

**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 da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS José Maria de Souza Santos, Brasiléia, AC

Yuselis Torres Hernandez

Pelotas, 2015

Yuselis Torres Hernandez

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS José Maria de Souza Santos, Brasília, AC

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

Orientador: Caroline De Souza Kroning

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

H557m Hernández, Yuselis Torres

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS José Maria de Souza Santos, Brasiléia, AC / Yuselis Torres Hernández; Caroline de Souza Kroning, orientador(a); Niviane Genz, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 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. Kroning, Caroline de Souza, orient. II. Genz, Niviane, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha família e ao povo brasileiro.

Agradecimentos

Ao meu Deus, por seus cuidados dispensados sobre mim.

À minha família, por seu apoio e amor.

À minha equipe de saúde, pelo apoio e trabalho realizado.

À minha orientadora, pela sua ajuda incondicional. Obrigada.

Resumo

HERNANDEZ, Yuselis Torres. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS José Maria de Souza Santos, Brasiléia, AC.** 2015. 99f. 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 Sistêmica e o Diabetes mellitus são doenças que constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde do Brasil. A Hipertensão apresenta uma prevalência de mais de 24% na população adulta, chegando a 63% na população maior de 65 anos. No caso do Diabetes mellitus estima-se a presença da doença em 5,8% da população brasileira com 18 anos ou mais. Na UBS José Maria de Souza Santos, do Município de Brasiléia, no Acre identificou-se uma baixa cobertura do Programa, muitos usuários faltosos e sem controle por diferentes razões. Alguns com sequelas decorrentes destas doenças. Fatos estes que motivaram a realização de um trabalho de intervenção em saúde. A unidade de Estratégia de Saúde da Família pertence à área urbana com uma população de 2.039 usuários cadastrados e possui uma equipe de saúde. A intervenção realizada envolveu 317 pessoas com hipertensão e 25 pessoas com diabetes, residentes na área de abrangência, alcançando uma cobertura de atenção de 100% e 32,9%, respectivamente. Todos os indicadores quantitativos e qualitativos avaliados na intervenção foram melhorados. Houve qualificação dos atendimentos com a realização de exames clínicos completos, estratificação do risco para todos os usuários cadastrados, todos receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física, orientações sobre os malefícios do tabagismo e orientações de saúde bucal. A maioria dos indicadores de qualidade alcançou as metas planejadas. A equipe recebeu capacitação para o desenvolvimento desta e de outras ações programáticas na unidade, melhorando a qualidade dos atendimentos, além de incorporar todas essas melhorias à rotina do serviço. A comunidade foi favorecida, pois as melhorias no atendimento repercutiram de forma positiva nos indicadores de saúde da área. A população demonstra satisfação com o atendimento recebido, tendo aumentado a adesão dos usuários nesta ação programática.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	63
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	63
Figura 3	Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	64
Figura 4	Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	65
Figura 5	Gráfico da Proporção de hipertensos exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	66
Figura 6	Gráfico da Proporção de diabéticos exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	66
Figura 7	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	68
Figura 8	Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	68
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	69
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasiléia, AC, 2015.	70
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na	72

- ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.
- Figura 12 Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 74
- Figura 13 Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 74
- Figura 14 Fotografia do atendimento clínico à usuária Ludmila Jesus de Cunha na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 91
- Figura 15 Fotografia da primeira Capacitação dos profissionais de saúde da equipe na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 92
- Figura 16 Fotografia da segunda Capacitação dos profissionais de saúde da equipe na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 92
- Figura 17 Fotografia de atividades educativas com pacientes com Hipertensão e Diabetes na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 93
- Figura 18 Fotografia de visita domiciliar a paciente Raimunda Leite na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 94
- Figura 19 Fotografia de visita domiciliar ao paciente Cícero Antonio Silva na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015. 94

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AC	Acre
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliares de Serviços Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM	Quilômetros
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2 Análise Estratégica.....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão.....	78
5 Relatório da intervenção para gestores.....	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	87
Referências	89
Apêndices.....	90
Anexos	95

Apresentação

O presente trabalho é apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos, Brasiléia/AC.

A primeira parte do volume é a análise situacional, que aborda todo o processo de trabalho e a estrutura da ESF. A segunda parte do volume traz o projeto da intervenção onde apresentamos os objetivos, as metas, as ações, o detalhamento das ações, os indicadores, a logística e o cronograma da intervenção proposta.

A terceira parte constitui o relatório final da intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta parte é a avaliação da intervenção comunidade pela apresentação dos resultados e a respectiva discussão sobre os mesmos. A quinta e sexta partes trazem os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade e a sétima parte é uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para a construção deste projeto bem como os anexos que serviram para orientar o desenvolvimento deste trabalho quanto à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou

com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da referida Unidade de Saúde.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Maria Souza de Santos localizada no bairro Centro da cidade de Brasiléia, estado do Acre. Foi fundada no ano 2004. A UBS possui toda a estrutura física que deve ser feita uma UBS, sendo composta por área de recepção, sala de pré-consulta, consultório da médica, farmácia, sala de vacinação, sala de curativos, sala para fazer o preventivo citopatológico do colo do útero, sala de esterilização, consultório odontológico, neste se realizam diferentes procedimentos que vão da limpeza, obturação até a extração dentária, o que é de grande ajuda para a população já que não precisam ir à cidade para realizar este tipo de atendimento, além disso, cozinha, banheiros femininos e masculinos para os usuários e funcionários, entre outros.

A equipe de saúde está composta por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 1 farmacêutica, 1 recepcionista, 1 dentista, 1 assistente de odontologia, 1 higienizadora e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são parte importante do trabalho da equipe. Os ACS estão muito envolvidos em seu trabalho, levam em suas visitas orientações para a família e acompanham os tratamentos dos usuários. Estas condições estruturais e o material humano garantem a qualidade da atenção médica.

O atendimento em nossa Unidade é de segunda a sexta-feira no horário no turno da manhã e tarde. Atendemos, em média, 14 usuários por dia em consultas agendadas o não quer dizer que não trabalhamos com a atenção à demanda espontânea e, além disso, atendemos aos usuários que demandam atendimento de urgência.

As tardes destinadas às visitas domiciliares agendadas, sempre se constituem em uma nova experiência. Porque visitamos aos usuários que precisam de nossa ajuda e fornecemos todas as informações necessárias para o usuário e família com a finalidade de melhorar o seu estado de saúde.

Nossa equipe atende 750 famílias compostas por um total de 2034 usuários, destes 1030 são do sexo masculino e 1.004 são do sexo feminino.

Entre as doenças crônicas mais comuns em nossa comunidade estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Além disso, dentro dos principais problemas de saúde temos uma alta incidência de gravidez na adolescência, doenças transmissíveis como as infecções respiratórias agudas e parasitoses. Nossa equipe desenvolve palestras sobre diversos temas que são de interesse para a população enquanto o atendimento médico é realizado, também durante as consultas individuais fornecemos orientações relacionadas com a dieta, exercícios físicos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, para assim fazer mudanças no estilo de vida dos indivíduos e famílias, melhorar a qualidade de vida da população e assim impedir o surgimento e evolução das diferentes doenças.

A equipe tem como objetivo aumentar o número de controles e acompanhamentos de doenças crônicas como HAS e DM. Estamos realizando visitas domiciliares com maior participação da equipe, especialmente com ajuda das ACS às pessoas que precisam e que não podem vir até a unidade de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Brasiléia é um município brasileiro que está localizado no sul do estado do Acre, a 237 km da capital Rio Branco, na fronteira com Cobija capital do departamento de Pando, Bolívia. Tem como municípios limítrofes Assis Brasil, Sena Madureira, Xapuri e Epitaciolândia, que juntos formam a região do alto acre. Brasiléia se originou de uma pequena faixa de terra, a partir de um antigo Seringal Carmen, em 3 de Julho de 1910, usando o nome de Brasília.

Posteriormente, em 1943, o nome da cidade foi mudado, para não ser confundida com a nova capital federal. Recebeu uma nova denominação, derivada da união das palavras Brasil (Bras) e Hiléia (floresta), utilizada até hoje. Em 1992, a cidade teve sua área dividida, toda a área e população localizada na

margem direita do Rio Acre, originou o município de Eptaciolândia. Possui um clima equatorial, caracterizado por chuvas abundantes em boa parte do ano, principalmente entre os meses de novembro a março e uma breve estação seca que se estende de junho a setembro. É banhada pelos Rios Acre e Xapuri. O município ocupa o sexto lugar em número de habitantes, com 23.378 habitantes, com uma extensão territorial de 3.916.507 km², para uma densidade de 5,46 hab/km², na proporção de 64,22% urbana, 12.243 habitantes sendo 35,78% rural, com 6.822 habitantes. Sendo que destes, 1.060 são ribeirinhos que habitam as comunidades nas margens do rio Acre.

O município de Brasiléia tem 21.398 habitantes com 9 UBS com ESF e nenhuma tradicional. Tem disponibilidade de um NASC na cidade de Brasiléia que oferece seus serviços a todas as unidades de saúde das áreas urbanas e rurais. Não há disponibilidade de Centro Especializado Odontológico (CEO) em nosso município.

Entretanto, há em nosso município cuidados especializados prestados à população por especialistas, mas a maioria das vezes é necessário o deslocamento até a capital para que recebam o atendimento que ainda é uma das dificuldades com que enfrentamos atualmente.

Brasiléia tem um hospital municipal que recebe usuários de Brasiléia e de outra cidade próxima. Atualmente, está sendo construído um novo hospital o que virá melhorar significativamente a atenção à população especialmente quanto aos serviços especializados que atualmente está em déficit.

No hospital são coletados exames de sangue, realizados exames complementares, de urina e de fezes. Também são realizados testes rápidos em busca de doenças de transmissão sexual, entre outros. Em termos de exames complementares não são realizadas no hospital os exames dos hormônios tireoidianos, entre outros testes especiais. Os usuários têm de fazê-los em clínicas privadas e o Eletrocardiograma (ECG) é feito no hospital para usuários internados, usuários com emergências cardíacas. Essas são algumas das atuais deficiências neste tópico. Ainda, exames mamográficos e MRI não são realizados no município havendo necessidade de deslocamento para a capital. Apenas exames como Raio-X são realizados em qualquer nível.

A UBS José Maria de Souza Santos é uma unidade localizada na área urbana. É uma UBS com ESF. Possui uma equipe de cuidados de saúde básica que é formada por 1 médica, 2 enfermeiros, 1 coordenador, 1 odontóloga, 1 auxiliar de odontologia, 1 farmacêutico, 1 técnica enfermagem, 1 recepcionista, 1 auxiliar de limpeza, 5 ACS.

Sua estrutura está em bom estado, construída no ano de 2004, possui um consultório médico, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativos, sala de exames preventivos, 1 sala de vacinas, farmácia, sala de espera, banheiros e uma cozinha.

A principal dificuldade que estamos apresentando agora é que após o alagamento que sofreu nossa cidade, a UBS também foi afetada completamente e estamos em reparação e por isso estamos trabalhando em outra UBS do município.

A equipe está ciente das dificuldades que enfrentam diariamente. Já relatamos às autoridades superiores bem como para o Ministério da Saúde, pois algumas das deficiências presentes estão esperando por uma resposta para a solução das mesmas, especialmente no que diz respeito às questões estruturais que pode comprometer o trabalho da equipe.

Pelo trabalho de prevenção e promoção da saúde enfatizamos e destacamos os fatores de risco que predominam na população incentivando-os a ajudarem a cuidar de sua saúde, especialmente os usuários crônicos, pois necessitam ter conhecimento da sua doença para aprenderem a identificar os sinais e sintomas de descompensações que podem vir a ocorrer.

Nosso trabalho comunitário baseia-se principalmente em ir para as comunidades distantes e fornecer o serviço médico. Também inclui outras ações como a educação em saúde pela área de odontologia, exames preventivos, coleta de amostra de exames de sangue, vacinação, entre outros, para aqueles usuários que são impossibilitados de assistir a nossa unidade por algum problema de saúde.

O papel dos trabalhadores de saúde na comunidade é vital, porque por meio das visitas domiciliares somos capazes de detectar qualquer tipo de problema de saúde imediatamente e atuar rapidamente, especialmente se um usuário precisa de assistência médica de emergência.

Nossa UBS atende uma população de 2.034 usuários. Destes, 1030 são do sexo masculino e 1.004 são do sexo feminino. Realizamos acompanhamento a 18 gestantes cadastradas e 23 crianças menores de um ano. No que diz respeito à prestação de mais serviços à população da área, já está funcionando e este orçamento para expandir a estrutura da unidade e criar novas salas para expandir e ampliar os cuidados oferecidos.

Esta unidade tem uma demanda diária de usuários que vêm principalmente para a consulta no dia e esta demanda é complementada diariamente. Na recepção é ofertada aos usuários pré-consulta e nesse momento é realizada a classificação de risco para atendimento. Há uma demanda mensal dos usuários com doenças crônicas que vêm em busca de medicações, usuários pediátricos, gestantes, entre outros. O restante da população é atendida por meio de consultas regulares e não regulares.

Procuramos atender a todos os usuários que vem para o serviço, independentemente de sua condição ou problema de saúde dando-lhe a atenção devida. Trabalhamos diariamente em ações preventivas e de promoção à saúde para reduzir a incidência problemas de saúde que com boa higiene podem ser controlados evitando infecções parasitárias intestinais, focos diarreicos, muito comuns em nossa área além de estados gripais.

Temos alta incidência de crianças com doenças respiratórias agudas, bem como focos de parasitismo intestinal então trabalhamos com educação em saúde em relação a estas questões ensinando como deveria estar lidando com o indivíduo, mantendo boa higiene em casa, investigamos de onde provem a ingestão diária de água para evitar estas condições. Estas condições juntamente com patologias crônicas são patologias frequentes de consultas espontâneas na demanda diária da unidade.

O trabalho na Unidade vem apresentando melhorias, pois as pessoas que tratavam as suas enfermidades com medicamentos caseiros e que não procuravam o serviço de saúde agora estão buscando o serviço. Também muitos usuários buscam o serviço por complicações que poderiam ser evitadas se seguissem as orientações fornecidas pela equipe. Para conseguir atender a esta demanda seguimos trabalhando diariamente buscando reduzir os fatores de

riscos internos e externos que podem influenciar de forma negativa na saúde da população.

