramente, como garantir as vagas para o atendimento odontológico, uma vez por ano, garantir a realização de exercícios físicos periódicos na comunidade com a existência do preparador físico assim como garantir a prioridade para a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A equipe considera que a comunidade deve-se integrar mais à unidade, mediante o conselho de saúde, que ainda não está bem articulado. Em um primeiro momento, muitas vezes, era possível constatar a demora em realizar as consultas com os profissionais, uma vez que foi organizado o processo de trabalho da equipe e esse problema ficou resolvido, agora cada usuário sai de nossa UBS com a data da próxima consulta agendada, mas às vezes não com a periodicidade que queremos devido ao aumento da demanda no serviço. Apesar disso, o balanço das ações desenvolvidas é positivo, porque a qualidade da avaliação foi melhorada.

Todas as ações desenvolvidas já estão formando parte da rotina do serviço e a comunidade deve ficar atenta para apoiar a equipe na busca ativa de faltosos às consultas, facilitar os locais no bairro onde possam ser realizadas as palestras e, desta forma, com o apoio de todos conseguiremos que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde Unidade Básica de Saúde Cauame, Boa Vista/RR.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O início do curso de especialização foi um grande desafio, pois pela primeira vez na minha vida, deparei-me com o ensino a distância, experiência nova para mim, mas minhas expectativas com o curso de especialização eram boas, sempre com muitos medos sobre os desafios do idioma e a incerteza de poder realizar um projeto de intervenção de qualidade, mas sempre consegui ter ajuda de meus orientadores e consultar os textos tantas vezes quanto eu julgasse necessário, o que contribuiu para diminuir essas dificuldades.

Ao longo do curso de especialização a estratégia da comunicação com o orientador do curso, a troca de ideias entre profissionais de diversos lugares do país por meio dos fóruns de clínica e de saúde coletiva oferecidos pelo curso, além da auto aprendizagem do idioma contribuíram positivamente para o resultado final da intervenção e para o meu processo pessoal de aprendizagem. Considero que a modalidade de Educação a Distância é ótima porque otimiza tempo e recursos tanto para os orientadores como para os especializados. Além disso, considero que a auto aprendizagem da língua portuguesa foi fundamental para a comunicação com os usuários e também para o desenvolvimento do curso e da intervenção.

Sobre as minhas expectativas durante a escolha do foco para a intervenção, posso dizer que não tinha clara visão do alcance que iria ter, mas na medida em que o mesmo foi sendo desenvolvido comecei a visualizar os resultados alcançados e tudo o que ainda tínhamos para fazer e alcançar. Na medida em que o curso estava avançando, o mesmo nos oferecia ferramentas que permitiram ampliar nosso conhecimento da estrutura do sistema de saúde do Brasil, a história do SUS com suas conquistas e metas futuras e seus

protagonistas. Estes conhecimentos também contribuíram na obtenção dos resultados positivos em nosso trabalho diário. Na medida do desenvolvimento do curso consultava junto às minhas orientadoras todos os problemas que se apresentavam durante a semana do curso e elas me orientavam sobre as soluções dos mesmos. Acho que o curso tem uma ótima organização, garantindo a participação de todos os especializados em espaços virtuais diferenciados, tanto em fóruns para interação com o grupo ou em um espaço privado onde aconteceram conversas em torno do que estava acontecendo em cada etapa do curso, as orientações estão explicadas de uma forma clara, no meu caso as rotinas do curso não foram acompanhadas por um mesmo orientador, o que considero uma grande dificuldade porque assim não permite uma interação contínua com a pessoa que conhece todo nosso trabalho durante o curso, mas sempre aconteceu uma comunicação apoiadora em nosso espaço privado em que ocorreram nossas conversas e correções.