A estimativa do CAP é de 46 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 91% (42). Destas, 95% (40) está com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 98% (41) estão com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, 100% (30) está em dia com as vacinas e as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, realizaram teste do pezinho e triagem auditiva, 90% (38) foi avaliada quanto à saúde bucal, e 5% (2) das crianças está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

O atendimento às crianças é ofertado por toda a equipe de saúde, principalmente pela médica e pela enfermeira. O registro das consultas de puericultura e vacinas aplicadas são efetuadas para manter um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento da criança visando a diminuição da morbimortalidade deste grupo.

A primeira consulta é preferencialmente realizada antes dos 7 dias para que possamos oferecer uma avaliação integral às mães e/ou responsáveis sobre os cuidados primários e os fatores de risco presentes nesta etapa inicial de vida. Estas consultas são realizadas com periodicidade na Unidade e avaliamos o crescimento e desenvolvimento das crianças nos primeiros meses de vida.

Ainda, nas consultas de puericultura realizamos a orientação sobre a introdução de novos alimentos a partir das diretrizes da educação em saúde. Também atualizamos o calendário vacinal conforme protocolo do Ministério da Saúde. São fornecidas orientações às mães e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes e para reconhecerem sinais clínicos de alarme quando estes estiverem presentes. Procuramos envolver toda a família neste processo sempre com ênfase na promoção e prevenção à saúde fundamentalmente de como evitar o surgimento de doenças. Estas ações determinam o processo de qualidade incluindo nas consultas médicas todas as orientações necessárias para a mãe e/ou responsáveis bem como para a família em geral.

Na unidade, para melhorar o cuidado à saúde das crianças temos consciência da importância das consultas de puericultura para evitar doenças. Ainda podemos melhorar mais a qualidade deste acompanhamento com apoio das mães e familiares. Assim, poderemos ofertar um atendimento de qualidade reduzindo as mortes por causas evitáveis. Todas as consultas são registradas no prontuário da criança e são revisados periodicamente para detectar atrasos no acompanhamento destas crianças.

As consultas ao grupo, como mencionado anteriormente são planejadas e dirigidas pela médica incluindo a participação da enfermeira, a qual informa para os ACS que mantêm o monitoramento da frequência e realizam a busca das crianças por meio de visita domiciliar mantendo sempre ênfase na promoção e prevenção à saúde por meio de conversas educativas a fim de instruir às mães no cuidado das crianças.

A atenção ao pré-natal é um processo contínuo, completo, periódico, integral trabalhado em equipe com a participação ativa da família. Procuramos realizar a captação precoce para realização da primeira consulta antes da 12ª semana de gestação.

Acompanhamos um total de 28 (81%) gestantes da estimativa de 34 gestantes para a área de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Das 28 gestantes acompanhadas 71% (20) iniciou o pré-natal no 1º trimestre e 100% (28) estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e foi solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, foi prescrito sulfato ferroso bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo bem como foram avaliadas quanto à saúde bucal; 54% (15) das gestantes acompanhadas realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, 96% (27) recebeu a dose da vacina Hepatite B e 86% (24) recebeu a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Todas as gestantes possuem registros completos no prontuário médico em que registramos todas as consultas realizadas para manter um seguimento efetivo das mesmas. Também mantemos atualizados os registros de vacinas das gestantes para que todas as gestantes e seus futuros bebês possam estar protegidos.

Todas as gestantes realizam pelo menos 6 consultas durante o período gestacional. A família desempenha um papel fundamental oferecendo o seu apoio quanto às necessidades econômicas além do apoio psicológico. Na primeira consulta realizamos uma avaliação integral das gestantes, pois acreditamos que assim podemos identificar fatores de risco que possam promover má formação e no caso de gestação recorrente podemos tomar conhecimento sobre a ocorrência de alguma doença ou má formação.

Durante os encontros com as gestantes oferecemos conversas sobre educação em saúde em uma linguagem acessível para a gestante e sua família a fim de conquistarmos a confiança da gestante em nosso trabalho. Na consulta planejamos a próxima consulta, solicitamos exames complementares conforme preconizado pelo Ministério da Saúde a fim de evitarmos o nascimento de crianças de baixo peso, complicações durante a gestação e no parto e pós-parto bem como para evitar a ocorrência de infecções vaginais, urinárias ou até mesmo parasitárias que podem provocar um parto prematuro, entre outras complicações.

Registramos cada consulta no prontuário individual, agendamos a próxima consulta e quando identificamos algum risco encaminhamos a gestante para uma avaliação com a ginecologista ou a outras especialidades conforme necessidade. Infelizmente, ainda muitas gestantes apenas comparecem ao serviço somente no segundo trimestre da gestação.

Toda a equipe de saúde da unidade busca manter um acompanhamento de qualidade às gestantes com constante vigilância por meio de consultas e visitas domiciliares que são fundamentalmente realizadas pelos ACS para diminuir os riscos modificáveis que podem levar à complicações futuras.

As gestantes também são avaliadas pelo odontólogo para que possam ser identificadas as necessidades de cada uma e realizar as intervenções necessárias. Por ocasião destas consultas são ofertadas as orientações quanto à importância da higiene bucal nesse período.

E, ainda segundo o CAP, o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 93% (43) do total de 46 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 95% (41) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, a 100% (43) foram ofertadas orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento

materno exclusivo, sobre planejamento familiar, realizaram exame ginecológico, exame das mamas, do abdome e foram avaliadas quanto à intercorrências bem como quanto ao estado psíquico e 93% (40) possuem registro da consulta realizada.

Quanto à prevenção do câncer de mama oferecemos ações de educação em saúde incentivando a realização do autoexame de mamas para identificação de alguma alteração precocemente. Acreditamos que a realização de exames como a mamografia são extremamente necessários para diagnosticar com maior precisão qualquer alteração constatada pela palpação. O exame mamográfico é realizado somente na capital do estado que apesar do município ofertar o transporte, muitas mulheres possuem dificuldades financeiras para se deslocarem até a capital e realizarem o exame. Além disso, ainda há uma demora na entrega dos resultados. Entretanto, não deixamos de orientar à todas as mulheres quanto à importância de realizarem o exame a fim diagnosticarem precocemente em caso de alguma alteração. Seria muito bom se pudéssemos contar com um mamógrafo em nosso município para a realização dos exames.

Do total de 115 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 89% (102) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 70% (71) das mulheres está com mamografia em dia. Do total de mulheres acompanhadas, 24% (24) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 98% (100) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e apenas 1,9% (2) foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama.

O acompanhamento das mulheres entre 50 e 69 anos é realizado pela médica, enfermeira e ACS. Realizamos registros das consultas em prontuário individual e mantemos supervisão freqüente, pois temos em acompanhamentos 2 mulheres com antecedentes de tumores mamários que se mantêm em observação médica por meio de mamografias periódicas além de acompanhamento com especialista.

Há mulheres com mamografias em atraso pela necessidade de deslocamento até a capital do estado o que faz com muitas mulheres o deixam de realizar em virtude das dificuldades financeiras e pela distância influenciando

negativamente nos indicadores de saúde da unidade. Mas mesmo assim as incentivamos, pois a detecção precoce pode salvar vidas

O câncer de colo uterino é o segundo mais frequente entre as mulheres. Desenvolvemos na unidade um trabalho dirigido à prevenção deste câncer, especialmente entre as mulheres pertencentes à faixa etária de risco com antecedentes familiares, tabagistas, infecções causadas pelo vírus papiloma humano (HPV), entre outros. Reservamos um dia na semana para a realização do exame preventivo, mas se alguma mulher comparece ao serviço em outro dia e está preparada para realizar a coleta do exame, também a acolhemos e realizamos a coleta.

Temos um total de 489 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas pelo CAP para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 482 (99%) mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas, 82% (397) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, apenas (3) das mulheres apresentou células representativas da junção escamocolumnar na amostra coletada; 18% (85) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 0,6% (3) das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 1% (5) das mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero e 100% (482) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Até o momento, pelo período de 2 anos, não houve registro de nenhum caso destas patologias, apenas tivemos 3 mulheres com exame citopatológico alterado com pré lesões malignas que foram encaminhadas para acompanhamento especializado. Quanto à avaliação de risco, temos um total de 5 mulheres com história de cervicitis de repetição, algumas com multiparidade e outras com complicações de tratamento pélvico do tipo serial. Na presença de fatores de risco trabalhamos no sentido de promover modificações no estilo de vida.

Além disso, trabalhamos com ações de promoção e prevenção à saúde a fim de conscientizar este grupo de mulheres quanto à importância da realização periódica dos exames preventivos para diagnóstico precoce e tratamento

oportuno, quando necessário. Ainda, enfatizamos a necessidade do cuidado quanto às doenças sexualmente transmissíveis com uso de preservativo nas relações.

Em casos com resultados alterados do exame citopatológico, as usuárias são encaminhadas para acompanhamento com o serviço especializado de ginecologia do município. Nos casos de resultados sem alteração deixamos programada a data da próxima coleta.

Temos um total estimado de 407 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais segundo o CAP. Consideramos que esta amostra não é representativa da população. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 23% (92) dos hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 100% (92) das pessoas com hipertensão acompanhadas. Um total de 100% (92) também receberam orientações sobre prática de atividade física regular, receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável, estão com os exames complementares periódicos em dia e possui avaliação de saúde bucal. Um total de 13% (12) está com atraso das consultas em mais de sete dias e, estas pessoas estão em atraso porque são idosos e apresentam dificuldade para comparecer à unidade. Diante disso, precisamos intensificar o número de visitas domiciliares para poder oferecer-lhes um acompanhamento de qualidade em suas casas. Do total de usuários acompanhados com os exames periódicos em dia alguns apresentam alterações para colesterol e triglicérides, mas já indicamos uma dieta saudável e a prática de atividades físicas regulares e tratamentos farmacológicos, quando necessário para melhorar a qualidade de vida.

Os usuários com diabetes mellitus (DM) e/ou com HAS fazem parte do grupo prioritário quanto ao seguimento e supervisão do tratamento, pois são duas doenças consideradas como porta de entrada de outras doenças associadas às suas complicações. Estes usuários são acompanhados pela médica, enfermeira, odontóloga e ACS. Registramos a consulta e o tratamento ofertado no prontuário clínico de cada usuário.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 22% (26) do total estimado de 116 diabéticos para a área segundo o CAP. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 92% (24) e 100% (26) estão

com os exames complementares periódicos em dia, 88% (23) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 100% (26) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, receberam avaliação de saúde bucal e 42% (11) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Sempre fornecemos orientações quanto à importância da higiene bucal, especialmente os que fazem uso de próteses dentárias os orientamos de forma específica como devem manter a higienização das mesmas para que possam ter uma saúde bucal de qualidade. Em relação à prática de atividade física e nutricional todos os usuários recebem informações adequadas, especialmente para reduzir os fatores de risco bem como modificações que são possíveis para mudar o estilo de vida e melhorar a qualidade da saúde.

A cada dia novas ações podem e devem ser realizadas no sentido de sempre ampliar a qualidade de vida da população a fim de evitarmos complicações decorrentes destas patologias como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outros.

Em caso de usuários com risco cardiovascular realizamos interconsulta com o cardiologista que somente atende na capital do estado, mas mesmo assim recomendamos que os usuários descompensados sejam avaliados por este profissional. Apesar de prestarmos uma atenção integral em nossa unidade à todos os usuários como a manutenção dos exames complementares em dia insistimos no apoio familiar, especialmente para os idosos a fim de manterem-se compensados.

Na avaliação do risco cardiovascular incluímos avaliação do sistema circulatório central e periférico, embora algumas consultas são realizadas por ocasião das visitas domiciliares, a médica atenta muito à palpação dos pulsos periféricos, quanto à presença de lesões em membros inferiores a fim de evitar o surgimento de complicações como as do pé diabético neste grupo de usuários, pois as mesmas trazem consigo seqüelas tanto físicas quanto psicológicas.

Acreditamos ser de grande importância o acompanhamento odontológico destas pessoas, pois frequentemente podem apresentar patologias bucais

responsáveis pela descompensação da patologia de base. Assim, insistimos na manutenção de uma saúde bucal de qualidade e orientamos quanto aos cuidados necessários que devem ter, especialmente quanto às próteses a fim de evitar qualquer tipo de traumatismo que pode ser provocado pelo uso das mesmas.

Toda a atenção ofertada a este grupo é registrada em prontuário clínico individual para que possamos manter um acompanhamento adequado quanto à realização de consultas, solicitação de exames, orientações realizadas, episódios de descompensações, presença ou ausência de complicações associadas a outras doenças.

Diante disso, é de extrema importância a integração de toda a equipe de saúde para proporcionar uma atenção integral para estes usuários tanto nas consultas programadas quanto nas visitas domiciliares no sentido de lhes informar sobre as doenças, quanto à importância do cumprimento do tratamento recomendado, das orientações para evitar complicações causadas pelas doenças como hipoglicemia, infarto, acidente cerebrovascular, amputações, entre outras. Temos tomado todas as medidas necessárias durante as consultas individuais com o usuário e também é solicitado o apoio dos familiares para que o cuidado seja efetivo. Trabalhamos com o grupo no sentido de incentivá-los a manter uma alimentação saudável e realizarem prática de atividades físicas de forma regular para que possam viver de forma tranquila com estas doenças mantendo qualidade de vida.

Acompanhamos 148 idosos perfazendo 100% da estimativa de pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 74% (110) dos idosos são hipertensos e 12% (18) dos idosos são diabéticos. Em nossa Unidade 98% (145) dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa e possui Avaliação Multidimensional rápida; 99% (146) possui avaliação de risco para morbimortalidade realizada e está com o acompanhamento em dia; 76% (112) possui investigação de indicadores de fragilização na velhice e 89% (131) possui avaliação de saúde bucal. Um total de 100% (148) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividades físicas regulares.

Todos possuem prontuário clínico onde registramos todas as consultas mantendo revisão periódica para busca dos que se encontram ausentes. Os ACS

são responsáveis pela realização de visitas domiciliares para alertar ao grupo da necessidade de realizarem uma nova consulta. Para os idosos com dificuldades de locomoção e/ou acamados realizamos visitas domiciliares.

Acreditamos que a nossa unidade oferta um atendimento de qualidade a este grupo, pois o nosso trabalho diário está voltado para melhorar a qualidade de vida por meio de ações de promoção e prevenção à saúde a fim de evitar o aparecimento de doenças agudas como respiratórias e digestivas, especialmente no sentido de evitar complicações.

Enfatizamos a participação ativa da família no cuidado à pessoa idosa, pois consideramos ser isto fundamental nesta etapa da vida. No entanto, quando os idosos não se sentem apoiados pela sua família sentem-se abandonados e acabam depressivos. Sempre aproveitamos o momento de contato com a família para orientar quanto aos cuidados com a alimentação uma vez que o processo de digestão é mais lento. E, quanto aos acamados, destacamos para a família os cuidados essenciais para evitar o aparecimento de úlceras de pressão.

A equipe de saúde está focada na melhoria da atenção a este grupo de usuários e para isso temos traçado um plano de ação para melhorar a qualidade de atenção já ofertada. Há um planejamento para a realização de consultas durante as visitas domiciliares para todos aqueles que se encontram impossibilitados de comparecer à unidade.

Buscamos ofertar um grande número de orientações para que todos os idosos possam manter uma dieta equilibrada e saudável, na medida do possível realizem alguma prática de atividade física como caminhadas leves a fim de se manterem ativos.

Os maiores desafios que temos na atualidade é oferecer uma atenção integral de qualidade à saúde incluindo a participação da própria pessoa bem como de sua família, a população e a comunidade em geral. Ao trabalharmos diretamente na mudança da mentalidade poderemos começar a ter melhores condições de vida, pois o indivíduo é um ser biopsicossocial e desta maneira podemos identificar a presença de fatores negativos que podem estar presentes na vida dos indivíduos. A princípio, iniciamos pela educação da família que desempenha um papel chave para a implementação do cuidado além de envolver

a comunidade a fim de que sejam capazes de identificar os fatores que causam dano à saúde no local em que vivem.

A unidade já está sendo adequada quanto às condições estruturais para que possamos ofertar um espaço com mais qualidade ao atendimento à população e também estamos trabalhando na busca de usuários que moram na área de abrangência da unidade, mas que ainda não estão cadastrados.

Acreditamos que quando almejamos alcançar estabilidade quanto à acessibilidade aos serviços de saúde por meio da qualidade dos serviços prestados podemos reduzir os focos de infecções que podem desencadear epidemias, evitar descompensações de doenças crônicas e diminuir os fatores de riscos e, dessa forma, promover estilos de vida saudáveis e prevenir o surgimento de doenças além de manter qualidade de vida por meio de uma atenção de excelência ofertada na atenção básica.

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

Fazendo uma comparação entre a atividade realizada na segunda semana de ambientação com o relatório final, podemos dizer que o primeiro foi uma avaliação mais geral. Agora fazemos uma análise mais profunda, temos mais conhecimento do estado de saúde da comunidade e de toda a região. Temos a mesma equipe de trabalho, a mesma estrutura, quase as mesmas dificuldades, mas o trabalho é feito com maior fluência e que para isso contamos com os melhores recursos necessários, nossa equipe de saúde, que conta com profissionais capacitados, com os maiores desejos de trabalhar e estar nas unidades a enfrentar qualquer reto enquanto o objetivo seja melhorar a qualidade de vida da população. Podemos falar com uma estatística mais exata, metas de trabalho bem definidas. Com certeza fizemos algumas mudanças em relação à organização e ambiente de trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é considerada um grave problema de saúde pública, pois se trata de uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($\geq 140 \times 90$ mmHg). Está associada a alterações funcionais e estruturais e é causa direta de cardiopatia hipertensiva. Já o DM é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas (hiperglicemia e distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras). É geralmente associado à dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial possuindo relação direta e independente com a glicemia e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A UBS José Maria de Souza Santos, localizada em Brasiléia, no Acre dispensa serviços há doze anos, está constituída por uma equipe de ESF, composta por 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 farmacêutica, 1 recepcionista, 1 odontóloga, 1 técnico em saúde bucal, 1 higienizadora e 4 ACS. Com respeito à estrutura física da UBS, a unidade conta com abrigo de resíduos, administração e gerência, banheiro para funcionários, banheiro para os usuários, consultórios médico e odontológico, copa/cozinha, depósito de limpeza, depósito de lixo, sala de espera, farmácia, sala de esterilização, sala de recepção, sala de pré-consulta, lavagem e descontaminação de material, sala de utilidades, sala de vacina, consultório ginecológico, sala de nebulização, almoxarifado, não tem escovário, sala de coleta de exames e nem sala para os ACS

Na UBS realizamos o acompanhamento às doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e o DM. Temos uma cobertura de 23% para casos de hipertensão e 12% para diabetes, existe uma grande diferença entre o valor estimado e o encontrado nos registros da UBS devido ao sub registro destes usuários, já que existem usuários com diagnóstico de HAS e/ou DM dos quais

não há registro na unidade, outros realizam consultas na rede privada e compram os medicamentos. Temos um valor estimado, segundo o CAP, de 407 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área, mas contamos apenas com um total de 92 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. De uma estimativa de 116 pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área acompanhamos 14 pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área.

A partir dessa análise, a equipe de saúde decidiu que a ação programática típica da Atenção primária à saúde que será o foco do Projeto de intervenção é a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes já que há muito usuários com estas doenças que ainda não estão em acompanhamento adequado, além de que muitos usuários podem estar apresentando complicações destas doenças bem como sinais de descompensação. Temos muito trabalho por fazer com respeito a essa ação programática em nossa unidade e a cada dia a população alvo para essas doenças é ainda mais jovem, são diagnosticados novos casos, têm uma alta taxa de mortalidade e deixam deficiências físicas e limitações para as pessoas.

Para obter os objetivos e metas previstas no projeto podemos enfrentar dificuldades, pois não contamos com nenhum arquivo específico para o registro dos atendimentos aos adultos com HAS e/ou DM, ainda não contamos com prontuário eletrônico na UBS. Na unidade não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e/ou DM, por isso ainda temos muito trabalho a fazer, mas isso não inviabilizará a realização da intervenção para melhorar a qualidade da atenção a nossa população com hipertensão e/ou diabetes a fim de melhorar a qualidade de vida por meio de um controle e monitoramento de suas doenças, detectando os fatores de risco, evitando e diminuindo a ocorrência de complicações secundárias, o que reduzirá a morbidade e mortalidade desse grupo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS José Maria de Souza Santos, Brasiléia, AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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 100% 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/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da HAS e DM em usuários pertencentes à Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos, Brasília, AC. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar as 407 pessoas estimadas com hipertensão e/ou as 116 pessoas estimadas com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 e 1.2 – Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Os profissionais da unidade (médico e a enfermeira) realizarão o monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM e garantir material adequado para a tomada da

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

Detalhamento: O enfermeiro da unidade tem como orientação realizar o registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde. A coordenadora da unidade solicitará à Secretária de Saúde a realização de uma capacitação para a equipe de saúde, em relação ao tema de acolhimento, será realizada quando se fizer a reunião da equipe. A coordenadora da unidade de saúde todos os meses tem uma reunião com os gestores da secretária, onde se realiza o pedido dos recursos que são necessários na unidade, incluindo os de garantir o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao 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 e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Em nossa unidade estamos aproveitando a oportunidade quando chegam os usuários de forma oportunística para que enquanto esperam pelo atendimento, a enfermeira lhes realiza palestras sobre o programa de hipertensos e/ou diabéticos, para que tenham o conhecimento de que existe o mesmo na unidade de saúde e como é implantado, assim como realizamos palestras de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e/ou diabetes, as que são realizadas no mesmo cenário pela enfermeira, já estabelecemos a realização das mesmas uma vez por semana todas quintas feiras no horário da consulta planejada durante a intervenção estabelecida para 4 meses.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do

hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Planejamos para realizar a capacitação dos ACS e do resto da equipe, aproveitando quando se realizam as reuniões da equipe uma vez por mês e incluí-los como um ponto, assim todos os meses tocarão temas como o cadastramento, controle correto da pressão arterial, realização do hemoglicoteste, entre outros, cada integrante da equipe vai ser avisado com antecedência sobre o tema a preparar-se para que exponha para os outros integrantes da equipe e assim sucessivamente cada integrante debate um tema em cada reunião.

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira vão realizar o monitoramento e a avaliação dos prontuários clínicos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos uma vez por mês, sendo a médica responsável por este processo.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O enfermeiro da sala de pré-consulta vai realizar a medida da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, assim como pesar, e medir a circunferência abdominal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, para o qual precisamos de esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica os quais estão disponíveis na unidade. A capacitação dos profissionais já está organizada, e vai ser realizada pelos Protocolos do Ministério da saúde do 2013 uma vez ao mês, que são os que adotamos na unidade, e que já se solicito à Secretária a impressão dos mesmos para os ter disponibilizados na unidade, porque só estão em formato digital.

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

Detalhamento: Nas palestras realizadas pela enfermeira Ihe dá as orientações aos usuários sobre todos os cuidados que devem ter em relação a estas doenças, uma vez ao mês em à tarde a unidade, além disso em cada consulta a médica também Ihe dá estas orientações de forma individual.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Temos planejado a capacitação da equipe de saúde uma vez por mês, onde tocaremos o tema do exame físico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos a qual vai ser realizada pela médica da unidade, quem depois vai supervisionar dito exame.

Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A médica e a enfermeira vão realizar o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos uma vez por mês, para ter um controle de quantos usuários Ihes solicito ou foram realizados os exames laboratoriais de acordo com o Protocolo e com a periodicidade recomendada.

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 e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A médica da unidade realiza a solicitação dos exames complementares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de acordo com o

protocolo e a periodicidade recomendada. No Hospital do município Ihes garante a realização dos exames a ditos usuários, os quais estavam demorando para obter os resultados mas já se teve uma melhora quanto à rapidez.

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

Detalhamento: Toda a equipe de saúde com ajuda dos ACS já está capacitada para orientar a comunidade toda em quanto à importância e necessidade de realização de exames complementares, terá lugar após o projeto ser aprovado. Nas palestras realizadas pela enfermeira, nas consultas realizadas pela médica, assim como nas visitas domiciliar realizadas pelos ACS orientam aos usuários sobre a importância da realização de ditos exames, a periodicidade com que devem ser realizados e a disponibilidade que tem o município para realizar os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Nas capacitações programadas para toda a equipe de saúde uma vez por mês é um dos temas que vamos tratar a solicitação de exames complementares segundo o protocolo.

Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A técnica de enfermagem será a responsável por monitorar o acesso dos usuários aos medicamentos mantendo controle do estoque e validade dos mesmos. O enfermeiro da unidade será responsável pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de

medicamentos dos hipertensos e/ou dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle de estoque de medicamentos, validade dos mesmos e manutenção dos registros adequados das necessidades dos usuários será responsabilidade da técnica de enfermagem.

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

Detalhamento: No momento da consulta individual e por ocasião das visitas domiciliares pelas ACS todos os usuários serão orientados quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou do diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Solicitaremos junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para que toda a equipe possa ser qualificada por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizaram o monitoramento e avaliação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico uma vez por mês, o qual realizaremos a traves das consultas programadas de acompanhamento, para obter isto contamos com o serviço de odontologia na unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do

atendimento dos hipertensos e/ou dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e/ou diabéticos que necessitem de atendimento odontológico vão ser encaminhados para o serviço de odontologia que se dispensa na unidade, onde o técnico de saúde bucal realizará o planejamento das consultas dependendo do planejamento dos grupos de trabalho, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A equipe de saúde, o odontólogo e o técnico de saúde bucal realizaram uma palestra educativa uma vez por mês, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos, lhes dessem orientações sobre a higiene bucal, para isso solicitaremos à Secretária os materiais necessários como escovas, com os quais não contamos em à unidade, e a coordenadora será a responsável por garantir os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Detalhamento: A médica junto com ajuda do dentista fará uma capacitação uma vez por mês sobre necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: A equipe de saúde, especialmente a médica e a enfermeira farão o monitoramento e avaliação mensal das consultas de acordo a o protocolo, para ter um controle dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que estão pendentes a assistir a consulta programada.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A médica junto com a gerente da unidade planejarão as visitas domiciliares, que são feitas uma vez por semana (sexta feira) para buscar os faltosos com ajuda dos ACS, e posteriormente se agendaram as consultas para os usuários saírem da busque da dos faltosos.

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/ou de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Por meio de os agentes comunitários, notas informativas e palestras feitas pela equipe de saúde informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas nestes usuários. A equipe toda tem que realizar uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde e debater o protocolo de HIPERDIA, cujo responsável por sua realização será a coordenadora.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar uma vez por mês a capacitação de os ACS de acordo a protocolo, dita capacitação vai ser realizada pela médica da unidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão monitoramento mensal dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir

responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O recepcionista está capacitado para o SIAB, e é o responsável por manter as informações atualizadas, com supervisão e monitoramento dos registros pôr a médica e a enfermeira uma vez por mês, com a implementação e preenchimento de as fichas individuais.

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: A médica, e a equipe de saúde toda têm a obrigação de comunicar a os usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, atividades que vão ser realizadas por meio das palestras feitas pela enfermeira, e as consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe toda já foi capacitada por funcionários da secretaria de saúde no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão monitoramento mensal de os prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de estratificação de risco, para ver quais deles, todavia não foram avaliados.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A médica e a enfermeiras farão capacitação do recepcionista em o acolhimento dos usuários de alto risco e o agendamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos será feito priorizando aos de alto risco.

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira e a equipe toda orientaram os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os agentes comunitários farão palestras uma vez por mês nas comunidades em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe de saúde toda ficara capacitada na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis, mediante as capacitações que já foram programadas e a médica será o responsável de ditas capacitações.

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

Meta 6.1 e 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou aos diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% dos usuários tinha orientação nutricional.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: A gerente da UBS e a encarregada de agendar e concertar as consultas com a nutricionista uma vez por mês, e junto com a nutricionista planejamos a realização das palestras sobre alimentação saudável para ditos usuários, a coordenadora será a responsável da coordenação com a nutricionista.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Os agentes comunitários são os encarregados de realizar a palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável, quando façam as visitas domiciliares a ditos usuários.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Contatar com a Secretaria de saúde uma capacitação geral de todos os funcionários por unidades básicas com a nutricionista para garantir uma boa preparação sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável, a coordenadora será a responsável por contatar a mesma.

Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos

em todas as consultas para garantir que o 100% dos usuários tinha orientação sobre a prática regular de atividade física.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Os agentes comunitários junto com a médica farão uma palestra sobre a importância de a prática de atividade física, uma vez por mês. Ainda temos não educadores físicos, mas a secretaria de saúde fica trabalhando para contratar algum, porque ainda a Academia que ficara ao lado da nossa unidade de saúde não está pronta.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Os ACS serão os encarregados em cada uma de suas visitas de orientar a os hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, assim como a médica e a enfermeira em cada uma das consultas agendadas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe toda ficara capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular, e metodologia de educação em saúde, ditas capacitações já estão coordenadas, vão ser feitas nas reuniões da equipe, cujo responsável vai ser a médica.

Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários hipertensos em todas as consultas para garantir que o 100% dos usuários tinha orientação sobre os riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A compra de os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e uma ação centralizada em a secretaria de saúde. Ainda em nossa unidade não temos enfermeira capacitada para esse tratamento pelo que os usuários têm que ser encaminhados para outra unidade.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A médica e a equipe de saúde orientam aos hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de um programa e do tratamento para abandonar o tabagismo nas consultas e palestras realizadas pela enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Fazer capacitação da equipe de saúde no tratamento de usuários tabagistas, a que vai ser solicitada pela coordenadora à Secretaria de saúde.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários recebam orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: A médica junto com a enfermeira fará um bom planejamento e agendamento dos usuários hipertensos com a finalidade de garantir orientações em nível individual, assim como nas palestras que serão feitas uma vez por mês por o dentista e o técnico de saúde bucal.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Os agentes comunitários são os encarregados em cada uma de suas visitas de orientar aos hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e a médica e a enfermeira em cada uma de as consultas agendadas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O odontólogo já fez uma capacitação à equipe toda para oferecer orientações de higiene bucal da unidade será convidada a capacitar os demais membros da equipe para que todos possam oferecer orientações adequadas às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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 100% 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/ou 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/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 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/ou 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 Hipertensão arterial Sistêmica e ao Diabetes mellitus na unidade de saúde adotaremos o manual do Ministério da Saúde do ano de 2013. Utilizaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização (Anexo C). Esta ficha prevê a coleta de informação sobre todos os indicadores que serão necessários para o monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira irão elaborar uma ficha complementar, se for necessário. Estimamos alcançar com a intervenção a 407 hipertensos e 116 diabéticos que é o estimado pelo CAP e temos como meta alcançar 100% de cobertura. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelho necessárias para cadastrar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Para o acompanhamento mensal da nossa intervenção será utilizado uma planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso para a consolidação dos dados coletados (Anexo B).

Para realizar o registro específico do Programa, a enfermeira responsável revisará o livro de registro identificando o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes que vieram ao serviço para acompanhamento de suas doenças crônicas não transmissíveis nos últimos 3 meses. A profissional procurará os prontuários dos mesmos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho facilitando no momento da avaliação clínica. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção sobre o Programa de atenção a Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus na unidade de saúde já foram analisadas entre todos os membros da nossa equipe previamente. Assim iniciaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os protocolos do Ministério de Saúde para que toda a equipe utilize esta referência

na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, a mesma será realizada no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe, que ocorrerá na UBS uma vez por semana, com a participação ativa de toda equipe, e estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário habitualmente utilizado para as reuniões da equipe, cada membro da nossa equipe estudará uma parte do manual e exporá para o restante da equipe. Esta capacitação dos profissionais de saúde de nossa UBS vai ser realizada semanalmente durante as primeiras três semanas da intervenção.

A organização do acolhimento aos usuários que buscarem o serviço na unidade será realizada pelo recepcionista. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair do consultório da médica e os usuários conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem a unidade precisando pronto-atendimento serão priorizados igualmente aqueles cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares.

Faremos contato com lideranças comunitárias como representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para falar sobre a importância da ação programática sobre Hipertensão arterial e Diabetes mellitus apresentando o nosso Projeto, solicitando apoio deles, para ampliar a captação de usuários hipertensos e/ou diabéticos, e demais estratégias que serão aplicadas para alcançar as metas propostas. Esclareceremos a comunidade da necessidade de priorização do atendimento deste grupo, assim como a importância do controle dos fatores de risco destas doenças crônicas não transmissíveis, da importância do acompanhamento dos mesmos, das periodicidades das consultas, os riscos do tabagismo e álcool, além disso, a participação comunitária nas modificações dos estilos de vida com a prática de atividade física regular. Estas atividades serão realizadas uma vez por semana, sendo que uma vez por mês realizaremos uma atividade de educação em saúde onde debateremos diferentes temas com a comunidade.

A médica e a enfermeira examinarão com uma frequência mensal as fichas-espelho identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, atendimento à saúde bucal, ou vacinas atrasadas para que os ACS façam a busca ativa dos faltosos durante toda a intervenção. Ao realizar a busca

será oferecida uma nova oportunidade de agendamento das consultas. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão repassadas para a planilha eletrônica disponibilizada pelo curso semanalmente.

3 Relatório da Intervenção

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, sendo apresentadas as ações que foram desenvolvidas pela equipe contempladas nos quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles: a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também será descrito os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os aspectos dificultadores.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção realizada na UBS José Maria de Souza Santos com usuários com hipertensão e/ou diabetes objetivando melhorar a saúde e identificar novos casos que ainda não foram detectados foi planejada inicialmente para ser desenvolvida no período de 16 semanas, porém devido ao longo período de férias da especializanda a mesma foi reduzida para 12 semanas de intervenção, sem prejuízo para a comunidade.

Antes de iniciar a intervenção, detectamos as ações programáticas com maiores deficiências em nosso serviço, no período de análise situacional, identificamos a hipertensão e/ou diabetes como as patologias com atendimento mais precário, também realizamos reunião com os gestores do município do departamento de saúde de Brasília a fim de solicitar apoio, cooperação e informá-los sobre a intervenção em saúde. Aproveitamos esta oportunidade para solicitar apoio para solução das fragilidades e deficiências de nosso serviço como a contratação dos ACS faltantes, cooperação para maior agilidade na realização dos exames laboratoriais e complementares do hospital, bem como o fornecimento de medicamentos na farmácia da nossa unidade e aquisição das

fichas-espelho. Obtivemos apoio dos gestores na maioria das solicitações, mas somente os ACS não foram contratados.

Toda nossa equipe de saúde da UBS conheceu e planejou todo o trabalho, através de uma programação da intervenção. Todos os membros da nossa equipe participaram de reunião incluindo a médica, enfermeira, dentista, ACS e o coordenador do serviço, nestas reuniões foram discutidos o desenvolvimento da intervenção, fragilidades e potencialidades por todos os integrantes.

A primeira ação desenvolvida foi o treinamento dos membros da equipe através de palestras de como realizar a medida da pressão arterial pelos enfermeiros, bem como treinamento dos ACS na detecção de usuários diabéticos e/ou hipertensos nas visitas domiciliares, e ainda a identificação da descompensação dos mesmos para intensificar as visitas domiciliares. Todos estes treinamentos da equipe foram realizados na UBS durante as reuniões de equipe realizadas semanalmente e ministradas pela equipe médica.

Vale destacar uma situação que aconteceu em nosso município, no mês de fevereiro durante a intervenção, ocorreu uma enchente do rio que inundou grande parte da nossa cidade, afetando nossa UBS por isso toda a equipe teve de mudar para outra instalação para fornecer nossos serviços para a comunidade, atualmente ainda não retornamos para nossa UBS de origem, porque ainda não terminaram os trabalhos de reparação. Assim influenciou negativamente o resultado de nossa intervenção, uma vez que muitos usuários idosos que participavam freqüentemente em nossa unidade deixaram de procurar o serviço e assim tivemos de intensificar as visitas domiciliares para estes, a fim de continuar a prestar a atenção necessária. Além disso, várias famílias abandonaram suas casas depois do ocorrido, o que levou a muitos diabéticos e/ou hipertensos não estarem mais na nossa área.

Uma vez por mês nos encontramos com líderes comunitários para informá-los sobre a intervenção que estava sendo realizada, solicitando apoio necessário para vincular à Comunidade na tarefa, além de fornecer as informações necessárias para localizar os novos casos que foram encontrados na área.

Todos, 100%, dos prontuários dos usuários foram revisados, realizando uma avaliação do tratamento medicamentoso, bem como a realização de exames laboratoriais, consultas em dia, evolução da doença, este trabalho foi realizada pela médica e enfermeira da unidade, as fichas-espelho foram preenchidas semanalmente.

Realizamos atividades educativas semanalmente, foram desenvolvidas atividades de promoção e prevenção da saúde na UBS, um total de 8 encontros foram desenvolvidos, participaram das atividades educativas a médica e o dentista, este último abordou questões relacionadas aos cuidados de higiene bucal, já a médica abordou temas como a importância da dieta equilibrada, os malefícios do tabagismo, a importância do exercício físico, bem como higiene em casa, complicações do diabetes como o pé diabético, a importância do cumprimento do tratamento medicamentoso para estas doenças crônicas. Houve a participação de 15 usuários em média, o número de participantes foi reduzido devido ao alagamento da região e também muitos usuários deixaram de comparecer ao serviço de saúde devido a grande distância entre a comunidade e o serviço provisório.

As atividades foram desenvolvidas através de palestras, atividades, bem como demonstrações possibilitando uma melhor compreensão das informações fornecidas, ao final das atividades houve espaço para realização de perguntas e dúvidas e os participantes ficaram muito satisfeitos com as informações recebidas. Através destas atividades educativas foi assegurada a disseminação de informações adequadas sobre temas relevantes à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes como a importância da manutenção de uma dieta adequada, em conjunto com o tratamento medicamentoso correto, através destas atividades foi possível uma melhor estabilização destes usuários.

Realizou-se atendimento clínico na UBS através de consultas agendadas, bem como por demanda espontânea. A demanda espontânea de hipertensos e/ou diabéticos era avaliada pela enfermeira da UBS, os casos graves que necessitavam de atendimento imediato eram avaliados e atendidos no mesmo dia, já os usuários que não apresentavam demanda aguda eram agendados para datas posteriores, sempre na semana vigente, os atendimentos clínicos foram realizados todos os dias da semana, juntamente com o restante da população,

diariamente. Os usuários que procuravam o serviço que não haviam tomado suas medicações eram encaminhados a farmácia para receber suas medicações, caso não houvesse resposta a medicações estes eram encaminhados para o hospital da cidade.

Uma grande dificuldade foi em relação ao tempo despendido em cada atendimento, uma vez que quando iniciamos a realizar o exame completo dos usuários, as consultas se tornaram mais longas, levando a muitos usuários de outros grupos de atendimento a insatisfação pela demora no atendimento. Apesar deste contra tempo realizamos um exame clínico completo, analisando a situação do sistema cardiovascular e circulatório, principalmente em usuários diabéticos, foi realizado também uma avaliação criteriosa sobre a saúde dos pés diabéticos, neste período, nenhum usuário apresentou esta complicação. Além disso, foram coletadas todas as informações possíveis sobre a situação de saúde de cada usuário, assim como analisadas as condições de saúde de cada um, visando a identificação precoce de sinais de descompensação.

Outra dificuldade durante a intervenção foi em relação aos exames complementares, o único local disponível para a realização destes é o hospital da cidade, o qual esteve com seus equipamentos quebrados durante vários dias dificultando e atrasando a realização de exames. Ainda, a enchente ocorrida no município aumentou a demanda por exames, devido inúmeras suspeita de doenças contagiosas derivadas de águas contaminadas, assim ainda hoje há muitos usuários aguardando para a realização dos exames.

Ainda existe outra fragilidade na saúde que é a grande escassez de especialistas em nosso município, levando muitos usuários a procurar atenção a saúde na capital do estado, isso torna difícil um adequado acompanhamento porque existem muitos usuários idosos sem condições de realizar um atendimento fora da cidade.

Apesar das dificuldades apresentadas, nada disto impediu que todos os usuários tivessem um acompanhamento adequado de sua situação de saúde nas consultas no serviço de saúde ou através das visitas domiciliares para aqueles usuários que necessitavam.

A busca de usuários faltosos foi realizada pelos ACS, em visitas domiciliares realizadas diariamente, nestes contatos era realizada aproximação

do serviço e usuário sempre buscando entender a causa da ausência a consulta e neste mesmo espaço era realizado um reagendamento para a realização do mesmo. Além disso, os ACS tinham informações atualizadas sobre as patologias, o que causou grande satisfação entre os usuários.

O atendimento odontológico foi realizado na UBS todos os dias da semana, as consultas foram agendadas todas as segundas, os casos agudos eram avaliados e atendidos no mesmo dia quando necessário, ou ainda agendados quando o usuário tinha condições de aguardar pelo atendimento, no início da intervenção houve excesso de demanda, em seguida, foi diminuindo lentamente, porque os usuários realizavam a consulta e saíam com a data do retorno marcado. A saúde bucal teve grande aceitação pela população, no que diz respeito a cuidados dentários recebidos, nas consultas também foram realizadas orientações quanto a prevenção de doenças orais.

Apresentamos uma dificuldade com a cadeira de odontologia que esteve quebrada por alguns dias, mas em seguida foi realizado o reparo e se deu continuidade ao serviço.

Durante a intervenção foram realizadas várias ações que enriqueceram nosso trabalho no município, como a 4ª Conferência municipal de saúde, que contou com participação do Ministério da saúde, de nosso prefeito, dentre outros líderes municipais. A conferência foi muito útil, pois com ela pode se ver o verdadeiro estado da saúde em nosso município, foram celebrados acordos visando a melhoria da saúde no município.

O monitoramento e avaliação da intervenção foram realizados na reunião de equipe com a presença de todo o pessoal envolvido nas atividades, sempre analisando os resultados alcançados, bem como as principais dificuldades que enfrentamos como, por exemplo, o aumento de visitas domiciliares pela médica e enfermeira em uma área que estava descoberta de ACS e com muitos casos de usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Visitas domiciliares foram realizadas 2 vezes na semana com envolvimento dos médicos, equipe de enfermagem, ACS fundamentalmente aos idosos e usuários com incapacidades, com histórico de hipertensão e/ou diabetes. Os ACS realizaram suas visitas habituais falavam dos casos que necessitavam de ser visitados.

No que diz respeito aos medicamentos em nossa unidade, houve dificuldades na manutenção e distribuição de quantidades adequadas de medicamentos, não havendo medicações na quantidade adequada para todos os usuários cadastrados atualmente, a Secretaria de Saúde do município está trabalhando nesse sentido para alcançar maior satisfação dos usuários, bem como um maior grau de compensação principalmente daqueles com recursos financeiros limitados.

O acolhimento já está incluído na rotina de trabalho o que anteriormente não poderia ser alcançado com o nosso trabalho diário é executado, a fim de fornecer qualidade, bem como melhorar os cuidados e alterar estilo de vida da população para uma melhor qualidade de vida dos usuários. Para isso, todo o pessoal da unidade trabalhou como um time de verdade para alcançar os resultados.

Trabalhamos com estes grupos de forma contínua e diária em nossa UBS como já descrito anteriormente verificando pressão arterial, comparando com a consulta anterior e para isso a pré-consulta pode identificar se há quaisquer valores de tensão arterial elevada ou glicemia alterada priorizando a consulta para o mesmo dia.