Além disso, acho que todas as unidades que compõem o curso são explicadas claramente facilitando para o especializando toda a informação que ele precisa no momento de fazer cada tarefa de cada etapa, desde o início do curso até a culminação com o TCC que será apresentado pública e presencialmente, também considero interessante e congruente que as tarefas são encadeadas, assim o curso é desenvolvido com uma sequência lógica e ascendente em conteúdo e qualidade. Penso que o curso é ótimo e seu desenvolvimento é adequado além de fundamental para todo o profissional que trabalha na atenção primária à saúde, pois o mesmo permite o conhecimento e a aplicação das metas do Ministério da Saúde para um atendimento mais humanizado. Quanto à questão pessoal, o curso serviu para um manejo adequado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, permitindo-me fazer mudanças no atendimento convencional de nossa unidade de saúde e dar maior protagonismo à equipe de saúde dentro do planejamento da estratégia.

Como participante deste programa avalio o curso como excelente. Para mim tem significado uma grande experiência de superação profissional e pessoal, as minhas expectativas iniciais foram superadas. Eu me sinto feliz por ter-me envolvido, apropriado e conhecido o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Também considero que os temas abordados no fórum de clínica foram de grande interesse para todos nós, pois permitiram reforçar conhecimentos médicos propriamente ditos e melhoria da qualidade dos atendimentos nas UBS.

Com o desenvolvimento de ações, as equipes ficaram mais integradas e fortalecidas no trabalho, o que permitiu detectar problemas de saúde existentes e planejar estratégias para resolvê-las ou encaminhá-las aos gestores.

O curso foi excelente, as minhas expectativas foram superadas, o nível de conhecimentos dos profissionais envolvidos foi qualificado e a população foi beneficiada com as ações da intervenção. Agradeço pela oportunidade de fazer parte desse momento de ampliação e qualificação da atenção primária brasileira, por meio do “Programa Mais Médicos” e poder melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Pessoalmente, também serviu para um melhor manejo das usuárias no Programa de pré-natal e puerpério, o curso significou vantagens, pois tinha um respaldo para melhorar o atendimento, pelo que conseguimos quebrar o atendimento convencional de nossa unidade de saúde e dar maior protagonismo à equipe de saúde dentro da planificação de estratégias para os usuários em geral. É importante destacar que uma das coisas mais relevantes foi a afirmação dos agendamentos programados, pois ainda que é promulgado em nossa unidade não se aplicava, já com o aval do curso foi fácil explicar para a direção os motivos e a importância do agendamento programado dentro de cada programa de saúde não somente do pré-natal e puerpério, também dentro da puericultura, dos hipertensos e/ou diabéticos, planejamento familiar, entre outros, o que permitiu que a equipe tivesse maior liberdade na hora de planejar suas atividades. Outro ponto de destaque e com respeito aos itens de informação que deveriam chegar a nossa população, já que serviu de guia para promoção de atividades interativas e formação de grupos de trabalho aos quais foram oferecidas orientações de hábitos saudáveis, doenças e o mais importante sobre seus direitos, esses grupos continuam ainda quando a fase de intervenção acabou e já conformamos outros dois com os quais trabalhamos para melhorar o serviço, além desses itens serviu para incentivar a promoção de saúde envolvendo a comunidade e o gestor fazendo que as informações tivessem maior impacto sobre a população e seu papel no processo de bem-estar individual e comunitário.

Na prática diária determinou o papel de integração com a equipe com os demais serviços oferecidos na unidade de saúde (serviço social e odontológico) e os serviços externos (serviços especializados e de urgência) ganhando o reconhecimento destes como porta de entrada e acompanhamento constante da população para com o sistema único de saúde. Oferecemos um serviço de melhor qualidade a respeito do que era oferecido antes do início do curso, obtendo maiores registros de consulta, qualidade de atenção inicial e seguimento além de continuidade no processo de acompanhamento.

Dentro da programação do curso destacamos a importância dos casos clínicos semanais que cumpriam a meta proposta pelo Ministério da Saúde, de manter o profissional em constante formação e estudo, com casos cotidianos focados no diagnóstico clínico e diferencial assim como as atualizações terapêuticas, o que muito incentivou a manter ritmos de estudo e trocas de conhecimentos por meio do portal do curso, pelo que agradeço a todo o pessoal que trabalhou na elaboração dos mesmos e assim como a todos os professores pelas orientações dispensadas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

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

Proª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEPI/FAMED/UFPEL