Já em consulta médica o usuário foi avaliado pelo exame médico, tendo em conta todas as orientações necessárias para manter o monitoramento da sua patologia. O pessoal da equipe de saúde sempre engajados no trabalho e os ACS de casa em casa para detectar casos com necessidade de serem avaliados pela equipe qualificada responsável pela prestação de cuidados de qualidade.

Antes da intervenção não tínhamos conhecimento de todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos pertencentes à UBS e também não realizávamos atividades educativas de grupo como ocorreu durante o processo de intervenção. Muitos usuários que foram detectados como hipertensos nas consultas, os ACS não tinham as informações necessárias sobre esta situação para conduzir essa investigação com esse grupo de usuários. Assim, melhoramos muito a atenção a esse grupo de usuários, pois já temos um registro mais atualizado e uma assistência qualificada para estes usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não foi possível a aquisição de medicamentos para tratamento do abandono ao tabagismo devido à falta de verbas no orçamento, pois esta é uma ação centralizada na Secretaria de Saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldades para coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, apenas não contamos com serviço de internet no serviço.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas durante a intervenção foram incluídas na rotina de trabalho da Unidade de Saúde, pois as metas que não conseguimos alcançar durante a intervenção manteremos o foco após a finalização da intervenção para o curso a fim de fornecer cuidados de qualidade, bem como melhorar o modo e estilo de vida da população.

4 Avaliação da intervenção

Este capítulo trata dos resultados obtidos durante a intervenção no período de 3 meses realizada na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília/AC.

4.1 Resultados

A Unidade possui em sua área de abrangência um total de 2.034 pessoas. Destes, 1.030 do sexo masculino e 1.004 do sexo feminino e com predomínio da faixa etária entre 20 e 39 anos, uma população jovem. Do total da população, 67% possui 20 anos ou mais, estima-se que, a partir do cadastramento iniciado pelos ACS, o total de hipertensos entre a população seja de 310 pessoas com hipertensão e 76 pessoas com diabetes.

As ações mais importantes para o desenvolvimento da intervenção e, portanto para alcançar os resultados foram a união e o comprometimento da equipe nas ações desenvolvidas bem como a participação dos usuários e a sua aceitação no processo realizado além do apoio dos gestores municipais.

Para a intervenção propusemos os seguintes objetivos, que serão analisados em termos de resultados obtidos.

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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.

Meta 1.2: Cadastrar 100% 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.

No primeiro mês alcançamos 35,3%(112), no segundo mês tivemos 64,7% (205), nos terceiro mês 100%(317). A respeito dos usuários diabéticos no início da intervenção contávamos com uma cobertura de 21,1%(16), no segundo mês tivemos 27,6 % (21), no terceiro mês com 32.9% (25).

Pretendíamos cadastrar 100% de indivíduos hipertensos e/ou diabéticos. Para isso foram capacitados os ACS para o cadastramento do grupo alvo pertencente à toda área de abrangência da unidade de saúde e também para a busca ativa dos mesmos.

Em nossa unidade, sob responsabilidade da enfermeira da unidade, aproveitamos o momento de espera dos usuários pelo atendimento para ofertar-lhes palestras sobre o Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para que todos possam ter conhecimento da existência do Programa na unidade. Além deste assunto também são abordados temáticas de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis incluindo a hipertensão e o diabetes.

As principais dificuldades enfrentadas durante a intervenção foi a falta de um ACS deixando uma área descoberta e para isso houve necessidade de intensificar as visitas domiciliares por parte de enfermeiros, médicos com apoio das outras ACS de nossa unidade para cobrir aquela área, já que a mesma possui um grande número de idosos com estas doenças.

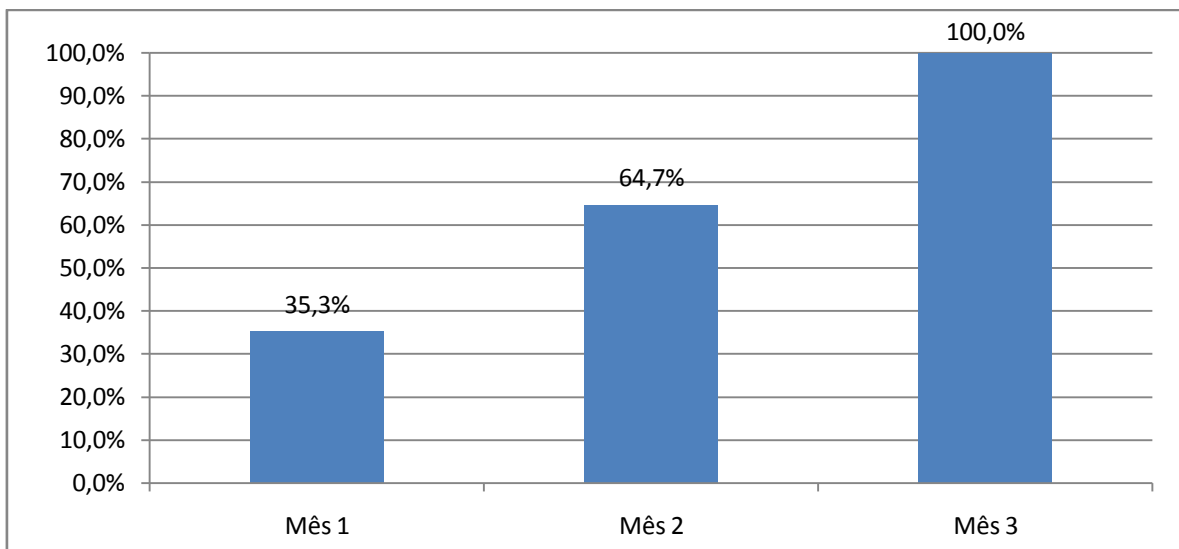


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

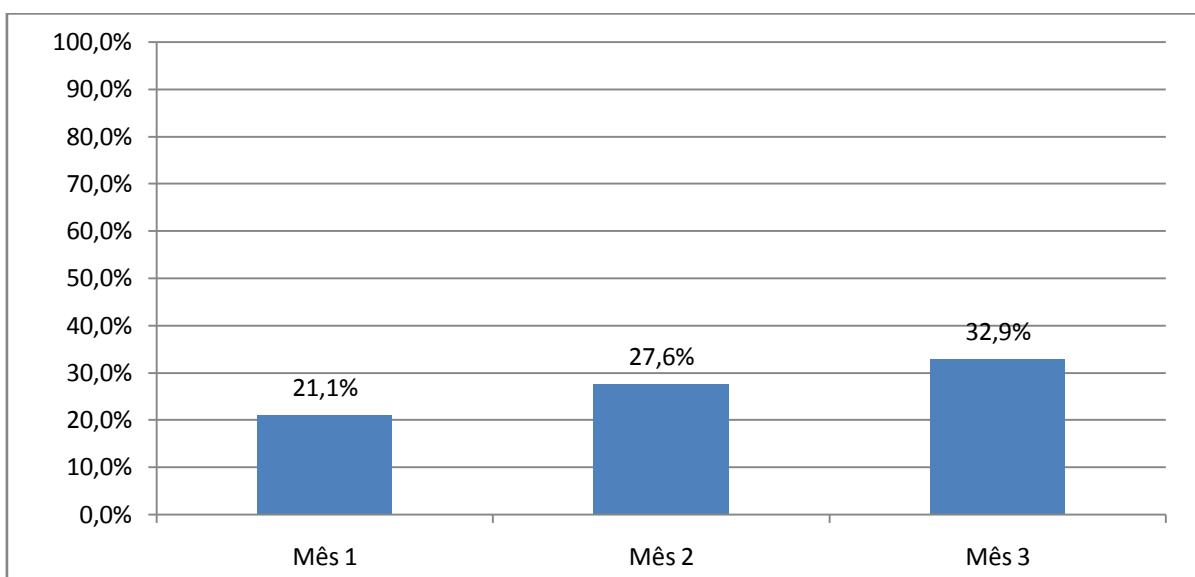


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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.

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.

No primeiro mês da intervenção tivemos uma cobertura de 91,1% (102) dos usuários portadores de hipertensão com exame clínico em dia. Durante o segundo mês tivemos 95,1%(195), no terceiro mês 96,8% (308).

Com respeito aos usuários com diabetes, no primeiro mês contávamos com 93,8% (15) das pessoas com diabetes com exame clínico apropriado em dia. No segundo mês 95,2%(20), já no terceiro mês 96% (24).

Com respeito às metas que não conseguimos alcançar 100% entre os portadores de hipertensão e/ou diabetes conseguimos resultados muito positivos. Os usuários que vieram a nossa UBS no espaço de pré-consulta tiveram a pressão arterial aferida pelo enfermeiro e foi realizada a verificação da taxa de glicemia em pessoas com diabetes a fim de fazer uma avaliação adequada destes usuários. Este mesmo procedimento aconteceu em visitas domiciliares para aqueles usuários que não puderam comparecer ao serviço. Já na consulta foi realizada um exame físico completo para estes usuários, enfatizando a importância para o sistema circulatório e nervoso, que frequentemente é afetado nestes usuários.

Não houve grandes dificuldades no que diz respeito ao alcance dessas metas, houve treinamento da equipe o que possibilitou a implementação e, além disso, a intervenção foi amplamente aceita pelos usuários, os quais colaboraram conosco.

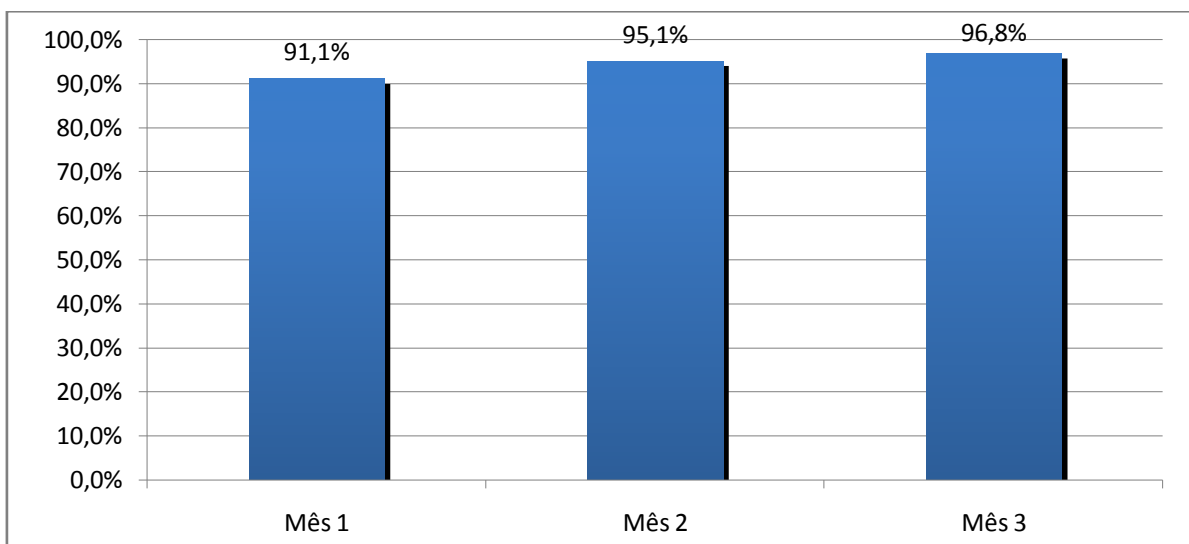


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

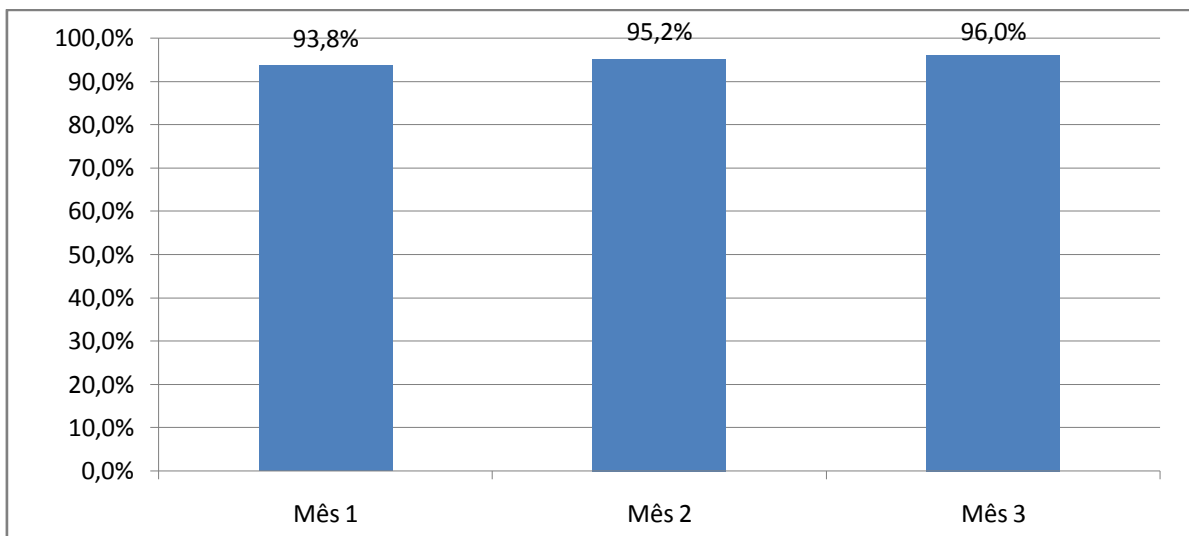


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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.

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 primeiro mês da intervenção alcançamos 73,2% (82) dos usuários com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês tivemos 82,0%(162) e no terceiro mês 67,5%(214).

Com respeito aos usuários com diabetes, no primeiro mês da intervenção contávamos com 93,8%(15), no segundo mês tivemos 95,2%(20) e no terceiro mês alcançamos um total de 72.0% (18) pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A médica e a enfermeira realizaram o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes uma vez por mês, para manter controle a quantos usuários foram solicitados e/ou quantos realizaram os exames laboratoriais de acordo com o Protocolo conforme a periodicidade recomendada.

A médica da unidade realizou a solicitação dos exames complementares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada. No Hospital do município foi garantido a realização dos exames, os quais estavam apresentando demora para retorno dos resultados, mas já houve uma melhora quanto a isso, nesta fase, o equipamento do laboratório estava com problemas.

Toda a equipe de saúde com ajuda dos ACS já está capacitada para orientar a comunidade em geral quanto à importância e necessidade de realização de exames complementares.

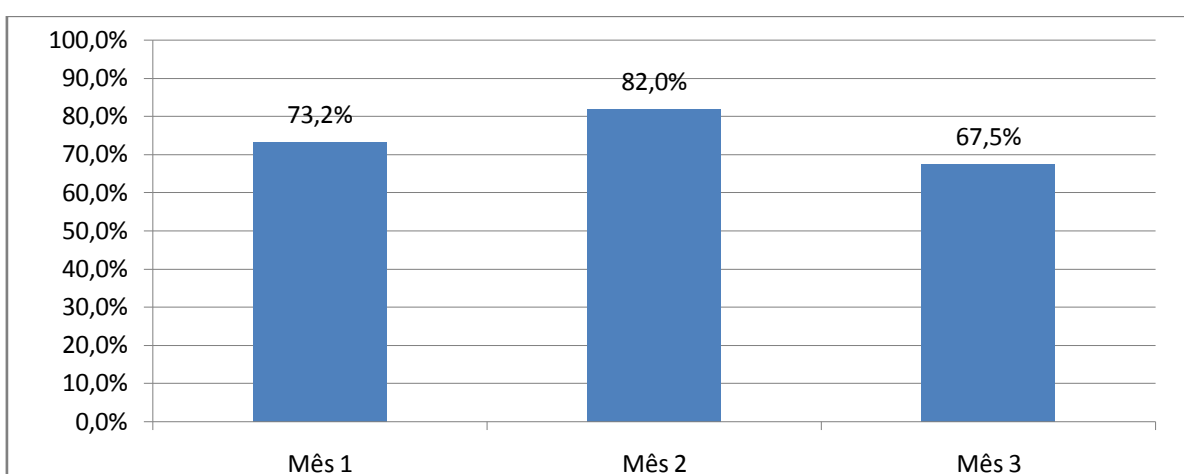


Figura 5 – Proporção de hipertensos exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

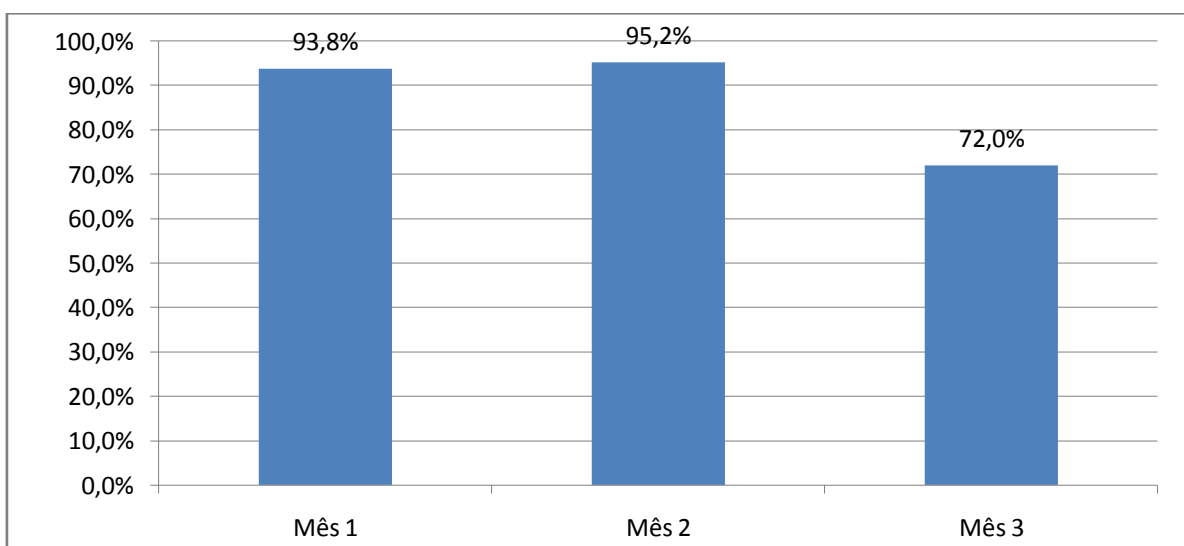


Figura 6 – Proporção de diabéticos exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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 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 priorizada.

Ao longo do primeiro mês da intervenção alcançamos 79,5% (89) dos usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, no segundo mês 81% (166) e no terceiro mês 81,7% (259) dos usuários com hipertensão estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Quanto aos usuários com diabetes, a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada ao longo do primeiro mês alcançou 81,3%(13) dos usuários com diabetes, no segundo mês tivemos 85,7%(18) e no terceiro mês alcançamos a 88.0% (22) com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

A médica e a enfermeira realizaram o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos uma vez por mês, para manter controle do número de usuários com necessidade de consumo de medicamentos da lista da Farmácia Popular. A lista de medicamentos é disponibilizada mensalmente à unidade, nos últimos meses após o período de fortes chuvas que nosso município sofreu havia uma escassez de medicamentos, a situação tem melhorado gradualmente.

O aumento do número de usuários em uso de medicamentos da farmácia Popular priorizada ocorreu durante os meses de intervenção devido a busca ativa de usuários neste período pelos ACS.

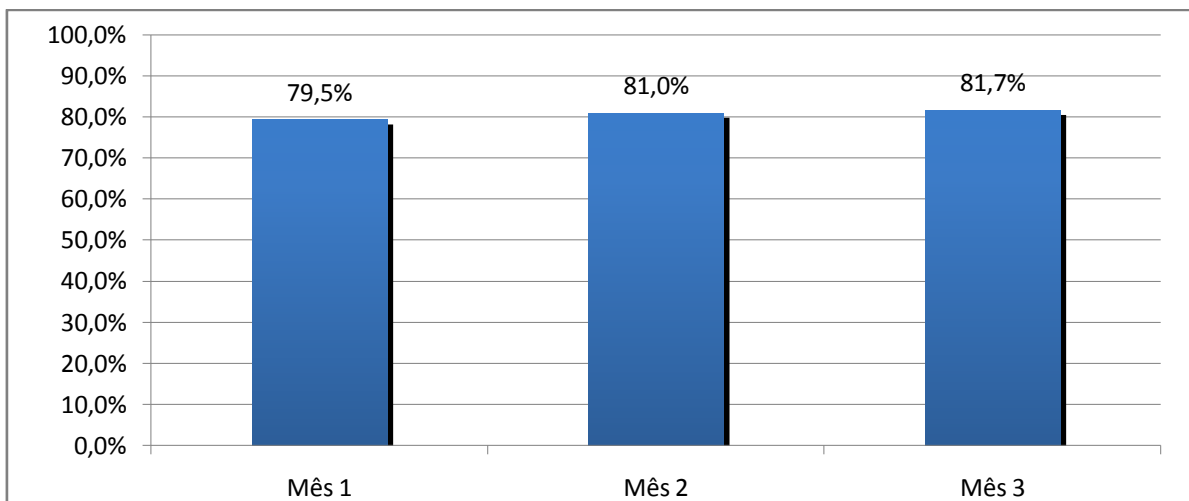


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

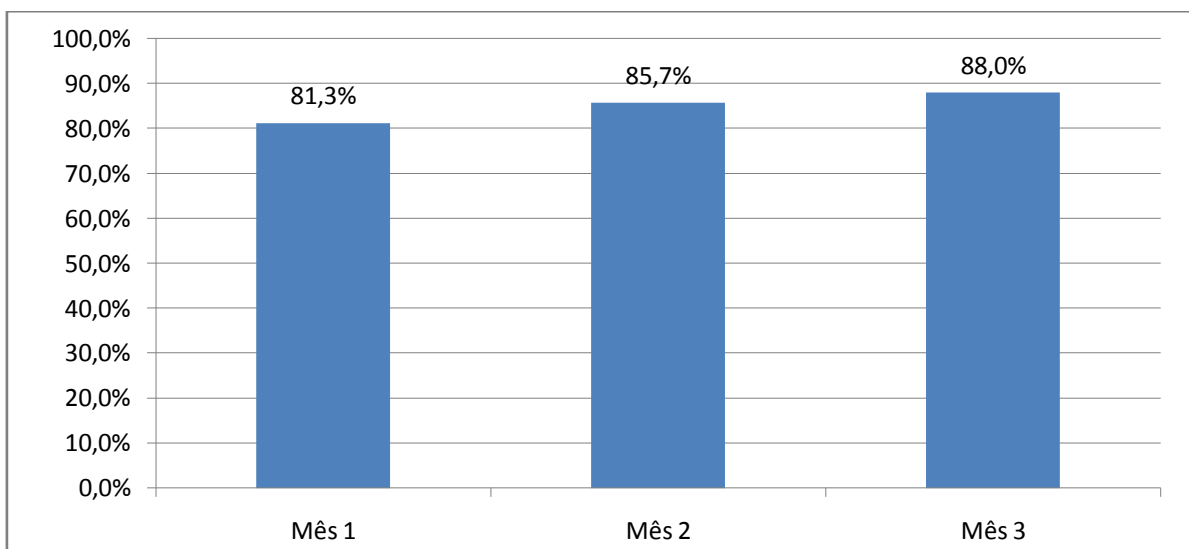


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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.

No primeiro mês da intervenção tivemos 72,3% (81) das pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 81,5% (167) e no terceiro mês 78,9% (250). A respeito dos usuários com diabetes no primeiro mês da intervenção contávamos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 87,5%(14) das pessoas com diabetes, no segundo mês tivemos 90,5%(19) e no terceiro mês 92.0%(23).

A médica e a enfermeira realizaram o monitoramento e avaliação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que necessitavam de atendimento odontológico uma vez ao mês, o qual foi realizado por meio das consultas programadas de acompanhamento e para obter isto contamos com o serviço de odontologia na unidade. O técnico de saúde bucal realizou planejamento das consultas e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A equipe de saúde, o odontólogo e o técnico de saúde bucal realizaram uma palestra educativa uma vez ao mês sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente em pessoas com hipertensão e/ou diabetes, foram fornecidas orientações sobre a higiene bucal e para isso solicitamos à Secretária os materiais necessários como escovas, com os quais não contávamos na unidade e a coordenadora foi a responsável por garantir os mesmos.

Durante este período apresentamos como dificuldades a cadeira de odontologia que esteve quebrada por vários dias e alguns atendimentos não puderam ser realizados.

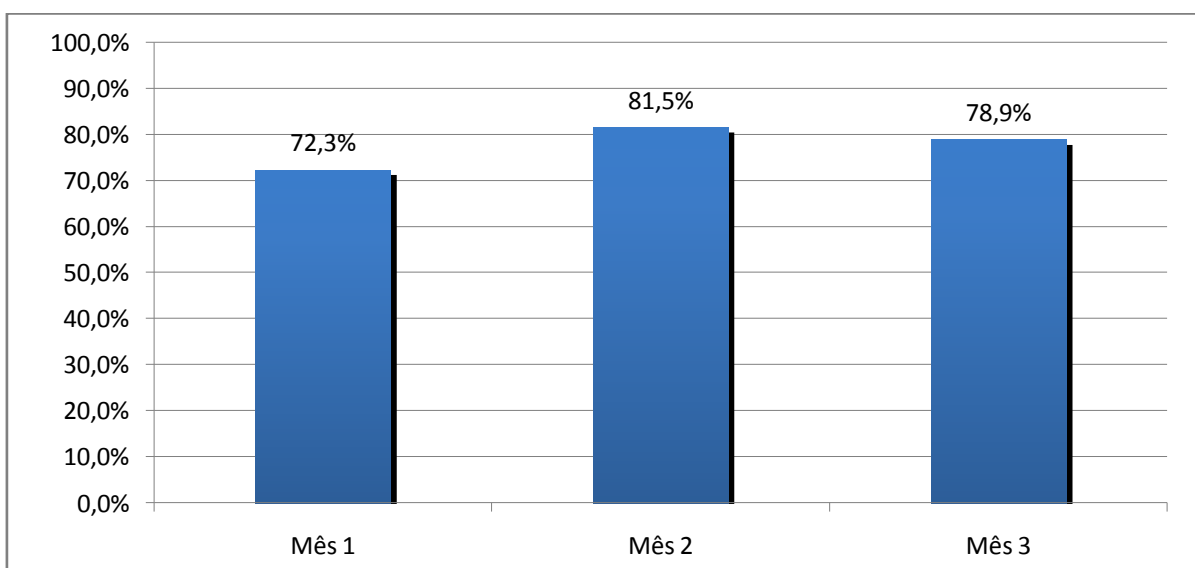


Figura 9 – Proporção de hipertensos avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

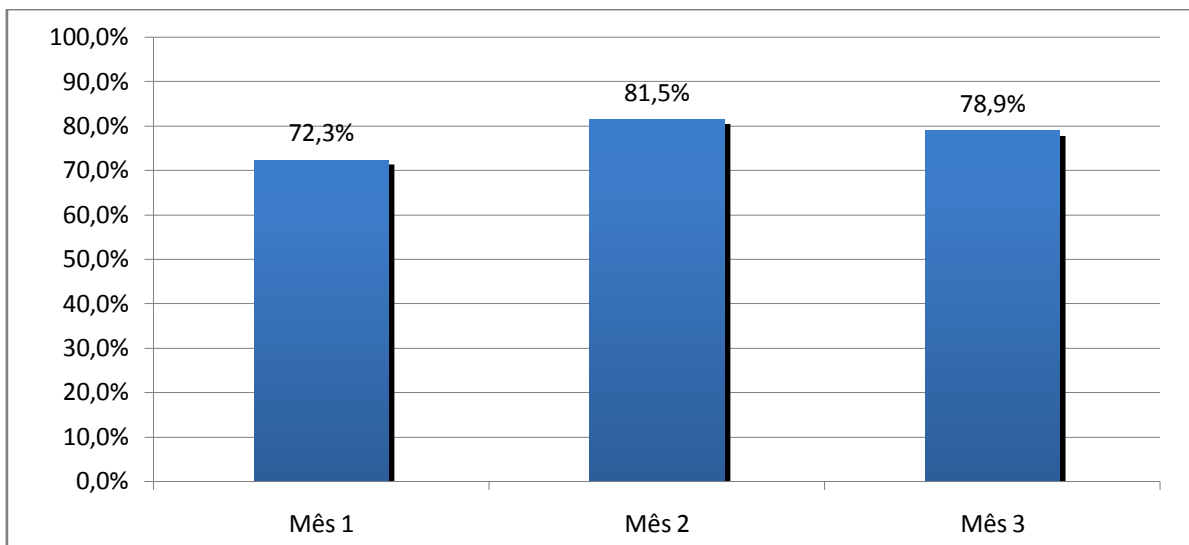


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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.

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.

Quanto aos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa, alcançamos 100% nos três meses de intervenção, sendo 100%(46) no primeiro mês, 100%(71) no segundo mês e 100%(104) no terceiro mês.

Quanto aos usuários com diabetes também conseguimos alcançar 100% dos faltosos às consultas médicas com busca ativa nos três meses de intervenção, sendo 100%(7) no primeiro mês, 100 (7) no segundo mês e 100%(7) no terceiro mês.

A equipe de saúde, a médica e a enfermeira, realizaram monitoramento e avaliação mensal das consultas de acordo com o protocolo para manter um controle dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que estão pendentes a assistir

a consulta programada. Organizou-se visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizamos a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

A médica junto com a gerente do serviço planejaram as visitas domiciliares, que foram realizadas uma vez por semana para buscar os faltosos com ajuda dos ACS, e posteriormente se agendou as consultas para os usuários provenientes da busca dos faltosos.

Por meio dos ACS, notas informativas e palestras realizadas pela equipe de saúde informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas aos usuários. Toda a equipe realizou uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde para debater sobre o protocolo de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes cujo responsável por sua realização foi a coordenadora da unidade.

Apresentamos vários usuários que perderam a consulta devido a enchente que ocorreu no mês de fevereiro, pelo qual a equipe de saúde mudou-se para outra unidade para continuar com o atendimento, até reparação, isso fez com que muitos usuários idosos não comparecessem porque onde estamos agora é um local pouco distante para eles, por esta razão as visitas domiciliares foram intensificadas para estes usuários.

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.

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.

No primeiro mês da intervenção tivemos 96,4% (108) dos usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. Durante o segundo mês tivemos 98% (201) e nos terceiro mês 98,7% (313).

Com respeito aos usuários portadores de diabetes no início da nossa intervenção contávamos no primeiro mês da nossa intervenção com 100%(16)

dos usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento. Durante o segundo mês tivemos 100%(21) e nos terceiro mês mantivemos 100,0%(25).

A médica e a enfermeira realizaram monitoramento mensal dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde, no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e para capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Toda equipe foi capacitada pelos funcionários da Secretaria de Saúde para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos bem como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

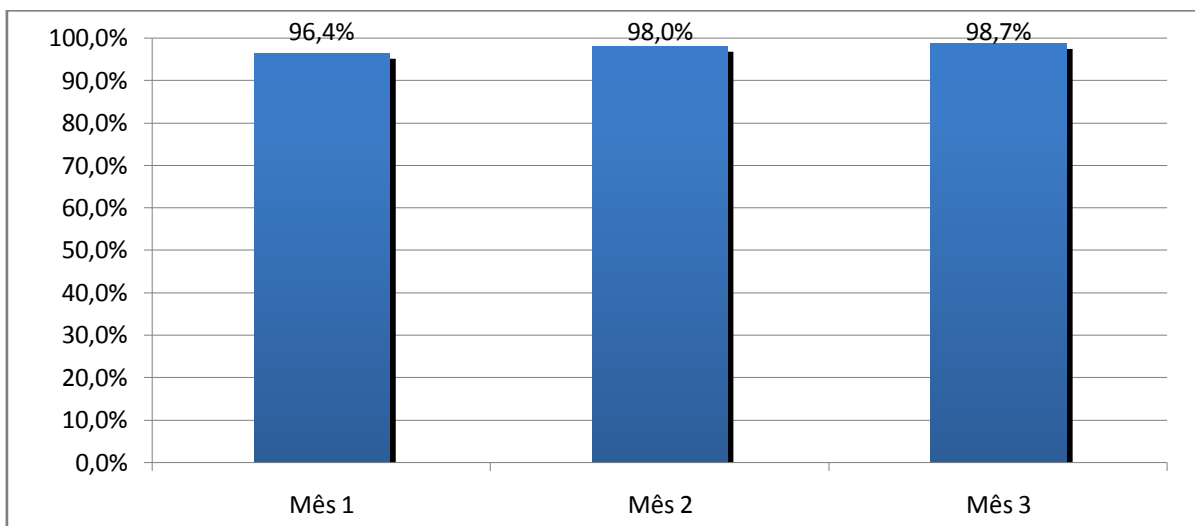


Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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.

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.

No início da intervenção 75,9%(85) dos usuários com hipertensão estavam com estratificação do risco cardiovascular realizada, no segundo mês tivemos 81,0% (166) e no terceiro mês 84,2% (267) dos usuários a realizaram.

Com respeito aos usuários com diabetes no início da intervenção contávamos com 75% (12) dos usuários com estratificação do risco cardiovascular realizada, no segundo mês tivemos 81,0% (17) e no terceiro mês 84% (21) a haviam realizado.

A médica e a enfermeira realizaram o monitoramento mensal dos prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de estratificação de risco para verificar quais usuários ainda não haviam sido avaliados.

Priorizamos o atendimento aos usuários de alto risco e organizamos a agenda para o atendimento desta demanda.

Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecemos aos mesmos e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Os ACS realizaram palestras uma vez ao mês nas comunidades quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como a alimentação.

Apareceram várias dificuldades quanto a este aspecto porque em nosso município não temos eletrocardiograma no hospital apenas de emergência e/ou em clínicas privadas, sendo a capital do estado a única alternativa para a realização do exame. Também vale mencionar que existe um único cardiologista no estado, o qual atende na capital e isso também afetou negativamente para mantermos uma adequada avaliação destes usuários. Embora tenha sido nenhum impedimento para avaliação cardiovascular, pois temos, fundamentalmente, o exame clínico.

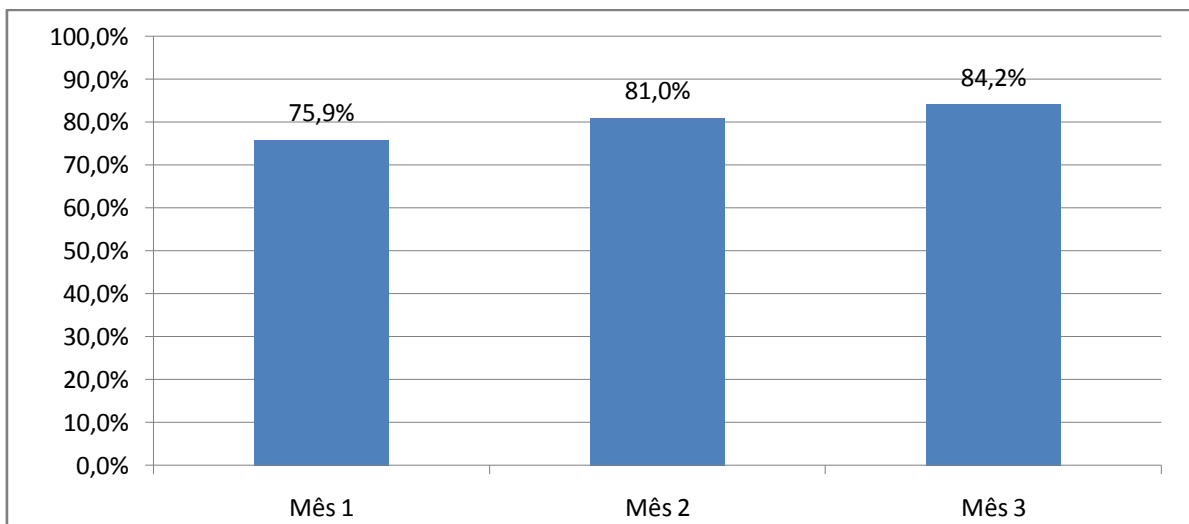


Figura 12 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

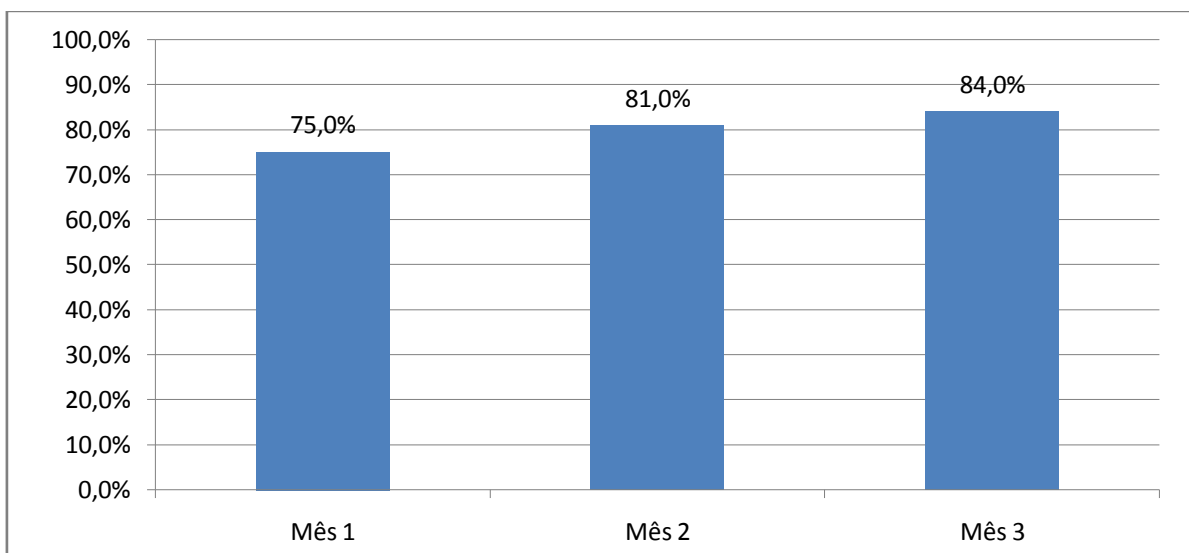


Figura 13 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasília, AC, 2015.

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

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.

Conseguimos alcançar 100% das pessoas com hipertensão orientadas sobre alimentação saudável nos três meses de intervenção, 100% (112) no primeiro mês, 100% (205) no segundo mês e 100% (317) no terceiro mês.

Quanto às pessoas com diabetes também alcançamos 100% dos usuários com orientação sobre alimentação saudável nos três meses de intervenção, sendo 100% (16) no primeiro mês, mantendo 100% (21) no segundo mês e 100% (25) também no terceiro mês da intervenção.

A médica e a enfermeira fizeram avaliação e monitoramento mensal junto aos prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários recebessem orientação nutricional. Além disso, agendamos consultas com a nutricionista uma vez ao mês.

A médica e a enfermeira forneceram informações para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à sua família sobre a importância de uma alimentação saudável através de palestras educativas que foram realizadas semanalmente, além de orientações fornecidas durante a consulta médica de forma individual.

Os ACS foram encarregados de realizar palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável em momentos da realização das visitas domiciliares.

Os usuários foram receptivos às informações que foram fornecidas, deram importância para compensar suas doenças com a utilização de dieta orientada, no decorrer da intervenção percebemos as mudanças nos hábitos alimentares e também melhorias nas condições 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.

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.

Nos três meses de intervenção realizamos orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos usuários, sendo 100%(112) no primeiro mês de intervenção, 100% (205) no segundo mês e 100%(317) no terceiro mês.

A respeito dos usuários com diabetes alcançamos também 100% destes com orientação sobre prática regular de atividade física, sendo 100% (16) no primeiro mês, 100%(21) no segundo mês e 100% (25) no terceiro mês da intervenção.

A médica e a enfermeira fizeram avaliação e monitoramento mensal junto aos prontuários dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários recebessem orientação sobre a prática regular de atividade física.

Os ACS junto com a médica ofertaram palestras sobre a importância da prática de atividade física, uma vez ao mês. Ainda não temos educadores físicos, mas a Secretaria de Saúde está trabalhando para efetuar a contratação destes profissionais.

Toda a equipe foi capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular bem como sobre metodologia de educação em saúde. Estas capacitações foram realizadas nas reuniões da equipe sob responsabilidade da médica.

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.

Nos três meses de intervenção realizamos orientação sobre os riscos do tabagismo para as pessoas com hipertensão totalizando 100% dos usuários orientados mantendo 100% (112) no primeiro mês, 100% (205) no segundo mês e 100% (317) no terceiro mês com orientação.

Quanto aos usuários com diabetes também alcançamos 100% de orientação sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção ficando

100% (16) no primeiro mês, 100% (21) no segundo mês e 100% (25) no terceiro mês.

A médica e a enfermeira mantiveram avaliação e monitoramento mensal junto aos prontuários dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários recebessem orientação quanto aos riscos e malefícios do tabagismo.

Os ACS junto à médica realizaram palestras sobre a importância de evitar o tabagismo além de alertaram sobre os riscos e malefícios causados pelo seu uso, uma vez ao mês. Toda a equipe toda foi capacitada sobre a promoção da orientação quanto aos riscos do tabagismo bem como sobre metodologia de educação em saúde. As capacitações foram coordenadas pela médica e realizadas nas reuniões da equipe.

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.

Foi realizada orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão ao longo dos três meses de intervenção, sendo 100% (112) no primeiro mês, 100%(205) no segundo mês e 100% (317) no terceiro mês orientados quanto à importância da higiene bucal.

As pessoas com diabetes assim como as pessoas com hipertensão foram orientadas sobre a importância da higiene bucal totalizando 100% ao longo dos três meses de intervenção. Sendo 100% (16) no primeiro mês, 100% (21) no segundo mês e 100% (25) no terceiro mês.

A médica e a enfermeira realizaram avaliação e monitoramento mensal junto aos prontuários dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários recebessem orientação sobre a importância da higiene bucal.

O odontólogo realizou uma capacitação à toda equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal. Ele foi responsável por palestras educacionais sobre boa higiene bucal que é muito importante para este o grupo alvo da intervenção. Nestes momentos de palestras educativas, o odontólogo mostrou a correta escovação dos dentes para os usuários bem como o cuidado apropriado com a prótese dentária a fim de manter uma boa higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS José Maria de Souza Santos no município de Brasília/AC com as pessoas com hipertensão e/o diabetes a fim de melhorar suas condições de saúde e identificar novos casos alcançou resultados como a união e o comprometimento da equipe nas ações desenvolvidas, bem como a participação dos usuários e a sua aceitação no processo realizado com apoio dos gestores municipais.

Pretendíamos cadastrar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Para isso capacitamos os ACS para o cadastramento do grupo alvo de toda área de abrangência da unidade de saúde e também para a busca ativa dos mesmos. Além disso, diariamente na sala de espera foram realizadas palestras pela enfermeira sobre temas relativos à hipertensão e ao diabetes, assim como foram realizadas palestras de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis na comunidade.

Em relação às metas que não conseguimos alcançar 100% destacamos que os resultados foram muito positivos e os usuários que vieram a nossa UBS no espaço de pré-consulta tiveram a pressão arterial aferida pelo enfermeiro e realizada a verificação da glicemia dos portadores de diabetes a fim de fazer uma avaliação adequada das condições de saúde de cada um. Este mesmo procedimento aconteceu em visitas domiciliares, para aqueles que não puderam participar no serviço. Já na consulta individual foi realizada um exame físico completo para estes usuários enfatizando a importância para o sistema circulatório e nervoso, que é frequentemente afetado em usuários portadores destas doenças.

Não houve grandes dificuldades no que diz respeito ao cumprimento dessas metas, pois houve treinamento da equipe o que possibilitou a

implementação das ações de forma adequada. Além disso, a intervenção foi amplamente aceita pela comunidade e usuários em geral, os quais colaboraram conosco.

A médica e a enfermeira realizaram o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes uma vez ao mês, para manter um controle de quantos exames foram solicitados e/ou quantos usuários realizaram os exames laboratoriais de acordo com o Protocolo e conforme a periodicidade recomendada.

A médica da unidade realizou a solicitação dos exames complementares às pessoas com hipertensão e/ou diabetes de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada. Junto ao Hospital do município foi garantido a realização dos exames, os quais estavam demorando para obter os resultados, mas já houve uma melhora quanto a isso, nesta fase, o equipamento do laboratório estava com problemas.

Toda a equipe de saúde com ajuda dos ACS está capacitada para orientar a comunidade quanto à importância e necessidade de realização de exames complementares.

A médica e a enfermeira também realizaram o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes uma vez ao mês para manter controle de quantos tinham necessidade de consumo de medicamentos da lista da Farmácia Popular. A lista de medicamentos é disponibilizada mensalmente à unidade, nos últimos meses após o período de intensas chuvas que o nosso município sofreu havia uma escassez de medicamentos, a situação tem melhorado gradualmente.

O aumento do número de pessoas que fazem uso de medicamentos da farmácia Popular ocorreu durante os meses de intervenção devido a busca ativa de usuários neste período.

A intervenção teve grande importância para a equipe de saúde, pois desde o início, quando nos encontramos para planejar o trabalho que seria realizado todos os profissionais se mostraram altamente motivados. Então todos assumiram a tarefa como parte de nosso trabalho diário em nossa unidade.

Esta intervenção foi muito importante para a equipe da unidade de saúde, pois todos se uniram para realizar a implementação da intervenção, também a

equipe recebeu treinamento para fornecer cuidados de qualidade superior e durante este período todo o trabalho da equipe foi muito mais organizado, porque todos os membros da equipe sabiam o que tinham que realizar e, isto foi uma boa experiência para todos.

Com a intervenção o serviço teve grandes melhorias, pois por meio desta se ampliou e melhorou a qualidade do atendimento por parte de todos os profissionais, assim como o acolhimento e atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área. Cada um desempenhou seu papel conforme sua área profissional na ação programática, pois antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na atenção médica.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A comunidade tem percebido gradualmente as mudanças ocorridas no serviço pela intervenção. A comunidade sempre ofereceu apoio e compreensão quanto às ações desenvolvidas e foi essencial na busca por casos novos de hipertensos e/ou diabéticos e na recuperação dos casos sem acompanhamento ou tratamento.

Continuamos a trabalhar para alcançar um índice melhor de cobertura na atenção a esse grupo de usuários, graças ao empenho de toda a equipe a comunidade está mais bem informada em relação estas duas patologias e, também sobre fatores de risco, complicações e como evitá-las.

Caso a intervenção tivesse início neste momento reforçaríamos muitos aspectos, um deles seria uma melhor capacitação e treinamento dos profissionais para realizar busca ativa dos usuários. Além disso, manteríamos um trabalho de maior parceria com os líderes comunitários, treinando estes na identificação e busca ativa dos hipertensos e diabéticos.

As atividades relativas a intervenção já estão incorporadas a rotina de nossa unidade, os usuários vêm para suas consultas agendadas, mas sempre quando necessário, especialmente na presença de sintomas de descompensação

são atendidos no mesmo dia. O trabalho está muito mais organizado, os usuários estão sendo acompanhados e monitorados pela equipe de nossa UBS, ações que não eram desenvolvidas anteriormente vem sendo desenvolvidas. Vamos continuar interagindo com a comunidade por meio de palestras sobre a importância do programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Nossos próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço é continuar melhorando a extensão da cobertura de cuidados para os usuários em nossa área, estamos esperando a incorporação de ACS. Enquanto isso estamos intensificando a realização de visitas por parte da equipe na área descoberta, uma vez que existem muitos idosos na mesma e podem ser portadores de hipertensão e/ou diabetes. Também estamos trabalhando em outras áreas que precisam de atenção prioritária, em breve esperamos realizar intervenção semelhante com o acompanhamento das crianças de nossa área de abrangência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Durante 12 semanas, na nossa UBS Jose Maria Souza de Santos, foi realizada a Intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de 20 anos ou mais em Brasiléia, Estado do Acre. Com a intervenção melhoramos a atenção aos usuários portadores destas doenças crônicas não transmissíveis pertencentes à área de abrangência, objetivo geral do nosso trabalho. De acordo com os protocolos de saúde, a intervenção mostrou ótimos resultados; resultados esses que podem ser atingidos em todo o município com a ampliação da intervenção.

No início da intervenção nem todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área da abrangência eram atendidos ou cadastrados na UBS. Ao longo da intervenção foram cadastrados 317 hipertensos e 25 diabéticos, da área de abrangência no programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, aumentando a cobertura do Programa. Apesar do nosso esforço, por situações desfavoráveis, não atingimos todas as nossas metas, mas mesmo assim conseguimos ampliar a cobertura do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus nos usuários de 20 anos ou mais de nossa unidade de saúde.

Apresentamos dificuldades, pois nossa UBS sofreu com a enchente e necessitou de reparos e tivemos que mudar o atendimento para outro local para continuar a atenção a toda população e isso afetou negativamente, uma vez que muitos não compareceram a esta unidade, pois ficava muito distante de suas casas, além de que muitos já não pertencem à nossa área, pois mudaram-se

devido à inundação sofrida. Se essas dificuldades não tivessem acontecido, poderíamos ter tido condições mais favoráveis para o trabalho.

O acolhimento, cadastramento e atendimento clínico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, seja de forma agendada ou por demanda espontânea, foi realizado diariamente na nossa unidade. Toda a equipe de saúde foi capacitada utilizando os protocolos de saúde especificamente na atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus e isso fez com que se elevasse ainda mais o conhecimento de nossos profissionais de saúde no atendimento às estas doenças crônicas não transmissíveis.

Todos exerceram seu papel na ação programática. A busca ativa de usuários faltosos foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, garantindo ótimos resultados, foram detectados novos casos, pacientes dos quais não se tinha registro na unidade, portanto o papel deles foi fundamental.

Ampliamos muito o atendimento dos hipertensos e diabéticos na Unidade, sempre com foco na melhoria da qualidade da atenção. Sendo assim alcançamos que todos tivessem exames complementares em dia, avaliação de risco cardiovascular, orientação com respeito à alimentação saudável, higiene bucal, orientações quanto à importância da prática adequada de exercícios físicos, malefícios e riscos do tabagismo e sua correspondente ficha-espelho preenchida para monitoramento.

Todos os 317 usuários com hipertensão e 25 com diabetes cadastrados tiveram o exame clínico apropriado em dia realizado representando cobertura de 100% no programa da unidade.

A comunidade foi muito beneficiada, desde então possuem consciência ampla quanto a estas duas patologias de como prevení-las e como evitar o aparecimento de complicações, a importância do cumprimento do tratamento medicamentoso e a adesão à dieta, prática de exercícios físicos, entre outros temas muito importantes para manter a qualidade da saúde, tais como importar-se com os pés em diabéticos para a prevenção de complicações do pé diabético que pode tornar-se muito grave

Foi muito importante toda a colaboração recebida por parte da gestão municipal e da Secretaria municipal de saúde e afirmamos que as ações previstas

no projeto se tornaram realidade e foram incorporadas e serão mantidas adequadamente à rotina do serviço.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS José Maria de Souza Santos, Brasília/AC

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da Unidade de Saúde,

Gostaria de falar para vocês sobre os resultados alcançados com a Intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de 20 anos ou mais na UBS José Maria de Souza Santos, Brasiléia, no Estado do Acre”, que implementamos na unidade de saúde e que aconteceu conforme planejado durante estes três meses em que realizamos a intervenção para o curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS..

O objetivo geral da intervenção foi melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da nossa unidade, pois a cobertura do programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus na nossa unidade estava muito baixa ao início da intervenção, poucos usuários eram acompanhados na nossa unidade. Desde já a nossa equipe de saúde fica muito agradecida pela participação de todos vocês neste processo.

Durante todas as semanas da intervenção aconteceram diariamente o cadastramento e atendimento clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em consultas programadas ou por demanda espontânea. Fizemos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos que estavam faltosos às consultas. Solicitando ajuda da comunidade e dos agentes comunitários de saúde, conseguimos fazer o cadastro em nossa USB de 317 hipertensos e 25 diabéticos de nossa área de abrangência, com isso aumentamos a cobertura do programa Hipertensão arterial e Diabetes mellitus na unidade, respectivamente, tendo assim o maior controle e acompanhamento destes usuários. Todos os participantes entenderam a importância do programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, ou que é de

importância para a nossa comunidade, pois eleva seus conhecimentos sobre estas doenças crônicas não transmissíveis, e assim ajuda a prevenir a aparição das mesmas mediante o controle dos fatores de riscos dos quais a maioria podem ser modificados através da educação em saúde.

Com a Intervenção conseguimos uma melhor capacitação dos profissionais de saúde de nossa equipe sobre os protocolos de saúde, especificamente na atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Todos foram capacitados para a tomada de pressão arterial, realização de hemoglicotestes, realização de exame físico, orientação quanto aos medicamentos do Hipertensão que são usados pelos usuários com hipertensão e/ou diabetes disponibilizados por meio da farmácia popular. Foi estabelecido o papel de cada profissional no acolhimento e cuidado ofertado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, teve boa aceitação e foi desenvolvido com qualidade. Como resultado disto foi ampliada e melhorada a qualidade, o acolhimento e atendimento a todos os usuários por parte de todos os funcionários da unidade.

Sentimos que todos gostaram muito do nosso atendimento, receberam uma ótima educação em saúde nas consultas, nos grupos, ou pelos membros das equipes de diferentes formas, através de palestras fornecidas pelo odontólogo que destacou a importância da avaliação e da necessidade de atendimento odontológico, e ofereceu orientações sobre a higiene bucal, além da palestra realizada por ele. Também o enfermeiro realizou palestras abordando os temas da alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, assim como os riscos do tabagismo para a saúde.

Estamos felizes, pois sentimos que todos ficaram muito satisfeitos com estas atividades, já que isso contribui para o aumento do conhecimento sobre suas doenças crônicas e assim acrescentar melhorias na qualidade de vida. Estas atividades foram realizadas em nossa unidade às quartas-feiras, às 14 horas. As atividades foram muito úteis porque o profissional responsável pela realização das atividades dinamicamente interagiu com os participantes por meio de perguntas e respostas e verificamos que todos estavam muito animados com o que estavam aprendendo e determinados a por em prática no seu dia a dia.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS José Maria de Souza Santos, Brasília/AC

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este curso de especialização foi de grande importância para mim, pois nunca tive essa experiência de fazer uma especialização à distância. E, este curso deu-me ferramentas importantes para concentrar o meu trabalho aqui em Brasil. Desde que o tratamento é o mesmo em qualquer país, mas cada parte do mundo tem a sua maneira particular de desenvolvê-lo.

Eu também pude ampliar meu conhecimento como médica porque cada uma das tarefas acrescentou ao meu conhecimento adquirido em anos anteriores, também ajudou para aprender muito mais do que a língua portuguesa.

Em cada um dos casos clínicos que foram apresentados para mim, como eu podia ver eram os protocolos para diferentes patologias que foram tratados no estudo. Estes serviram para investigar mais aprofundadamente os diferentes temas junto às bibliografias diferentes em cada pesquisa.

Agora ao medir o avanço do curso, vejo que o mesmo permitiu-me ver quais foram os principais problemas de nossa UBS, com os aspectos a considerar também identificamos que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus foram nossos problemas de saúde. Através das orientações recebidas poderia preparar-me para desenvolver satisfatoriamente esta intervenção educativa que foi de grande importância para a nossa equipe porque nos unimos mais em termos de trabalho em equipe cada membro desempenhou a sua função da melhor maneira possível, a equipe foi treinada para realizar a intervenção e cumprir todos os objetivos e metas. Obtivemos o total apoio dos gestores municipais.

Usuários que faziam parte da nossa intervenção ficaram muito satisfeitos, uma vez que ampliaram o conhecimento sobre suas patologias e ficaram cientes de que realizar as orientações que repassamos a eles poderia melhorar sua qualidade de vida. A intervenção teve um papel fundamental na Comunidade

junto aos líderes comunitários, pois hes foi informado durante todo o processo que estava ocorrendo em nossa unidade e nos deram seu apoio incondicional, principalmente aos ACS em busca de novos casos.

Finalmente foi uma experiência maravilhosa em que as expectativas foram contempladas porque adquiri muito conhecimento e fico agradecida por poder contribuir para melhorar os cuidados médicos para o povo brasileiro que precisa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2**. Atualização 2011. Posicionamento Oficial Sociedade Brasileira de Diabetes nº3 – 2011.

Apêndices

Apêndice A – Atendimentos individuais



Figura 14 – Fotografia: Atendimento clínico à usuária Ludmila Jesus de Cunha na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasileia, AC, 2015.

Apêndice B – Reuniões de equipe



Figura 15 – Fotografia: Primeira Capacitação dos profissionais de saúde da equipe na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasileia, AC, 2015.



Figura 16 – Fotografia: Segunda Capacitação dos profissionais de saúde da equipe na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasileia, AC, 2015.

Apêndice C – Atividades educativas



Figura 17 – Fotografia: Atividades educativas com pacientes com Hipertensão e Diabetes na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasileia, AC, 2015.

Apêndice D – Visitas domiciliares



Figura 18 – Fotografia: Visita domiciliar a paciente Raimunda Leite na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasileia, AC, 2015.



Figura 19 – Fotografia: Visita domiciliar ao paciente Cícero Antonio Silva na Unidade de Saúde José Maria de Souza Santos no município de Brasileia, AC, 2015.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^aProf^a Ana Cláudia Gastal Fassa*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante