

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na USF
Adalberto Aragão, Rio Branco/AC**

Beisabeth Sanchez Perez

Pelotas, 2016

Beisabeth Sánchez Pérez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na USF

Adalberto Aragão, Rio Branco/AC

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

Orientadora: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P438m Pérez, Beisabeth Sánchez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na USF Adalberto Aragão, Rio Branco/AC / Beisabeth Sánchez Pérez; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Freitas, Suame Cristine Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais e ao meu filho, Paco, por sua capacidade de acreditar em mim, pela força e incentivo brindado.

Agradecimentos

À minha equipe de saúde, ferramenta importante para a realização deste projeto.

À Professora orientadora Simone pelas orientações, paciência e dedicação o nosso projeto.

Aos colegas, que juntos trabalhamos neste projeto, sempre obrigada, especialmente a Belkis.

Resumo

PEREZ, Beisabeth Sanchez. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na USF Adalberto Aragão, Rio Branco/AC.** 2016. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A hipertensão arterial sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações, junto com a diabetes mellitus. Por isso, torna-se imprescindível desenvolver uma atenção à saúde de qualidade e integral a este grupo de usuários. O presente trabalho teve como objetivo qualificar a atenção à saúde ofertada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pertencentes à área de abrangência da USF Adalberto Aragão, Rio Branco/AC. Para tal, elaboramos metas com as respectivas ações a serem desenvolvidas e implementadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, com seus respectivos indicadores que permitiram o monitoramento das metas. Os resultados mais importantes foram relacionados à ampliação da cobertura da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 69% dos usuários hipertensos e 96,6% dos diabéticos. Constata-se que esta intervenção trouxe benefícios para a população em geral, devido a que ganharam conhecimento sobre saúde e consciência quanto importância do acompanhamento regular. Também possibilitou um melhor atendimento, ganhando-se em organização no trabalho que se visualizou numa melhoria na qualidade e integralidade da atenção à saúde destes usuários e numa maior satisfação por parte da comunidade. A intervenção fez a equipe de saúde trabalhar unida, melhor articulada e com mais engajamento com nossos usuários.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão; diabetes; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde	50
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.	51
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 5	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 6	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição medicamentos de farmácia popular/hiperdia priorizada	55
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/hiperdia priorizada	56
Figura9	Gráfico:Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	57
Figura10	Gráfico:Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	57
Figura 11	Gráfico da Proporção de hipertenso faltoso às consulta com busca ativa.	58
Figura 12	Gráfico da Proporção de diabéticos faltoso às consulta com busca ativa.	59
Figura 9	Gráfico: Proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento.	60
Figura 10	Gráfico: Proporção de diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento.	60
Figura 11	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínica em dia.	61

Figura 12	Gráfico: Proporção de diabéticos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínica em dia.	62
Figura 13	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	63
Figura 14	Gráfico: Proporção de diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	63
Figura 15	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientações sobre a pratica de atividade física regular.	65
Figura 16	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientações sobre a pratica de atividade física regular.	65
Figura 17	Gráfico: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	66
Figura 18	Gráfico: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	67
Figura 19	Gráfico: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	67
Figura 16	Gráfico: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS - Agente comunitário da Saúde

ESB -Equipe de Saúde Bucal

ESF -Estratégia da Saúde da Família

DST- Doenças Sexuais Transmissíveis

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

URAP- Unidade de Referência da Atenção Primária

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise	18
2 Análise Estratégica	19
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados	49
4.2 Discussão.....	68
5 Relatório da intervenção para gestores	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências	77
Anexos	79

Apresentação

O seguinte trabalho trata-se de uma intervenção com o principal objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Adalberto Aragão, Rio Branco/AC. Este trabalho está dividido em diferentes capítulos: Análise Situacional que inicia o projeto com uma avaliação integral da unidade e os processos de trabalhos; Análise Estratégica onde se explicam as necessidades de desenvolver o projeto, os objetivos, metas e ações a serem desenvolvidas, a metodologia utilizada, os indicadores a serem avaliados, a logística necessária para desenvolver a intervenção e o cronograma que define o momento de ser realizada cada ação; Relatório da Intervenção referente ao cumprimento das ações a serem desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização de dados e a viabilidade da incorporação dessas ações à rotina dos serviços da unidade; Avaliação da intervenção que analisa os resultados e discussão do projeto fechando o trabalho com os relatórios de intervenção para gestores, comunidade e uma análise acerca do processo de aprendizagem. Neste trabalho utilizamos gráficos e tabelas e anexamos os instrumentos utilizados durante a coleta de informação para a confecção do projeto.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho, como médica em uma USF de nome Adalberto Aragão localizado na cidade Rio Branco no estado Acre, onde continuo com meu trabalho ao lado de minha equipe de saúde, com uma população total de 2.731 pacientes, com um total de 878 famílias, com uma população de 17 anos ou mais de 1.397 habitantes, um total de 42 grávidas cadastradas, 161 Hipertensos e 22 Diabéticos.

A equipe é composta por um médico, sete agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um dentista e assistente, uma pessoa encarregada de limpeza, não tem recepcionista, há um coordenador.

Meu horário de trabalho é de segunda a quinta-feira, consultas todas as manhãs de 7 as 12 horas e à tarde de 14 às 17 horas, exceto na quinta-feira no período da tarde em que realizamos visita domiciliar, sexta-feira é o dia escolhido para especialização.

É uma unidade pequena, renovada recentemente, que em sua estrutura tem uma sala de recepção, uma sala de curativo, uma farmácia, um consultório de odontologia, uma sala de consulta para médico e uma sala de consulta de enfermagem, uma sala de vacinação, uma pequena cozinha e sala de jantar e dois banheiros sendo um para usuários e um para os trabalhadores.

A farmácia tem medicamentos suficientes para resolver muitas doenças infecciosas e crônicas, vários antibióticos, anti-histamínicos, anti-inflamatórios, antiparasitários e muitos outros. A unidade tem geralmente os insumos necessários para o nosso trabalho.

Normalmente os usuários marcam consulta por sua própria iniciativa, quando estão doentes ou precisam renovar prescrições controladas ou em alguns

casos de aplicar para referências para especialistas de atenção secundária ou para realizar exames. Visitas domiciliares são em conjunto com os agentes de saúde, até agora é dada prioridade aos pacientes acamados.

Temos grupos de grávidas, hipertensos, diabéticos, idosos e outros, três vezes por semana, no horário de 7am a 7 e 20am, damos palestras educacionais para o grupo de pacientes a espera de ser atendido na unidade de saúde, com uma participação de aproximadamente 20 pacientes, onde a equipe esclarecer dúvidas e fazer palestras educativas acerca da importância da prevenção de doenças crônicas ou transmissíveis e como mudar algum aspectos negativos no estilo de vida da população em geral, seja alimentos ou outros hábitos. No entanto antes não era assim, as palestras eram poucas mas desde meu começou aumentaram.

Em alguns casos, realizar avaliação de pacientes grávidas ou crianças precisa de consulta com a médica, sempre em conjunto com a enfermeira.

As principais doenças são freqüentemente infecções respiratórias, dengue endêmica, doença digestiva onde as doenças infecciosas tem menor grau, gastrite predominante e parasitismo intestinal também são apresentados, as do sistema geniturinário, vaginal e infecções urinárias e sepse, bem como as artroses ostemioarticular e osteoporoses. Também são marcadas incidências de doenças sexualmente transmissíveis e também são identificados usuários com dependência de drogas legais como o álcool e tabaco e outras como a cocaína e também é conhecido como riscos ambientais identificados como a presença de depósitos de lixo, presença de vetor por acúmulo de água limpa e suja, que leva a proliferação de mosquitos, falta de higiene em uma parte da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde estou atualmente trabalhando é Rio Branco, capital do estado do Acre, na Unidade de Saúde da Família Adalberto Aragão.

A população total de Rio Branco é de 357.343 habitantes distribuídas por 59 unidades tradicionais, 1 NASF, 1 CEO, 1 Centro de Especialidades de próteses, dois centros de imagem, 1 Laboratório Farmacêutico e um centro de atendimento especializado Municipal.

No município também existem 3 unidades de atenção a emergências médicas, as denominadas UPA, uma unidade com funcionamento 24 horas. Há

hospitais maternidades onde são internadas as gestantes e Hospital Pediátrico onde os pacientes além de ser hospitalizados são encaminhados para lá em busca de especialistas em cuidados secundários. Existe um hospital psiquiátrico, o HOSMAC.

Em relação aos exames, não são suficientes, as vagas e os resultados são demorados, sobretudo em relação aos exames de imagem como ultrassom e raios-X. Nas unidades de urgências os pacientes reclamam muito quanto a demora para serem atendidos e as consultas não têm boa qualidade, além disso os encaminhamentos para os especialistas demoram muito.

Em geral, a disponibilidade de serviços de saúde são relacionados com equipamentos suficientes e adequados, mas há muitas dificuldades com recursos humanos. Especialistas em cuidados secundários são realmente poucos e a demanda por eles torna-se totalmente inadequada. Portanto, um problema geral é o atraso nas consultas, resultando em meses de espera pelos pacientes e em alguns casos, estes nunca são chamados. A USF onde atuo é modelo tradicional e recentemente foi remodelada. Temos uma unidade de saúde de referência onde os pacientes realizam exames laboratoriais, além de serem encaminhados para avaliação com médicos especialistas em pediatria e ginecologia, sendo estas especialidades a livre demanda.

A equipe de saúde da unidade conta com seis agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um auxiliar de saúde bucal, um dentista, um médico clínico geral, uma coordenadora administrativa e uma auxiliar de serviços gerais. A equipe está completa sendo suficiente para nossa área de abrangência.

A estrutura da unidade é nova, apesar de pequena. Contamos com todos os locais necessários para um bom funcionamento. Temos uma espaçosa sala de espera, local que é usado para a realização de atividades de grupos e onde os usuários aguardam o atendimento. No consultório da enfermeira tem uma maca para a realização dos exames, citotológicos, uma balança de adultos e crianças, um computador com internet e tudo necessário que se refere aos cuidados médicos do pré-natal ou consulta adequada. Há um espaço para a técnica de enfermagem onde a vacinação é realizada, conta com a quantidade de vacinas exigidas normalmente para atender a imunização de todas as crianças menores de um ano.

Há um espaço para curativos simples para aplicação de medicamentos e para a nebulização.

A unidade conta com uma cozinha, além de uma pequena sala de jantar, temos dois banheiros, um para funcionários e outro para os usuários, este último é muito pequeno o que dificulta a entrada dos cadeirantes, é por isso que eles têm prioridade na hora do atendimento. A sala de consultas da médica clínica geral tem o necessário para o atendimento sendo de tamanho normal. A sala da dentista tem também os equipamentos necessários para o trabalho e finalmente a unidade conta com uma sala de espera para os usuários.

A farmácia possui suprimentos para o tratamento de muitas das infecções dos usuários. Em relação aos insumos e materiais os pedidos são feitos uma vez por mês dependendo das necessidades, até agora não apresentamos dificuldades na hora de ofertar os serviços aos usuários de nossa área.

Os equipamentos da unidade de saúde têm boas condições e recebem a manutenção uma vez por ano, de boa qualidade. Todas as consultas estão bem equipadas.

O mapeamento da área adstrita é realizado em conjunto com o secretário da equipe dos trabalhadores de saúde e agentes comunitários de saúde. Acredito que essa atividade deveria ser feita com uma disponibilidade maior de pessoal de apoio da unidade. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho.

Os agentes comunitários são responsáveis pela busca ativa que é feita cotidianamente. Nos casos que precisarem realizar testes de doenças infecciosas eles são encaminhados para a unidade de referência onde são feitos.

Todas as atividades são planejadas na agenda da equipe, priorizando os principais problemas de saúde da área. As atividades são discutidas com a equipe e com a comunidade.

Como dito anteriormente, temos problemas com urgência, porque a nossa unidade não está equipada para prestar cuidados de emergência e de primeira ordem e quando um paciente necessita é encaminhado para a unidade de urgência mais perto. Realizamos reuniões de equipe para discutir todos os problemas da nossa área e como solucioná-los sejam estes de curto ou longo prazo. Analisamos as diretrizes pelas quais estamos estabelecidas e guiadas.

Cada trabalhador cumpre as suas funções e exigimos o cumprimento do mesmo pela parte administrativa. Uma das maiores preocupações são os recursos

escassos para lidar com emergências, algo já bem explicado. Porém temos um bom time que se esforça pelo cumprimento das atribuições e satisfação da população.

Nossa unidade de saúde faz o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências. Além disso, ofertamos uma atenção integral, contínua e organizada à população adstrita. Todas as atividades são planejadas na agenda da equipe, priorizando os principais problemas de saúde da área. Cada um tem uma responsabilidade, por exemplo, as ASC nas visitas domiciliares, na procura dos faltosos e a enfermeira nas atividades de grupo em conjunto com a médica da unidade com o grupo de hipertensos e diabéticos, grávidas e idosos, entre outros.

A recepção na unidade é feita por agentes comunitários, enfermeiros e técnica de enfermagem. Os pacientes são bem-vindos e passam por palestra educativa em uma sala e, em seguida, eles vão para o agendamento diário. As palestras não são feitas diariamente, somente 2 vezes na semana pela enfermeira, alguma ACS ou médica. Os temas são escolhidos pela enfermeira em conjunto com a médica. Participam todos os usuários presentes na unidade de saúde pela manhã.

Em nossa ESF todos os profissionais participam do acolhimento, com uma boa organização e independentemente do cargo ou função. A comunidade tem conhecimento de como funciona nosso trabalho graças ao trabalho de orientação e informação ao usuário realizado pela equipe.

Quanto ao número de crianças menores de um ano, este é inferior à média nacional, devido ao trabalho insuficiente na pesquisa gravídica e constantes mudanças de endereços, por isso já foi planejado nas reuniões da equipe a necessidade de procurar as crianças e grávidas nas visitas domiciliares para que sejam acompanhadas pela enfermeira e médica da unidade de saúde.

A unidade tem um caderno onde são registrados todos os nascimentos e os controles de cuidado da criança. Estes registros são atualizados semanalmente sendo assim possível acompanhar e planejar as consultas. Este registro foi útil quando do preenchimento do questionário, de modo a completar o livro também de cuidados básicos, além de registros médicos e registro de vacinação existente na unidade. O agendamento é feito a livre demanda de 8h até 10 h pela manhã, depois

das 10h são atendidos em consultas os pacientes planejados pela equipe como o grupo de idosos,crianças,grávidas, dependendo do dia.

Na unidade de saúde temos um total de 42 crianças (79% do previsto). Em relação à saúde da criança as consultas são feitas pela enfermeira e às vezes pela médica, sobretudo quando são recém nascidos,sendo os atendimentos planejados pelo protocolo de saúde da criança e monitorado nas reuniões de equipe.Em relação ao pré-natal todas as consultas são agendadas, todas as gestantes são visitadas e todas as orientações necessárias são dadas para o bom desempenho da gravidez e pós-parto. Nas consultas agendadas, é feito um profundo exame físico, são feitas avaliações de risco.

Existem algumas lacunas: a cobertura não é 100% e, portanto, ainda insuficiente. Falta aprofundar a busca de pacientes na área da comunidade e isso é necessário para um melhor controle de complicações possíveis que estas podem ter, além disso, não temos suficientes médicos obstétricas e considero este um grave problema.,O manual técnico é adotado,temos um registro específico e o monitoramento é feito pela equipe nas reuniões,ainda são poucas as palestras realizadas para as puérperas e o seguimento depois dos 6 meses diminui muito em relação a idades anteriores de 0-5 meses.

Sabe-se que o câncer de colo uterino e de mama são os dois principais tipos de cânceres que afetam a mulher e, portanto, sua detecção em tempo salva a vida de muitas mulheres.Para isso é importante fazer exames que determinam seu aparecimento precoce. Um exemplo disso é o exame citopatológicos para o câncer de colo uterino, um teste simples, indolor, rápido e feito nas unidades básicas de saúde. Para o diagnóstico do câncer de mama o exame para o diagnóstico precoce é a mamografia e deve ser realizados para todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade.

Total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, 558,em dia temos um total de 452 para (81%),com mais de 6 meses de atraso 35.

Total de mulheres entre 50 e 69 anos para prevenção de câncer de mama,temos 128 mulheres para (97%),mamografia em dia 17 para (13%),mamografia com mais de tres meses de atraso 64 para um (50%).A mamografia é ofertada não só as usuárias na área de abrangência como também aquelas de outras áreas que precisar.

Hipertensão e Diabetes Mellitus são doenças que estão incluídas como doenças crônicas não transmissíveis, que são muito comuns na população em todo o mundo tornando-se a causa da morte. Estas são muitas vezes doenças silenciosas, no caso da hipertensão é destinado a medir a PA a todos os pacientes com mais de 15 anos, com uma frequência mínima de, pelo menos, uma vez por ano.

É uma doença que em 95% dos casos a causa é desconhecida, fazendo com que uma série de complicações, especialmente em termos de três órgãos principais (coração, rins e olhos). É necessário o controle de consultas para assegurar que o paciente está fazendo o tratamento corretamente com o exame físico adequado e com os exames de rotina.

Na unidade de saúde em relação ao programa de hipertensão e diabetes temos 161pacientes cadastrados (34% do previsto), isso mostra que a cobertura tem cifras baixas e os registros também, e dos exames periódicos os resultados até agora não são bons,temos 79 pacientes para somente (49%).

A avaliação do risco cardiovascular foi realizada em apenas 132 pacientes (82%); existe um atraso de agendamentos de 39%. Em relação aos exames,os principais problemas acontecem com a entrega em tempo dos mesmos para poder ser avaliados pela a medica .

Os encaminhamentos quando são feitos para outras especialidades como cardiologia, por exemplo, demoram muito, as filas são muito longas até o momento. A orientação da prática de exercícios físicos é cumprida naqueles pacientes que recebem a consulta mínima e estes são orientados a prática de exercícios três vezes por semana. A Orientação nutricional é uma contribuição fundamental e tem como objetivo reduzir o sal nos alimentos, gordura, principalmente de origem animal, melhorar ingesta de saladas e frutas, bem como incentivar o consumo de carnes principalmente brancas como frango e peixe.

Em relação à saúde bucal temos feito avaliação de 62%dos usuários do programa,cifra baixa e é por isso que a dentista aumentará o número de agendamentos por dia para eles,só que ainda insuficiente tendo em vista que a equipe só trabalha um horário e não consegue ofertar um maior número de atendimento.

Em relação aos medicamentos da farmácia temos muitos medicamentos para as doenças crônicas e não crônicas, além da possibilidade de encaminhar para a

farmácia popular onde podem adquirir o tratamento. O IMC de cada usuário do grupo é obtido e se estes estão obesos são encaminhados a um nutricionista, além de receber as orientações nutricionais.

Outra doença crônica é Diabetes Mellitus, uma doença que deixa sequelas incapacitantes devido a complicações como: cetoacidose diabética, insuficiência renal, neuropatia diabética, entre outros.

Na minha unidade de saúde temos apenas 43 pacientes (32% do previsto), que é baixo para a estimativa de 134. Por isso, há a necessidade da busca de usuários de risco. A avaliação do risco cardiovascular foi realizada em 43 pacientes (100%). Com consultas em atraso há 47%, este número seria maior de acordo com os meus critérios e de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos com palpação dos pulsotibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses temos 21 pacientes para (49%) avaliação bucal de apenas 9 pacientes (21%), os resultados relacionados com os exames periódicos temos 21 pacientes (49%), orientação nutricional e sobre a prática de exercícios temos 21 (49%).

A equipe planeja nas reuniões melhorar os indicadores com a formação do grupo, aumentar o número de palestras educativas, agendar mais pacientes por dia dando prioridade ao grupo de hipertensos e diabéticos.

Outro grupo de prioridade em nossas unidades de saúde são os pacientes maiores de 60 anos. Estatisticamente constituem 10% da população total. Na minha unidade, há um total de 170 pacientes dentro deste programa (100%) o que indica que o registro é bem-sucedido.

Esta é uma idade que precisa de muita atenção, pois os idosos, sem dúvida, estão expostos a muitas doenças e riscos que vêm devido a vários fatores ambientais, genéticos, sociais, psicológicos e biológicos. Sabemos que muitas doenças são mais comuns nesta idade como hipertensão, Diabetes, Osteoporose. O risco de acidentes é alto e a realização de escala é importante para avaliar o seu grau de independência, capacidade de realizar atividades diárias e ingestão de poli medicamentos.

A equipe faz atividades de grupo 2 vezes por semana na unidade onde ofertamos palestras educativas sobre alimentação saudável e importância dos tratamentos das doenças crônicas de alguns deles, no entanto falta melhorar o acompanhamento nas consultas. Temos um registro de ações programáticas.

Em resumo são detectados neste relatório muitos sucessos, mas também problemas que ainda existem e que toda a equipe de saúde na minha unidade tem para trabalhar.

O programa do grupo de hipertensão e diabetes não tem um bom acompanhamento, temos muitos faltosos as consultas,além dos exames periódicos com resultados não esperados. As palestras educativas com o grupo não são suficientes,as orientações sobre a nutrição e prática de exercícios e outros como a saúde bucal não tem bons resultados. Porém a equipe começou a trabalhar planejando as visitas dos usuários faltosos e já temos feitas várias atividades de grupo.

Conforme o tempo passa, a equipe se une mais, todos os dias executa trabalhos comunitários e melhora o estado de saúde da população que servimos, trabalhando com grupos bem fortalecidos. Já aumentou o número de membros e os resultados são vistos em usuários que não conseguiam controlar a hipertensão arterial, assim como controlar a glicose no caso de diabéticos.

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

Comparando o texto inicial sobre o estado de ESF e relatório situacional posso dizer que eu continuo trabalhando com a mesma equipe de saúde da unidade de saúde.

Conseguimos melhorar o acompanhamento e aumentar o atendimento de usuários com doenças crônicas das consultas programadas. Continuam as doenças respiratórias como a causa mais freqüente de consultas.Conseguimos trabalhar com grupos prioritários, com maior qualidade do que no inicio e mudar estilos de vida,muitas vezes modificar fatores de risco dos usuários e familiares.A palestra educativa para grupos é mantida três vezes por semana,com a incorporação de muitos mais usuários.A relação com a população é muito boa,nosso trabalho aumentou a grau de satisfação deles.A equipe está trabalhando mais unida e com maior engajamento.

2 Análise Estratégica

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal terminal. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais e cerca de 10 milhões são diabéticos. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica submetido à diálise. (BRASIL, 2013). Obviamente estratégias de saúde pública são necessárias para abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida na atenção primária e reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e DM.

É de muita importância o trabalho na atenção básica na busca de pacientes com as doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes mellitus, porque é bem conhecido, que a porcentagem dos mesmos é muito alta, mas sem dúvida, faltam muitos por diagnosticar e tratar. Evitar as complicações trabalhando de modo a prevenir os fatores de risco com ações programáticas que inclui alta qualidade da consulta, a formação de grupos, com realização de exames de controle, palestras educativas na unidade e comunidade, tudo com um só objetivo, mudar estilos de vida inadequados, realização de um tratamento de uma forma correta, não

abandono por parte do usuário, entre outras atividades. Por isso o trabalho de intervenção é de extrema importância na comunidade de nossa área.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pertencentes à área de abrangência da USF Adalberto Aragão, Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes da unidade de saúde.

Objetivo2. Melhorar a qualidade da atenção ao hipertensos e/ou diabéticos.

Meta2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta 2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos e/ou 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 e/ou 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 e/ou 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 e/ou diabéticos.

Meta 6.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Adalberto Aragão, no Município de Rio Branco, no Acre. Mediante o método de coleta de dados, utilizando para o mesmo: formulário de anamnese na primeira consulta e consultas sub seqüentes, planilha coleta de dados, palestras, assistência e tratamento odontológicos. Participarão da pesquisa todos os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência e cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Miletos. Será utilizado o Caderno de atenção Básica Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013) e Cadernos de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (2013).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Adalberto Aragão.

Meta 1.1 - Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 - Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa.

Detalhes Confeccionar um registro de Hipertensos e Diabéticos cadastrados com os dados gerais data de consulta feita e data da próxima consulta, o qual será revisado pela equipe diariamente.

Organização e gestão do serviço:

- Cadastrar a população de Hipertensos e Diabéticos da área adstrita.

Detalhes: Os ACS realizarão o cadastro de os Hipertensos e Diabéticos, em cada micro área eles vão procurar os faltosos a consultas já programadas.

Detalhes: Os Hipertensos e Diabéticos com alguma doença aguda serão atendidas no mesmo dia e aproveitaremos para incorporá-lo ao cadastro, e a próxima consulta já é agendada.

Detalhes: Realizar visitas domiciliares priorizando este grupo para encontrar os Hipertensos e Diabéticos e cadastrar além de dar informação sobre as consultas e o programa da unidade.

- Priorizar o atendimento de Hipertensos e Diabéticos.

Detalhes: Organizar o atendimento para facilitar o acompanhamento do Hipertenso e Diabético da área, com consultas três vezes por semana no horário da manhã com exclusividade para este público alvo.

Engajamento público:

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

Detalhamento: A equipe de saúde informara nas palestras educativas nas consultas e atividades de grupo, visitas domiciliares e no mural da unidade de saúde sobre o programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

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

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, sobre alimentação saudável, prática de exercício físico e mudar estilo de vida nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar à equipe no acolhimento Hipertenso e Diabético, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde dos Hipertenso e Diabético de propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a saúde dos Hipertensos e Diabéticos sobre as informações que devem ser fornecidas à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhes Realizar a capacitação de toda a equipe no acolhimento dos Hipertenso e Diabético, as políticas de humanização com ajuda dos protocolos de saúde de Hipertenso e Diabético duas vezes por semana. .

Detalhes Planejar os temas para a capacitação a desenvolver pelo médico e enfermeira, dirigido a todos os integrantes da equipe na primeira semana.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento de: Hipertenso e Diabético

Metas:2.1. Realizar exame clínico apropriado em 60 % dos hipertensos.

Metas:2.2. Realizar exame clínico apropriado em 60 % dos diabéticos.

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

Metas:2.4. Garantir-nos 100% dos diabéticos cadastrados realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Metas:2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabético cadastrados na unidade de saúde.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o percentual de pacientes hipertensos e diabéticos novos que ingressaram no programa.

Detalhes:Mensalmente monitorar o porcentual de hipertensos e diabéticos que ingressa no programa.

Organização e gestão do serviço:

Detalhes Fazer busca ativa de hipertensos e diabéticos que não tiverem comparecido no serviço na comunidade nas visitas domiciliar.

Detalhes: Revisar periodicamente o registro de hipertensos e diabéticos da unidade procurando aqueles que não assistem a consulta.

Engajamento público:

- Informar às pacientes sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde de hipertenso e diabéticos e sobre a importância da realização das consultas.

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

Detalhes Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhes: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhes: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes nas palestras de grupo, nas consultas, nas visitas

domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhes: Orientar aos ACS da unidade nas primeiras 2 semanas em uma capacitação de como cadastrar corretamente os pacientes novos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

- 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 .
Detalhes: Orientar aos ACS nas primeiras 4 semanas em uma capacitação pratica o jeito de verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg .

Detalhes para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg treinar aos ACS

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

Metas3.1-Buscar 100% dos hipertensos e 100 % dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de hipertensos e diabéticos previstas no protocolo

Detalhes: O medico, enfermeira e os ACS escrevera nos registros planilhas e prontuários dos Hipertensos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, igualmente também os que ainda precisa cadastrar se.

Organização e gestão do serviço:

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhes: Os ACS vão a procuras nas visitas domiciliar os faltosos as consultas, anteriormente planejada nas reuniões de equipe por a doutora,enfermagem e administrativa em conjunto com ACS.

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

Detalhes: Vão a fazer em conjunto Médico, ACS e enfermeira, em consultas, visita domiciliar e em conversa na recepção. As consultas novas são planejadas uma vez por semana para a tarde.

-Garantir material adequado para realização das medidas de PA y realização de glicemia.

Detalhes: A administrativa da unidade vai solicitar com tempo o material suficiente pra realização da glicose, e aparelho pra medir pressão arterial na unidade (esfigmomanometro).

-Ter versão atualizada do protocolo de hipertensivo e diabetes impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhes. Vai existir na recepção da unidade um protocolo impresso sobre diabetes e hipertensão disponível para todos na unidade em caso de duvida.

Engajamento público:

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

Detalhes: Vão a fazer nas reuniões de grupo, palestras educativas sobre a importância das consultas, aproveitaram também as visitas domiciliar e consultas mesmas. Vai ser feita por os ACS, enfermagem da unidade e a doutora.

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos.

Detalhes: Ouviremos aos pacientes da comunidade algumas ideias e opinião sobre como evitar os faltosos e sua recuperação.

-Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhes: Vão a fazer todos os Médicos, ACS, enfermeira, em consultas, visitas domiciliar e em conversa na recepção. Também aproveitamos as reuniões com o Conselho de Saúde da comunidade sobre o horário das consultas para hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhes: Treinar aos ACS nas 1ª e 2ª semana para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, responsável médica e enfermagem da unidade.

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

Detalhes: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, na 1ª e 2ª semana, responsável médica e enfermagem da unidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhes: Avaliar a qualidade deve ser feito por a doutora e enfermagem todas as semanas na reunião de equipe.

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

Detalhes: Avaliar a qualidade deve ser feito por a doutora e enfermagem todas as semanas na reunião de equipe.

Organização e gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhes: A doutora, enfermeira e os ACS anotarão nos registros planilhas e prontuários dos hipertensos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar se, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco.

Engajamento público:

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

Detalhes: Vai ser feito todos os meses, impar tiremos uma preparatória planejada por a enfermeira, medico e grupo municipal de promoção de saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

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

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

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

Detalhamento: Todos os meses serão realizados uma capacitação planejada pela enfermeira e grupo municipal de promoção de saúde paratreinara equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: O médico e a enfermeira treinarão a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas mensais.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação:

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

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

Detalhes: A equipe vai fazer uma avaliação pelo menos uma vez por ano do risco estratificado mediante exames de laboratório e clínico dos pacientes com critério sobre todo.

Organização e gestão do serviço:

-Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, agendando quinzenais 10 pacientes.

Detalhes: O médico realizara duas consultas por mês para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhes: O médico organizará a agenda almejando o aumento das consultas semanais para o atendimento destes usuários.

Engajamento público:

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

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

Detalhes: Vai ser feito por equipe nas reunia os de grupo,consultas,visitas domiciliar e nas atividades da comunidade por os ACS,enfermagem e doutora quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis e quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular..

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.

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

Detalhes: Vai fazer uma capacitação da equipe nas primeiras 4 semanas sobre equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés,

Detalhes Vai Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação na 3era semana,vai ser feita por a enfermagem e doutora.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Metas 6.2. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Serão realizadas orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos, durante as consultas pelo nutricionista do município uma vez por mês.

Organização e Gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: O nutricionista do município organizara, em reuniõesdo grupo com hipertensas e diabéticaspráticas coletivas sobre alimentação saudável uma vez por mês.

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

Detalhamento: O médico em conjunto com o gestor demandara parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade todos os meses.

Engajamento público.

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

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informará ahipertensos/diabéticos e seus familiares em consultas, visitas domiciliariam sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Todos os meses haverá uma capacitação planejada pela enfermeira e médico para treinar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Todos os meses haverá uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.3 e 6.4. -Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente as ações para atividade física regular aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela enfermeira para monitoramento.

Organização e Gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico e enfermeira em reuniões do grupo com hipertensos e diabéticos orientara sobre importância de atividade física uma vez por mês.

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

Detalhamento: O médico em conjunto com o gestor demandara parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Engajamento público.

- Orientar hipertensos/Diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informara a hipertensos/diabéticos e a comunidade em consultas, visitas domiciliares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pela enfermeira para treinar a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.5 e 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente as ações sobre riscos do tabagismo aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela enfermeira para monitoramento.

Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: O médico demandara ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público.

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

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informará a hipertensos/diabéticos e em consultas, visitas domiciliares sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pela médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Metas: 6.7.e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente as orientações sobre higiene bucal aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela dentista e auxiliar de dentista para monitoramento.

Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: O dentista organizara o tempo médio para realizar exame bucal a todos os usuários hipertensos e diabéticos em consultas ou visitas domiciliares, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: A equipe de saúde orientará os hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal em consultas e visitas domiciliares.

- Qualificação da prática clínica.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O dentista e auxiliar do dentista treinarão a equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal mensal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Adalberto Aragão.

Meta 1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I

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 2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I.

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 diabéticos.

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

Indicador. 2.1

- Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador. 2.2

- Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador. 2.3

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

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

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

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

Indicador. 2.4

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

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

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

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

Indicador.2.5

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

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

Denominador: Número total de 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.

Indicador.2.6

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

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

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

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 cadastrados na 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 diabéticos ao programa.

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

Indicador. 3.1

- Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador. 3.2

- Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador. 4.1

- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador. 4.2

- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador. 5.1

- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador. 5.2

- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador. 6.1

-Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.2

- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.3

-Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.4

-Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.5

-Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.6

-Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.7

-Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.8

-Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para atendimento aos Hipertensos e Diabéticos será adotado o protocolo de hipertensão e diabetes Ministério da Saúde 2013. Para organizar o registro específico da intervenção e poder coletar os dados dos usuários, utilizaremos os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos além da ficha espelho disponibilizada pelo curso e já disponível na unidade com ajuda da enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde. Na unidade de saúde temos o equipamento para medir pressão arterial e para fazer teste de glicose no sangue aos usuários que participaram de nossa intervenção.

Nossa Equipe de Saúde da Família vai fazer uma reunião de equipe semanalmente para discutir as deficiências encontradas na semana anterior e reprogramamos para a recuperação de todas as ações planejadas que ficaram pendentes. Sobre todo aos pacientes faltosos às consultas, exames de laboratório pendentes, odontológicos e será realizada uma programação de paciente diabéticos e hipertensos que serão atendidos na semana seguinte, tanto em consultas como visitas domiciliares. Esta reunião semanal tem como objetivo avaliar, e realizar o registro específico de cada paciente que será digital com todos os dados necessários do paciente como nome, endereço, idade, IMC, peso, altura, entre outros. Assim nos dá uma idéia real e concreta sobre a atual situação da qualidade de registro ou prontuário. Até agora temos várias dificuldades que encontramos e estão relacionadas à pontualidade e assistência do paciente em relação às consultas marcadas, tanto médica e odontológica, além de também exames complementares.

Nas visitas domiciliares por ACS, enfermagem e a médica realizadas na semana bem como em consultas e reunião de grupos, vamos informar aos pacientes de nossa comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes, acerca da importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, pelo menos, uma vez por ano. Orientar a Comunidade sobre o rastreamento para diabetes Mellitus com pressão arterial maior de 135\80mmhg, além de orientar sobre fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes enfatizando

nas complicações. Para atingir tais doenças, que compõe o Programa estamos capacitando os ACS para verificação da pressão arterial e medir a glicose de forma criteriosa, realizando uma prática para uso ótimo de instrumentos apropriados até agora semanalmente.

Na reunião, com a nossa Equipe de Saúde, especificaremos quais são os exames de laboratório indicados e vamos fazer uma análise dos pacientes faltosos a exames já marcados anteriormente. Todos os ACS vão ter a responsabilidade de recuperar tais exames. Orientar e treinar, também avaliar, a equipe para seguir a protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares dos pacientes.

Para poder monitorar os pacientes hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, em consultas e visitas domiciliares, serão encaminhados a visita ao odontologista previamente no acordo na reunião de equipe com nossa odontóloga da unidade para que haja uma avaliação de suas necessidades, através de nosso agendamento na UBS. Também orientar a comunidade da importância de realizar a avaliação da saúde bucal uma vez por ano pelo menos.

O nosso trabalho será focado no propósito da prevenção de problemas e complicações que poderão surgir por isso às palestras são muito importantes para que o paciente cuide-se e realize um tratamento correto, explicar sobre a maneira correta do uso do fio dental, uso correto da escovação, uso de flúor se possível evitar refrigerantes, álcool, tabagismo, entre outros. Tais problemas são freqüentes em nossa comunidade, a avaliação odontológica depende das consultas que são poucas, pois a dentista só trabalha no horário da manhã sendo a mesma não suficiente. Este ponto será analisado com a odontóloga na reunião de equipe da semana para aumentar o número das consultas para o grupo de hipertensos e diabéticos da comunidade.

Para um melhor atendimento, especificamente nas consultas, contamos com um bom exame físico e com os aparelhos suficientes na unidade. Especificamente para a consulta médica contamos com uma maca para exame de boa qualidade, esfigmomanômetro e hemoglicoteste, privacidade total, temperatura adequada, para ajudar nas palestras. Também vamos usar o computador e vídeos para educação em saúde e para informar também contamos na unidade com mural colocado na recepção.

Quanto aos recursos humanos nossa equipe de saúde é composta por ACS, a enfermeira, técnica de enfermagem, odontologista e a médica, e para um bom desempenho das ACS capacitaremos e treinaremos duas vezes por semana para um correto e adequado uso dos aparelhos para medir pressão arterial e glicose. Tudo será planejado e avaliado nas reuniões de equipe semanalmente e nas consultas e visitas domiciliares.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Na unidade básica de saúde, Adalberto Aragão, no município Rio Branco, estado Acre, desenvolvemos a intervenção na ação programática para melhorar atendimento da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencente à área de abrangência da USF.

Durante o período das 12 semanas do projeto de intervenção, fizemos um cronograma que foi cumprido e realizamos todas as ações propostas no eixo de monitoramento e avaliação para cumprir os objetivos e metas planejadas. O monitoramento da cobertura de detecção de pacientes hipertensos e diabéticos foi feito, além disso, monitoramos os exames laboratoriais em dia e que estejam adequadas para cada paciente, cumprindo com a realização destes exames previstos como estabelece os protocolos do ministério de saúde (2013) e respeitando a periodicidade. Monitorou-se igualmente a qualidade dos registros de pacientes com hipertensão e diabetes e fizemos uma avaliação de riscos de cada um deles. Os pacientes receberam orientações sobre sinais de alerta e de possível complicações para as duas doenças, sendo que todos receberam também orientação sobre os fatores de risco para Hipertensão e Diabetes que foram acompanhados na unidade de saúde básica e nas visitas domiciliares feitas por os agentes de saúde.

Em relação às ações destinadas a organização e gestão do serviço, foram acolhidos e cadastrados todos os pacientes hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde na área de cobertura por demanda induzida e demanda espontânea e preenchendo uma ficha espelho para cada um dos usuários. Todos os

usuários que chegaram a nossa UBS foram acolhidos, após o acolhimento fizemos uma revisão no livro de registros e com a ficha espelho registramos seus dados. A enfermeira foi a responsável pelo monitoramento das adequabilidades dos registros em conjunto com as ACS. Foi feito um arquivo.

Apresentaram-se muitas dificuldades no princípio com as fichas espelhos, a quantidade não foi suficiente, mas com ajuda do secretário de saúde e a equipe inteira que imprimiu com recursos próprios, o problema foi resolvido. As informações do sistema de atenção básica ficaram atualizadas nos prontuários ou fichas próprias. Os pacientes que não faziam acompanhamento por algum motivo(eram o grupo de maior risco de complicações)forma acompanhamentos de forma diferenciada, priorizando vagas para o atendimento clínico e realizamos exames em nosso posto de saúde,sendo encaminhados para avaliação por especialistas quando necessário. Fizemos visitas domiciliares aos usuários com busca ativa de faltosos a consulta, fizemos indicação de exames laboratoriais a todos os usuários que não tinha exames atualizados.

Fizeram-se várias atividades de palestras com a comunidade,sendo que foram feitas na igreja e unidade de saúde com objetivo de dar a conhecer o projeto de intervenção e a importância de fazer um bom acompanhamento para evitar complicações futuras e diminuir os fatores de risco. Foram abordados outros temas de prevenção, além da realização dos exames laboratoriais,horários de atendimento,horário dos exercícios físicos.

Durante a intervenção procuramos estratégias para garantir a realização dos exames, os ACS fizeram visitas domiciliares na comunidade para evitar o número excessivo de pacientes faltosos e para que todas fossem à consulta para fazer acompanhamento na unidade de saúde, além disso,aumentamos o número de vagas para atendimento diário e se procurou o material suficiente para atendimento dos mesmos, em coordenação com a enfermeira e equipe de saúde.

Os pacientes na comunidade foram orientados acerca de seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde atualizados no serviço e a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. Todas as semanas nas atividades de grupo, consultas e visitas domiciliares os usuários receberam palestras individuais ou coletivas acerca dos riscos de complicações.

Foi bem organizada por semana mediante capacitação das agentes de saúde pela enfermeira e a médica. Em três reuniões de equipe a capacitação foi feita por

um educador físico e um nutricionista. Apesar de ser primeiramente uma das dificuldades (não contar com o educador físico e da nutricionista para as atividades), depois foi um sucesso. Eles conseguiram capacitar à equipe no tema. Porém, a equipe nunca deixa de fazer alguma atividade, a enfermeira e médica orientaram aproveitando seus conhecimentos acerca da correta alimentação e como praticar exercícios físicos.

Algumas palestras foram sobre complicações mais freqüentes nos pacientes, importância de acompanhamento, alimentação saudável, saúde bucal (palestra feita pela dentista), importância da prática dos exercícios físicos, evitar hábitos inadequados como tabagismo, álcool entre outros, importância dos exames periódicos, importância de medir a pressão arterial depois do 18 anos pelo menos uma vez por ano. As palestras foram muitas, a equipe aproveitou até os pacientes que ficaram esperando para serem consultados, não importando que não fosse do grupo. Delas participavam o médico, a enfermeira, os ACS e técnica de enfermagem.

Informar na comunidade a função de cada profissional de nossa equipe de saúde, além das palestras colocou informações nos murais sobre a existência do projeto de intervenção, fizemos reuniões com líderes da comunidade acerca da importância do projeto de intervenção, para que nos ajudassem com a divulgação, foi muito bom contar com o apoio positivo da comunidade e das lideranças de nossa área.

Em relação a qualificar a prática clínica, realizamos ações que visaram capacitar à equipe no acolhimento dos usuários; cadastramento dos usuários; a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia; e exame clínico em dia; além disso, se atualizou a enfermeira na coleta dos exames de laboratório de acordo aos protocolos do ministério de saúde, ao controle de peso e em cada consulta com aferição de pressão arterial e atualização de vacinas nas consultas. Disponibilizaram-se os protocolos técnicos na unidade para o manejo dos resultados destes exames e seguimentos deles se foram alterados.

As capacitações foram feitas na unidade de saúde uma vez por semana, (mas as mesmas começaram duas semanas antes de dar início ao projeto de intervenção), durante as 12 semanas as ACS fizeram um bom trabalho com os registros dos pacientes. Os registros foram feitos adequadamente e monitorados pela enfermeira que avaliou todas as semanas na reunião de equipe. Fizemos uma

avaliação de risco a todos os pacientes para estas doenças e possíveis modificações e para orientar sobre a prevenção de complicações.

Durante a intervenção, tivemos algumas dificuldades, no entanto, buscamos encontrar maneiras de resolvê-los. Algumas delas foram, por exemplo, a falta de um professor de educação física para participar nas atividades esportivas do grupo de hipertensos e diabéticos. A enfermeira e médica possuem alguma experiência anterior em relação a pratica de exercícios físicos em pacientes hipertensos e diabéticos, bem como a terceira idade. Isso nos permitiu orientar os profissionais de saúde para auxiliar na realização de atividades em grupo. Mas, no entanto, lembramos que o professor fez uma capacitação nas últimas semanas. Outra dificuldade foi relacionada com os exames de laboratório demorados e, sobretudo aqueles de ultrassonografia, Raios x, Eletrocardiogramas e outros.

Os encaminhamentos também tiveram algumas dificuldades, as consultas com os especialistas demoraram demais. Outra dificuldade foi o atendimento odontológico. Houve muita dificuldade com a avaliação odontológica dos pacientes hipertensos e diabéticos, pois nosso posto de saúde só tem atendimento pelas manhãs e as vagas não foram suficientes.

Outro problema que se apresentou em nossa unidade foi que às vezes a farmácia não contava com todos os medicamentos necessários, no entanto os pacientes eram encaminhados para a farmácia popular onde adquiriam os medicamentos baratos.

Outra dificuldade foi que o projeto começou atrasado por causa das chuvas intensas no território que causou história de dilúvio no Acre, decreto de emergência, as unidades de saúde trabalharam só para ajudar na inundação.

Outra dificuldade foi que o material na primeira semana para medir glicose nos usuários foi insuficiente, porém depois, não tivemos esse problema durante toda a intervenção.

Se apresentarem dificuldades também com cadastramento digital, devido que a unidade de saúde não tem internet, no entanto informamos várias vezes e não foi resolvido pelo gestor, em relação com os registros de todos os dados necessários para o trabalho no prontuário de cada usuário não tivemos problemas, tampouco na planilha de coleta de dados.

Não contamos com nutricionista para as atividades de grupo, no entanto ela deu depois uma capacitação para a equipe. No entanto, nunca a equipe deixou de

fazer atividades de orientação para a população, à equipe foi capacitada pela enfermeira e médica.

Positivo foi que toda a equipe da unidade, se mostrou entusiasmada e deu apoio ao trabalho de intervenção, os gestores também ajudaram oferecendo materiais necessários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto. No tempo que ficamos alagados continuamos o trabalho e a intervenção na mesma unidade de saúde que não apresentou problemas diretamente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamos todas as planilhas de coletas de dados a cada semana e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Agora que o projeto de intervenção termina, o programa de atenção a hipertensos e diabéticos vai continuar e para isso nossa equipe vai continuar desenvolvendo todas as ações propostas em nossa intervenção, com maior qualidade no acolhimento e melhor acompanhamento das consultas e visitas domiciliares.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Em nossa unidade Adalberto Aragão, realizamos a intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos com o objetivo de alcançar a melhoria da atenção à saúde prestada. Na área adstrita à UBS existe um total de 192 pacientes com hipertensão e 61 com diabetes, que seriam então cadastrados e acompanhados de forma sistemática. Ao longo da intervenção nossa equipe estava ganhando conhecimento e foi aumentando o número de cadastros semanais e atendimentos. Atingimos em 12 semanas um total de 191 hipertensos e 61 diabéticos cadastrados.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Adalberto Aragão.

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Adalberto Aragão.

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

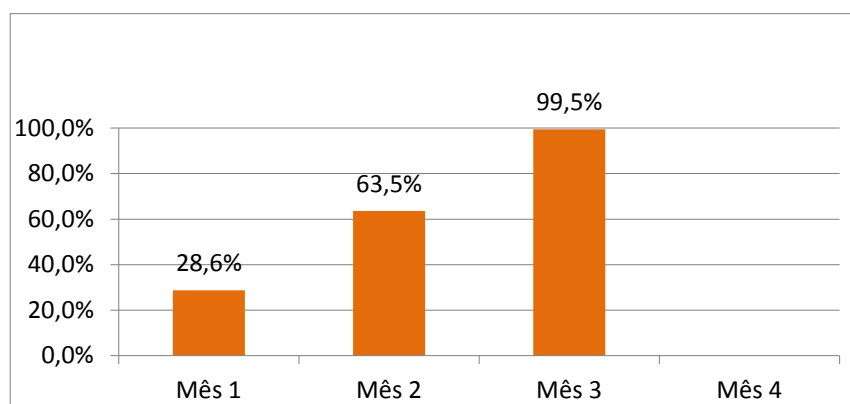


Figura 1 - Gráfica da Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Para melhorar a cobertura completamos os cadastramentos que estavam incompletos e aumentamos o número das consultas por dia, sendo dois dias especificamente só para os pacientes hipertensos e diabéticos. A assistência para serem consultados os pacientes foi maior também devido a que aumentou o nível de informação da população e assim a procura pelo cadastramento. No primeiro mês foram cadastrados 55 hipertensos, representando 28.6%, no segundo mês 122 representando 63.5%, ao final, no terceiro mês, a cifra aumentou para 191 (99.5%) conseguindo a meta que esperávamos.

Meta 1,2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Adalberto Aragão.

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

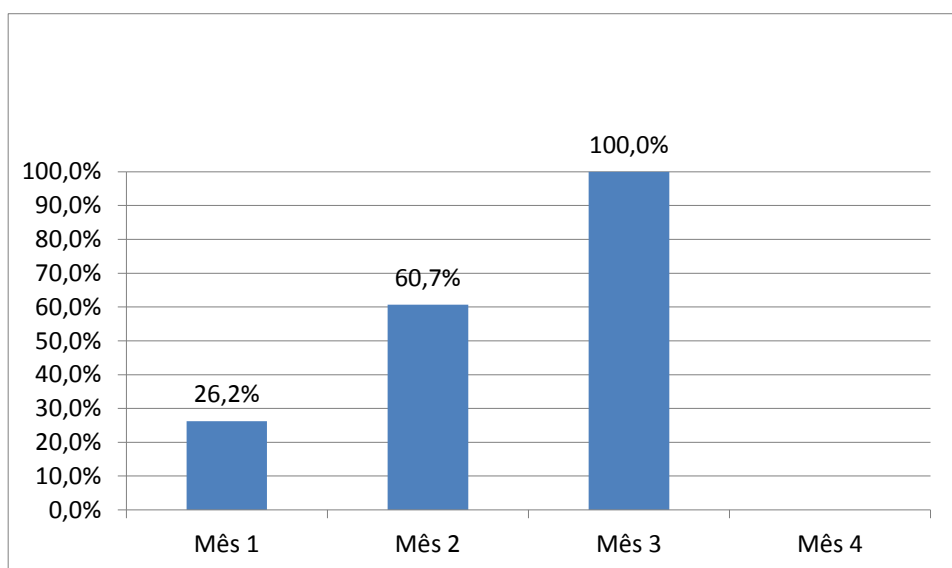


Figura 2: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Em relação à cobertura do programa de atenção aos diabéticos no primeiro mês alcançamos 16 representando 26.2%, no segundo mês 37 (60.7%) e no terceiro mês 61 pacientes, no caso atingiram 100% de cobertura. Para cumprir o objetivo 1 primeiro o projeto foi divulgado na comunidade e na unidade de saúde pela equipe nas consultas, palestras de grupo, mural informativo e mediante as visitas domiciliares e as lideranças da comunidade. Para aumentar a cobertura na unidade de saúde dos hipertensos e diabéticos, foram aumentadas as consultas para dois dias durante a semana, as agentes de saúde receberam uma capacitação para começar o

cadastro dos pacientes, o que foi realizado corretamente e monitorado pela médica e enfermeira da unidade.

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

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

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

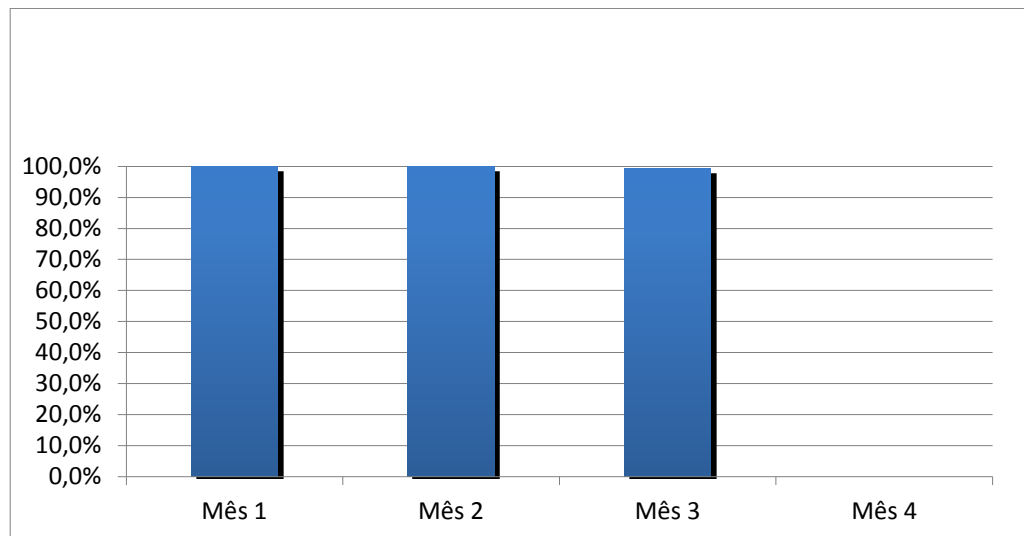


Figura 3 - Gráfica da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

A proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 55 pacientes (100%), no segundo mês foi 122 hipertensos (100%) e no terceiro mês 190 pacientes para um resultado de 99.5%, o resultado foi a meta planejada inicialmente por a equipe de saúde, portanto o resultado foi muito próximo do esperado por nós.

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

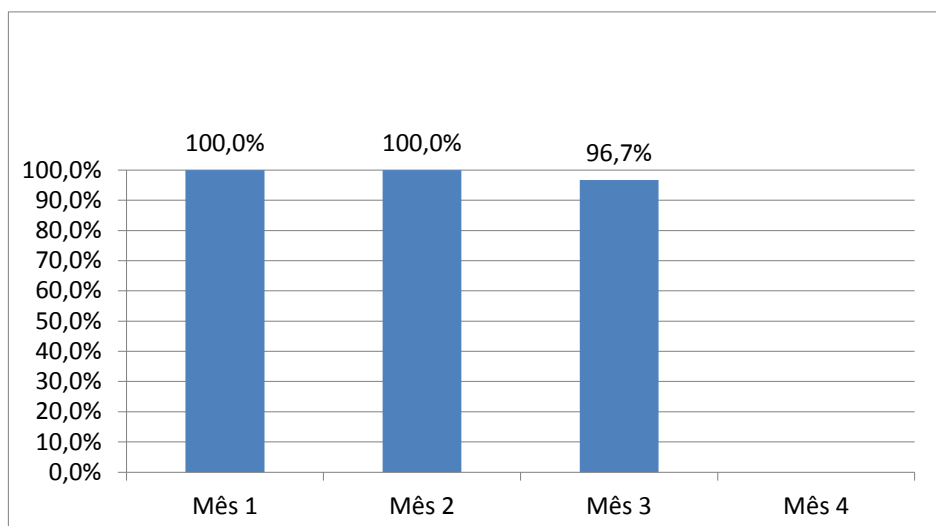


Figura 4 - Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

A proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 16 pacientes (100%), no segundo mês, 37 diabéticos (100%) e no terceiro mês 59 para um resultado de 96.7%. O resultado foi muito próximo meta planejada inicialmente pela equipe de saúde. Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos nas consultas, foi realizado o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo do programa de hipertensão e diabetes da unidade do ano 2013, sendo feito por a médica e enfermeira com apoio das agentes de saúde que receberam capacitação anteriormente, na unidade durante o acolhimento e consultas.

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.

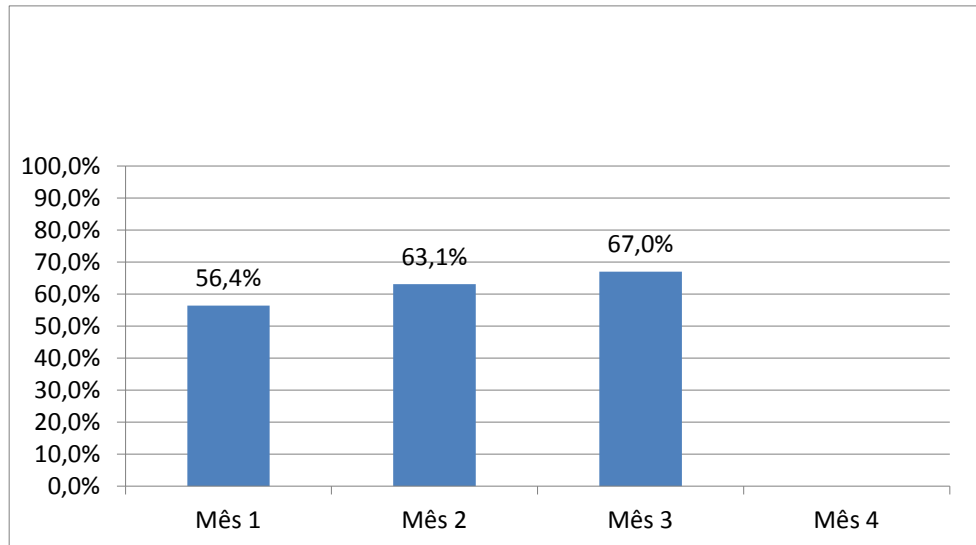


Figura 5 - Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês foi de 31 pacientes (56.4%), segundo mês 77 (61.3) e no terceiro mês 128 (67%).

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.

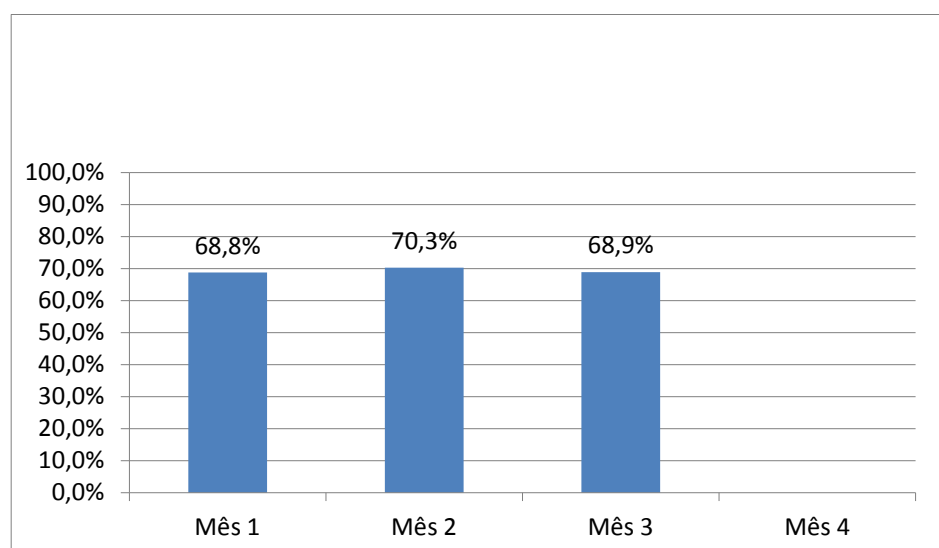


Figura 6 - Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

A proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi baixa, apenas 11 (68.8%), no segundo mês 26 pacientes (70.3%) e no terceiro mês 42 (68.9%).

Para a melhoria deste indicador, monitoramos os exames laboratoriais em dia e que estavam adequadas para cada paciente hipertenso e diabético, cumprindo com a realização destes exames previstos como estabelece os protocolos do ministério de saúde (2013) e respeitando a periodicidade, fizemos indicação de exames laboratoriais a todos os usuários que não tinha exames atualizados. Mesmo assim, neste caso, a proporção de hipertenso e diabético não foi a esperada pela equipe, o problema fundamental se deve a rede publica que demora muito tempo para agendar os exames e entregar os resultados sobre todos os exames de imagem como ultrassom e raios-X. No nosso caso a gestão não foi suficiente para resolver o problema. Mas mesmo assim fizemos indicação de exames laboratoriais a todos os usuários que não tenham exames atualizados. A maioria foi realizada na unidade saúde de referencia

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

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

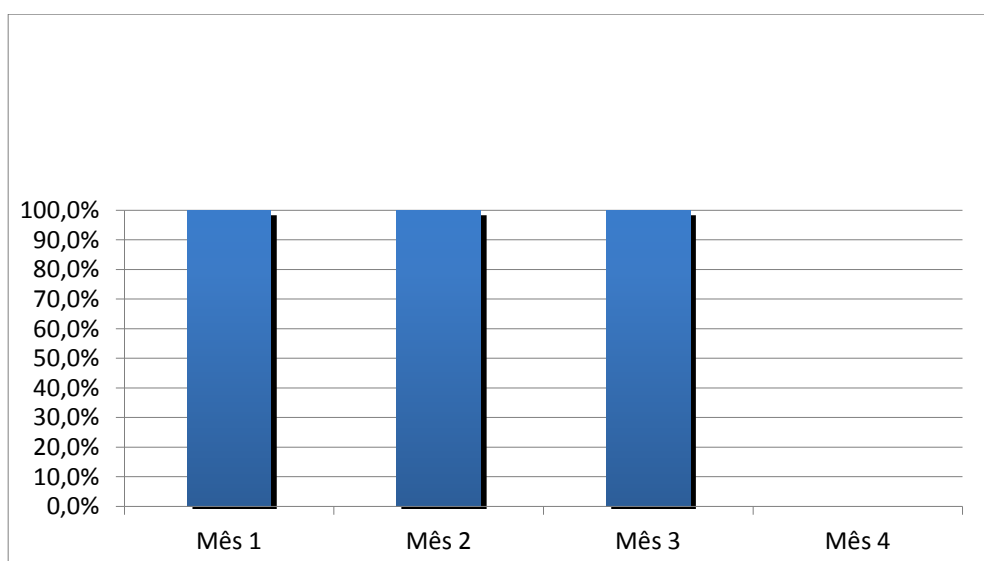


Figura 7 - Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/hiperdia priorizada

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/Hiperdia priorizada.

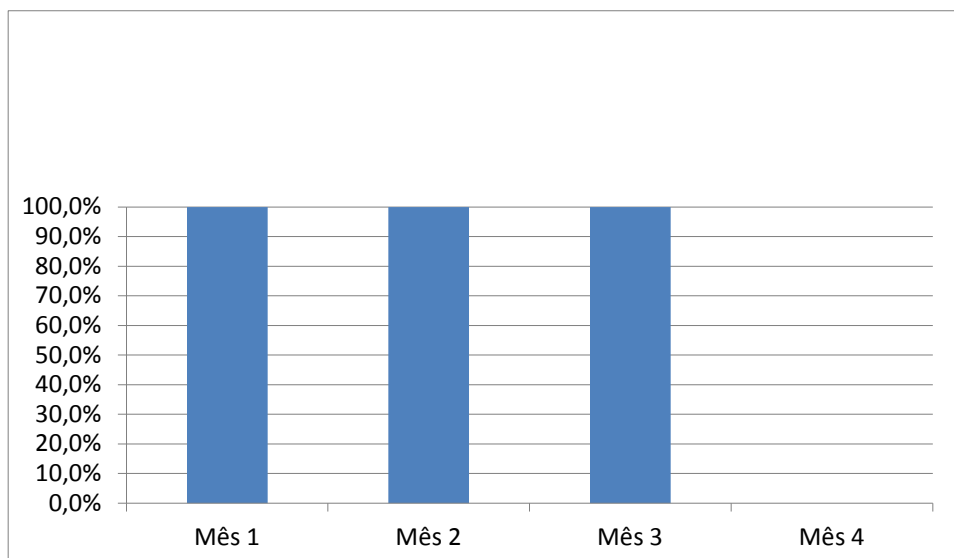


Figura 8 - Gráfico da Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/hiperdia priorizada.

Para todos os pacientes hipertensos e diabéticos, foram prescritos medicamentos da farmácia popular durante toda a intervenção, nas diferentes consultas. Isso foi possível graças a disponibilidades dos medicamentos nas farmácias do município e ao empenho e compromisso da equipe adequar as prescrições.

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.

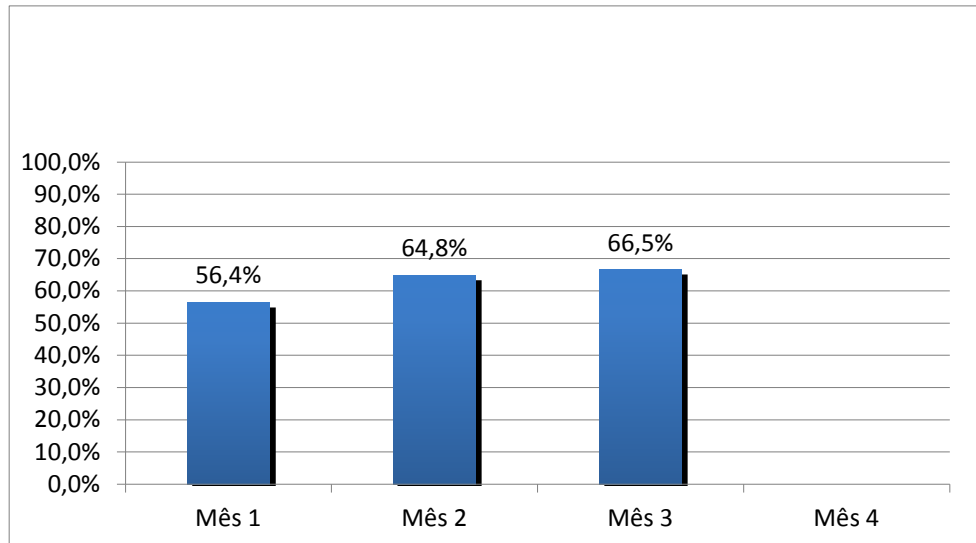


Figura 9 - Gráfica da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Em relação a proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foi de 31 pacientes (56.4%), no segundo mês 79 (64.8%) e no terceiro mês 127 (66.5%).

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.

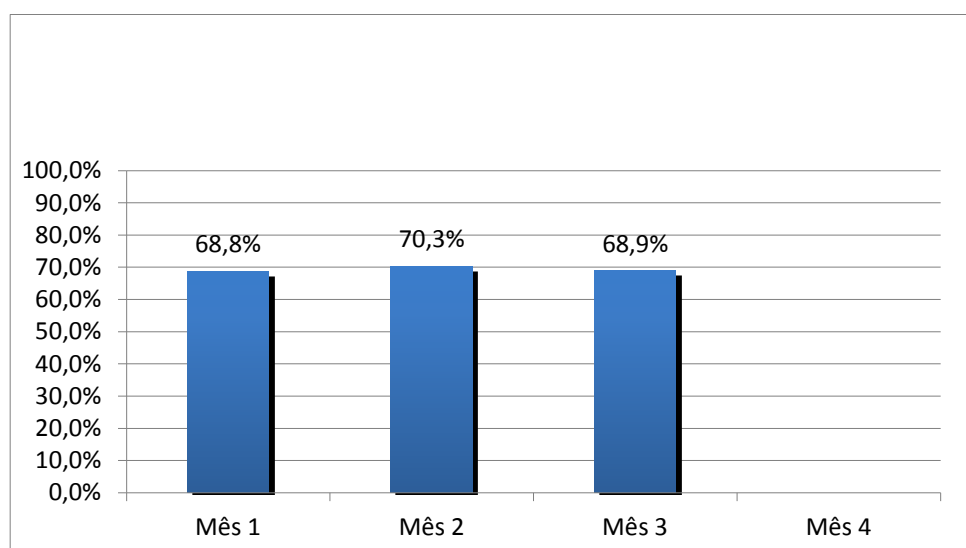


Figura 10 - Gráfica da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Em relação a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foi de 11 pacientes (68.8%), no segundo mês 26 (70.3%) e no terceiro mês 42 (68.9%). A proporção não foi a melhor em nossa opinião, no entanto melhorou em relação ao atendimento anterior na unidade. Para cumprir a avaliação de atendimento odontológico nos pacientes do grupo, a dentista aumentou o número das consultas por dia melhorando muito a quantidade de atendimentos. Além disso, a médica deu algumas palestras educativas nas atividades de grupo e o resto da equipe também, mesmo assim, não foi suficiente para alcançar 100%. O programa precisa aumentar à carga horária da dentista na unidade de saúde, que por enquanto o atendimento é só pelas manhãs, e assim as vagas são poucas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e 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.

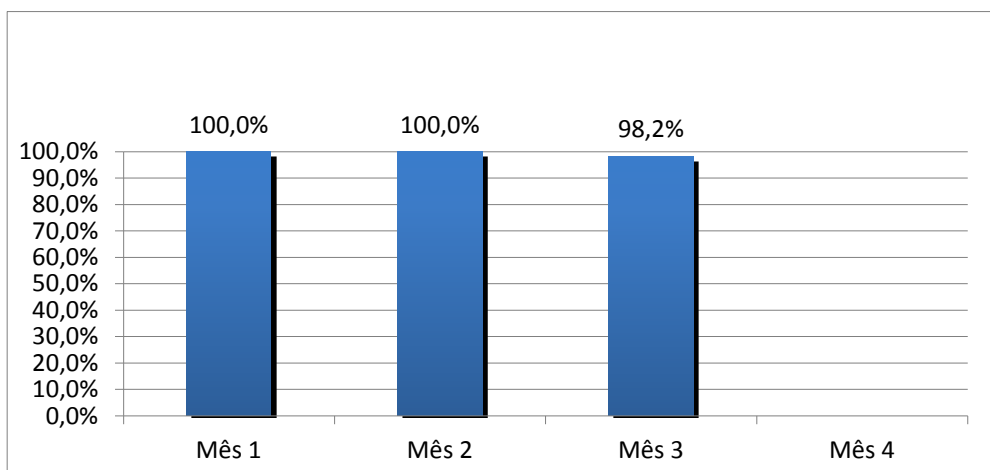


Figura 11 - Gráfico da Proporção de hipertenso faltoso às consulta com busca ativa.

Em relação à proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa foi no primeiro mês 18 (100%), no segundo mês 36 (100%) e no terceiro mês 55 (98.2%).

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.

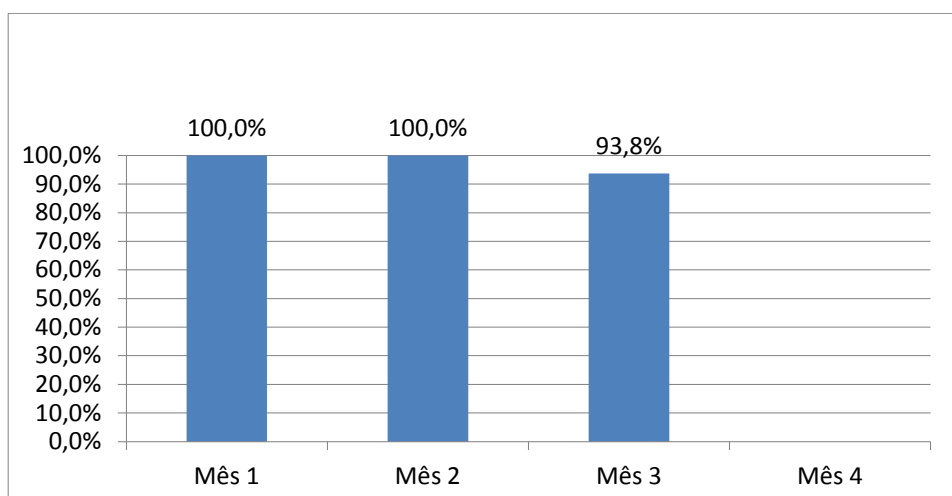


Figura 12 - Gráfica da Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Em relação aos diabéticos faltosos às consulta com busca ativa foi no primeiro mês de 4 pacientes (100%), no segundo mês 8 (100%) e no terceiro mês 15 (93.8%).

Neste caso, para a procura dos faltosos as consultas a equipe fez visitas domiciliares toda semana, sempre foi analisado durante a reunião da equipe e sendo de suma importância o apoio das ACS que visitaram semanalmente os mesmos. No terceiro mês a cifra baixou um pouco, isso devido a que um número pequeno de pacientes não aceitou o atendimento na unidade saúde por se consultar nas consultas privadas ou diretamente na rede pública na fundação, como no caso dos diabéticos temos nessa situação 2 pacientes.

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.

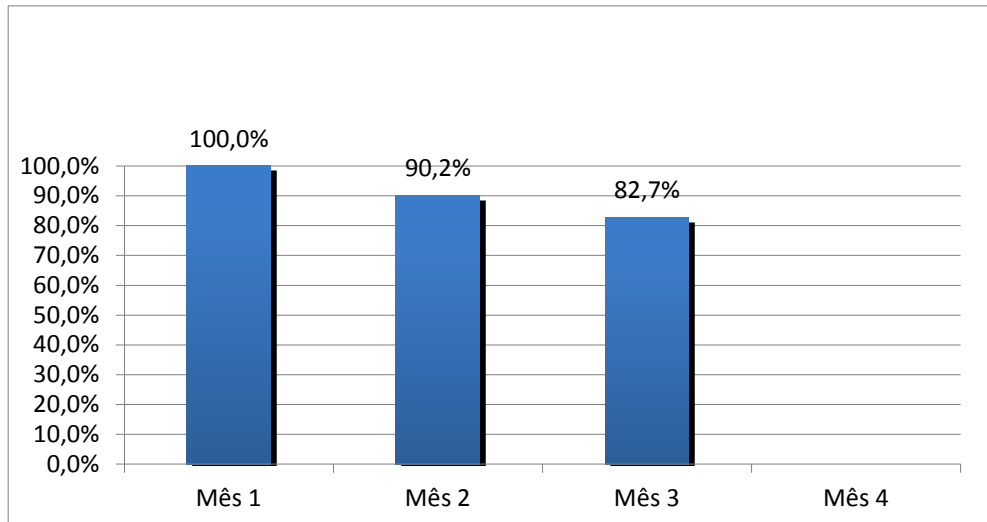


Figura 12 - Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês foi de 55 pacientes (100%), no segundo mês foi de 110 (90.2%) e no terceiro mês 158 (82.7%).

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

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

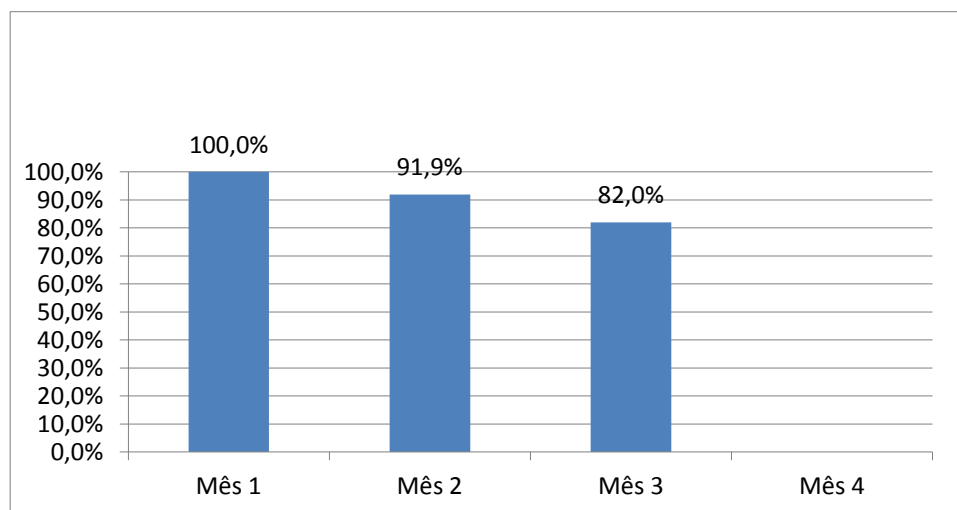


Figura 13 – Gráfico da Proporção de diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento.

O quantitativo de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês foi 16 pacientes (100%), no segundo mês foi de 34 (91.9%) e no terceiro mês 50 (82%). Em relação aos registros ao principio não tínhamos suficientes fichas espelhos na unidade. Nesse caso, por um tempo a equipe ficou preenchendo os dados no prontuário, fizemos uma capacitação com a equipe e a enfermeira ajudou muito com a mesma, antes das consultas as ACS realizaram o preenchimento dos dados agilizando o atendimento, o gestor ajudou muito na disponibilidade das fichas de espelho.

Objetivo 5: Mapear os 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.

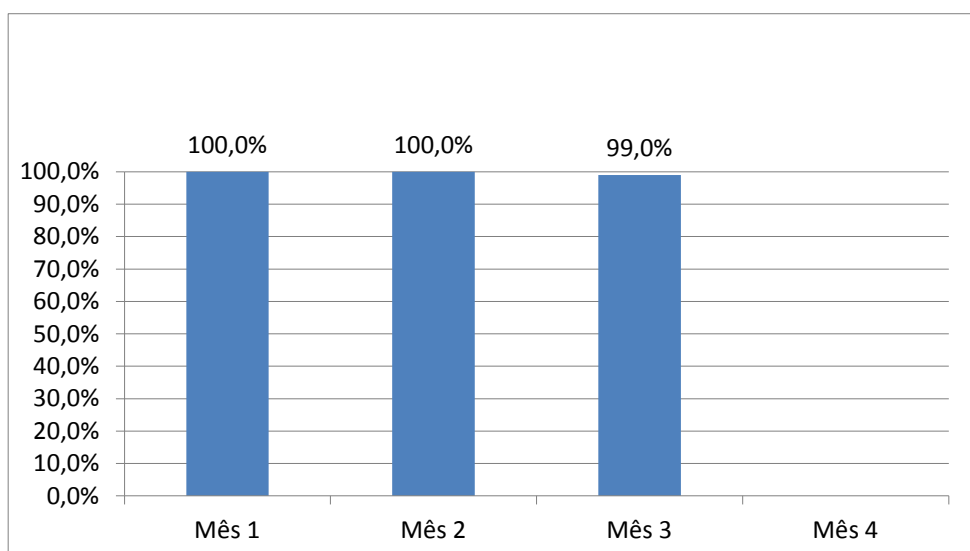


Figura 14 - Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês foi 55 pacientes (100%), no segundo mês foi 122 (100%) e no terceiro mês 189 (99.0%).

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.

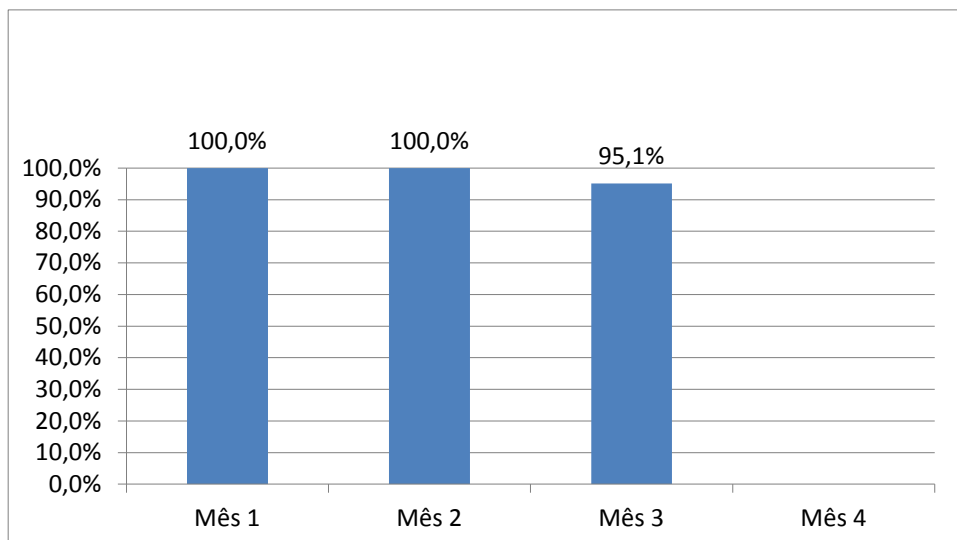


Figura 15 - Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

O quantitativo no primeiro mês foi de 16 pacientes (100%), no segundo mês foi 37 (100%) e no terceiro mês 58 (95.1%). Assim quase atingimos a meta proposta e melhoramos a qualidade da atenção realizando a estratificação de risco cardiovascular. Isso se deu graças ao empenho de toda a equipe, e a competência da médica que se capacitou e em todas as consultas assumiu o compromisso de realizar o exame clínico de forma completa e adequada conforme o protocolo. Apesar de no terceiro mês termos apresentado uma pequena diminuição da proporção conseguimos alcançar um bom resultado.

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.

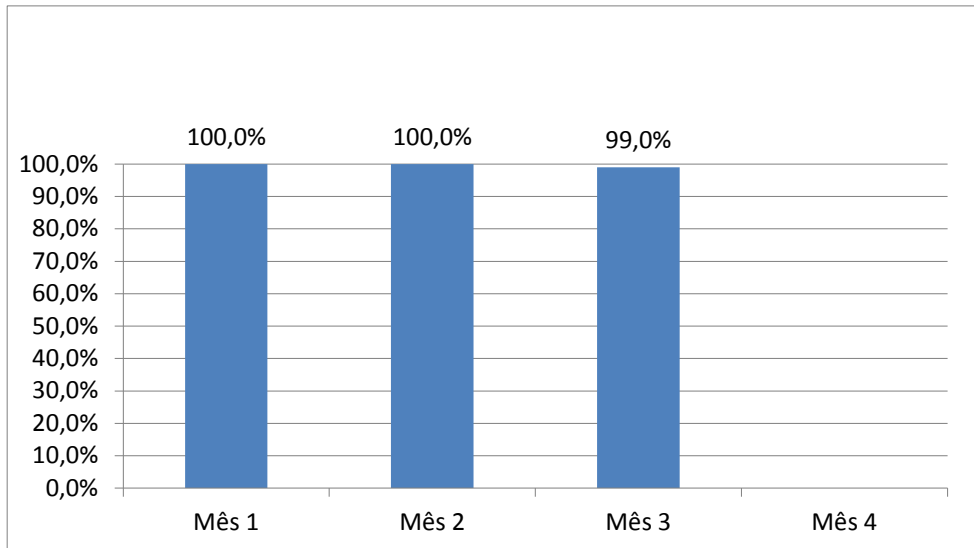


Figura 16 - Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

O quantitativo no primeiro mês foi 55 (100%) no segundo mês foi 122 (100%) e no terceiro mês de 189 (99%) conseguindo na maior parte do tempo a meta planejada.

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.

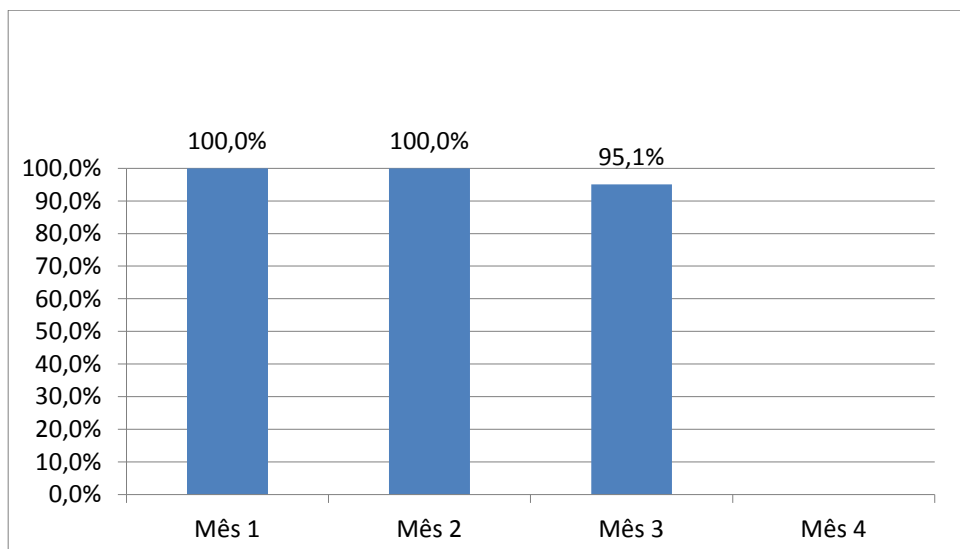


Figura 17 - Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Neste caso no primeiro mês foram 16 pacientes (100%), no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 58 (95,1%) Em relação às ações de orientações nutricionais

para os hipertensos e diabéticos, foram ótimas durante toda a intervenção, aproveitamos todos os momentos em palestras de grupo desenvolvidas pelas ACS, pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e durante as consultas foi muito importante. A enfermeira e médica orientaram aproveitando seus conhecimentos acerca da correta alimentação. A equipe recebeu uma capacitação com a nutricionista na unidade de saúde que permitiu aumentar o conhecimento e orientou uma melhor forma de informar aos pacientes durante as palestras. Durante as reuniões de grupo, os pacientes participaram esclarecendo dúvidas acerca dos alimentos saudáveis como as frutas (os diabéticos tinham dúvidas da quantidade a consumir no caso das frutas, por exemplo), saladas, evitar a gordura entre outros, evitar as bebidas gasosas, incrementar na dieta as carnes brancas como o peixe e o frango, estas palestras foram feitas na unidade de saúde e comunidade como na igreja. Em duas ocasiões preparamos um café da manhã para começar as palestras com exemplos de alimentos saudáveis. Isso permitiu interagir com a comunidade que agradeceu pelo gesto da equipe de saúde.

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

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

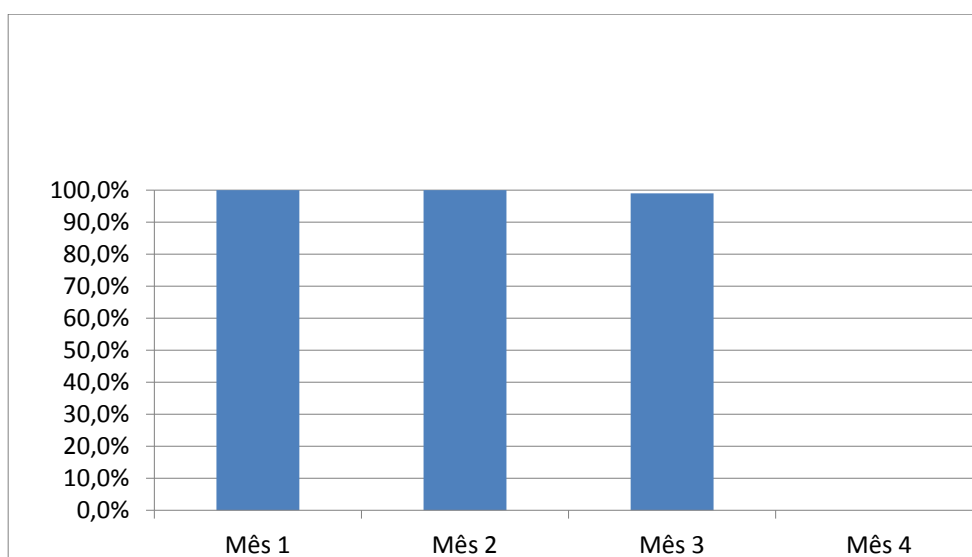


Figura 18 - Gráfico da Proporção de hipertensos com orientações sobre a prática de atividade física regular a partir do primeiro mês.

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

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

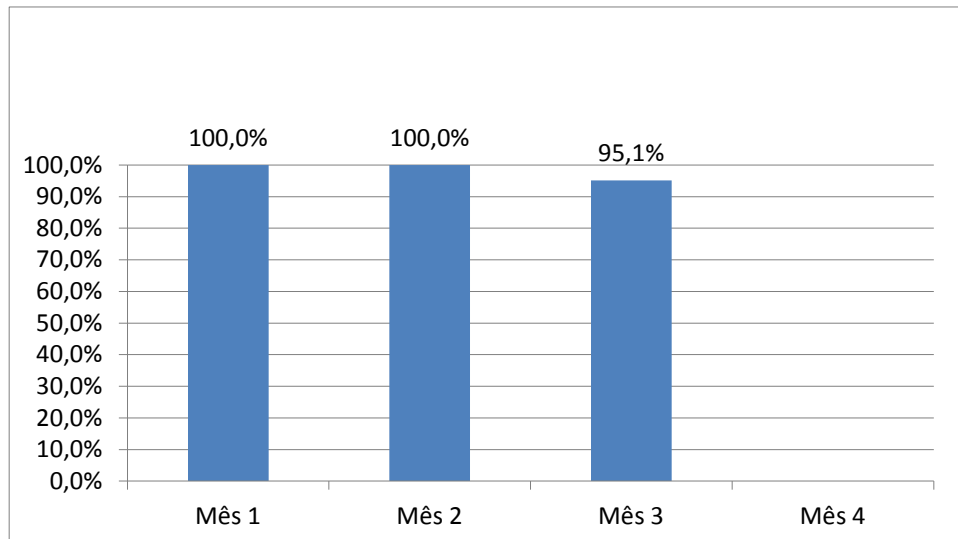


Figura 19 - Gráfico da Proporção de diabéticos com orientações sobre a prática de atividade física regular.

Neste caso no primeiro mês foram 16 usuários (100%), no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 58(95.1%). Quase todos estes receberam orientação da importância da prática de exercícios físicos regulares durante as consultas e atividades de grupo onde a médica e enfermeira realizaram exercícios em conjunto com os pacientes e as ACS. A princípio procuramos informação em livros e internet de como fazer exercícios corretamente com hipertensos e diabéticos, além disso, a médica da unidade de saúde tinha experiência com alguns grupos, igual a enfermeira que foi muito importante. Em três ocasiões a capacitação da equipe foi feita por um professor de educação física,. Apesar de ser uma das dificuldades no principio (não contar com o professor de educação física e da nutricionista para as atividades) depois foi um sucesso já que eles conseguiram capacitar à equipe no tema. A equipe ficou satisfeita.

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

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

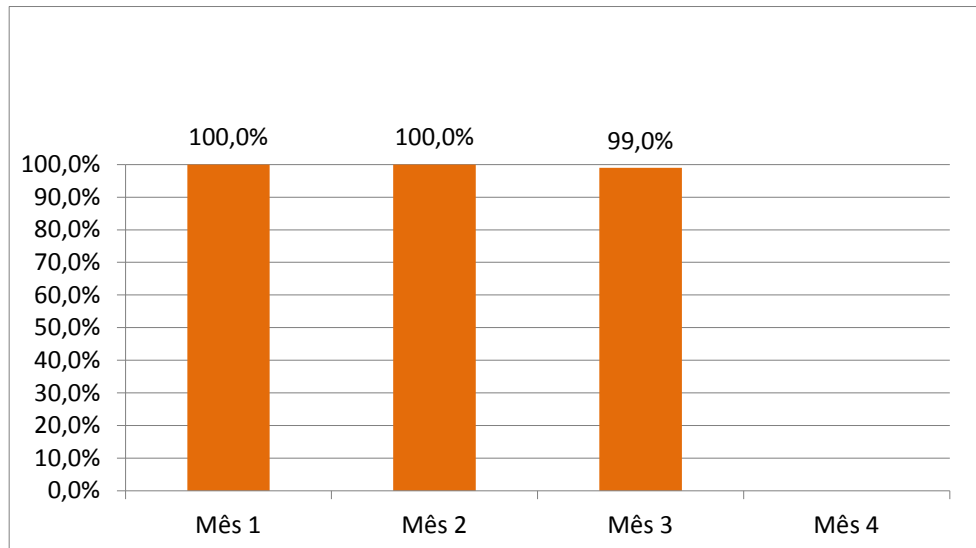


Figura 20 - Gráfica da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Neste caso no primeiro mês foram 55 pacientes (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 189 (99 %). Durante as reuniões de grupo os pacientes participaram esclarecendo dúvidas acerca dos riscos de tabagismo e sobre as consultas para pacientes tabagistas.

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

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

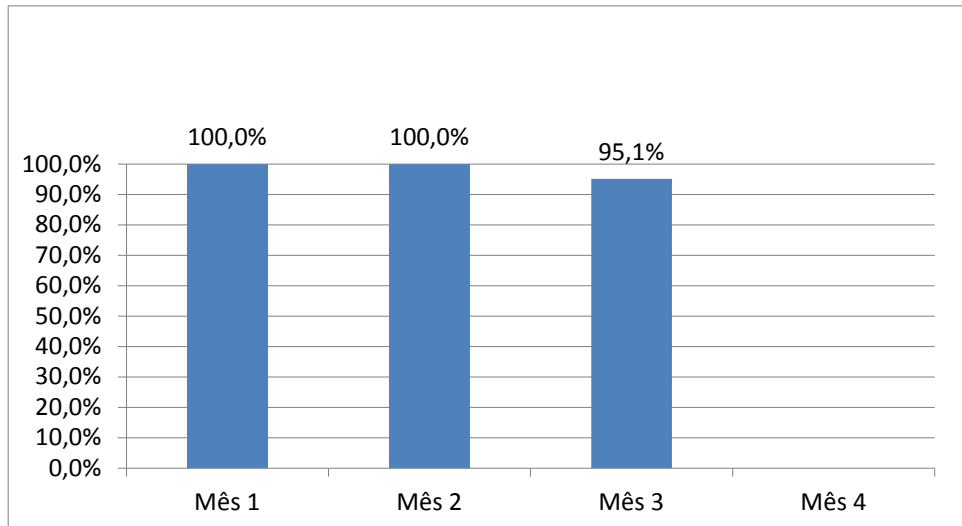


Figura 21 - Gráfico da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção os diabéticos também receberam orientação sobre os riscos de tabagismo. No primeiro mês foram 16 pacientes (100%), no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 58 (95,1 %). A orientação sempre realizada durante as consultas, atividades de grupo e aqueles que desejavam abandonar o hábito de fumar foram encaminhados para a unidade de referência.

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

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

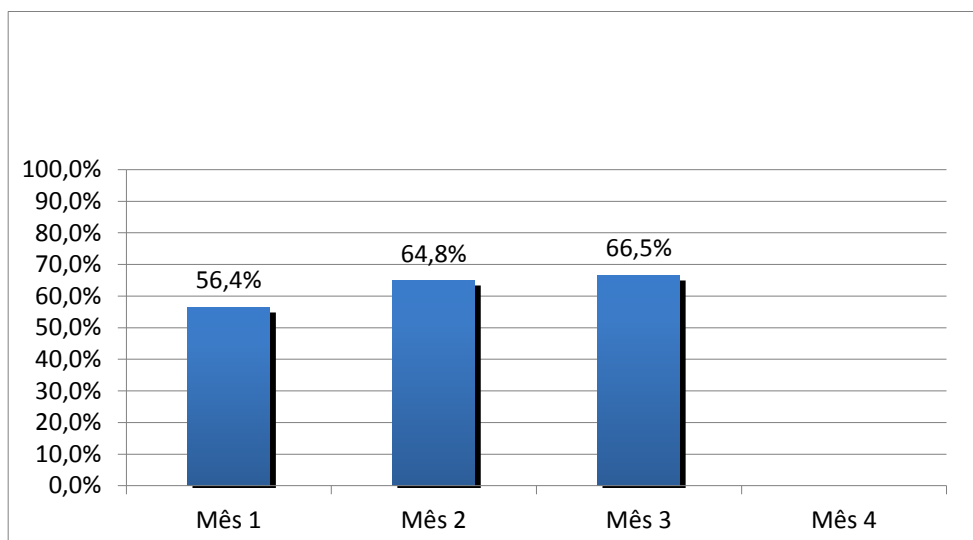


Figura 21 - Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

O quantitativo com a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês foram 31 pacientes (56,4%), no segundo mês 79 (64,8%) e no terceiro mês 127 (66,5 %), não conseguindo a meta planejada. O número de pacientes é grande em relação a uma só dentista para uma área de abrangência muito grande.

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

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

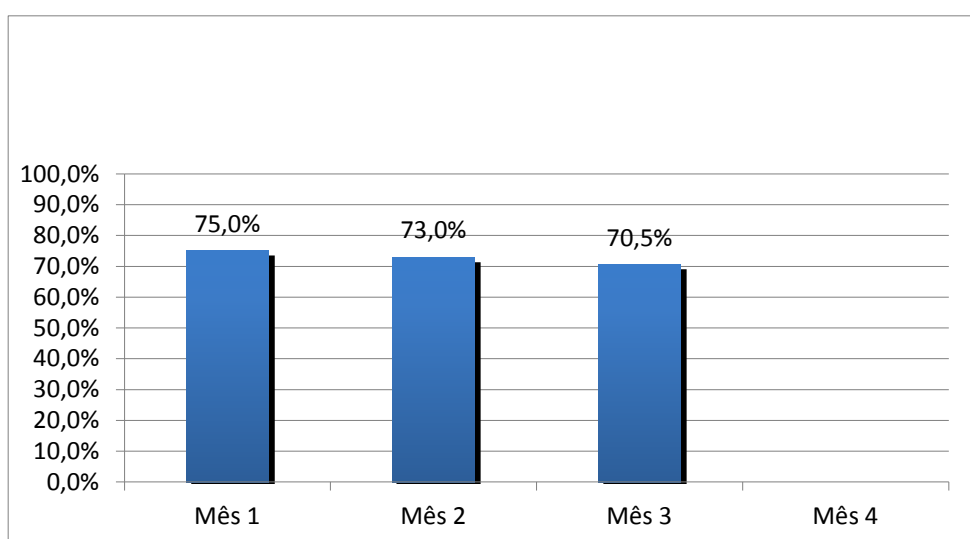


Figura 22 - Gráfico da Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

O quantitativo com a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês foram 12 pacientes (75,0%), no segundo mês 27 (73,0%) e no terceiro mês 43 (70,5 %) não conseguindo a meta planejada.

Neste caso as orientações foram feitas nas consultas da dentista e clínica geral, além de aproveitar atividades de grupo (a dentista fez uma palestra educativa com o grupo), junto com as ACS, enfermeira e técnica de enfermagem da unidade. No entanto, não foi suficiente, pois o número de pacientes é grande em relação a uma só dentista e médica. As consultas de odontologia são muito importantes porque a dentista consegue fazer uma melhor avaliação da saúde bucal do paciente e orientar adequadamente.

4.2 Discussão

É bem conhecido que o grupo de pacientes portadores de hipertensão e diabetes tem muitos riscos de complicações que acontecem, sobretudo quando eles não têm um bom acompanhamento nas consultas. Por isso que o objetivo principal do projeto foi melhorar o atendimento do grupo de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde, sendo que a cobertura aumentou significativamente, melhorando também o atendimento, com um número maior de consultas de clínica geral e odontologia.

Com o trabalho de intervenção, a equipe planejou todo o necessário, as capacitações, materiais, atividades com a comunidade entre outras. Ao final, conseguimos bons resultados. Durante a intervenção procuramos estratégias para garantir a realização dos exames, os ACS fizeram visitas domiciliares na comunidade para evitar o número excessivo de pacientes faltosos e para que todos assistam à consulta para fazer acompanhamento na unidade de saúde e se procurou permanecer com material suficiente para atendimento dos mesmos.

Em relação à promoção na saúde, foram muitas as palestras que receberam nas diferentes atividades de grupo por semana na unidade de saúde, também durante as visitas domiciliares, consultas e murais. Os temas foram variados (tabagismo, prática de exercícios físicos, alimentação saudável e outros). Nunca antes foram feitas esse número de palestras educativas e organizadas do jeito que agora fazemos, com a participação da equipe completa. Os pacientes da comunidade também foram orientados acerca de seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde atualizados no serviço e a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Em relação à qualificação da prática clínica, realizamos ações que visaram capacitar à equipe no acolhimento dos usuários, cadastramento dos usuários, a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia, e exame clínico em dia, além disso, se atualizou a enfermeira quanto à solicitação dos exames de laboratório de acordo aos protocolos do ministério de saúde, ao controle de peso em cada consulta com tomada de pressão arterial e atualização de vacinas nas consultas. Disponibilizaram-se os protocolos técnicos na unidade para o manejo dos resultados destes exames e seguimentos deles se fossem alterados. Enfim, o

funcionamento da unidade tem mais qualidade nesse sentido tendo em vista que a equipe está capacitada e atualizada nos diversos temas.

A equipe ficou mais unida, melhor capacitada, até as reuniões foram mais organizadas, com um melhor planejamento do trabalho por semana, aprendeu a trabalhar reconhecendo que unida no trabalho em equipe tem mais resultados positivos.

Foi muito bom contar com o apoio positivo da comunidade e das lideranças de nossa área, o projeto foi bem recebido, a comunidade ficou muito contente, satisfeita com os resultados. Ainda falta muito pela frente, mas a equipe vai continuar com o trabalho e resolvendo as dificuldades que se apresentarem.

5 Relatório da intervenção para gestores

Na unidade de saúde Adalberto Aragão, município Rio Branco, estado Acre, com uma população de 2.673 habitantes, foi realizada intervenção com os pacientes hipertensos e diabetes. Contamos com uma alta incidência de pacientes com estas doenças e baixa cobertura dos usuários cadastrados por nossa equipe de saúde na área de abrangência. Sendo doenças crônicas que causam seqüelas e incapacidades se o paciente sofre alguma complicação, mais freqüentes naqueles que não tem controle com tratamento nem bom acompanhamento. Nosso objetivo principal foi melhorar o acompanhamento, até o momento deficiente, evitando complicações futuras nos pacientes.

Para iniciar a intervenção que teve duração de 12 semanas, nossa equipe foi devidamente capacitada, tendo sido abordados diferentes temas importantes para poder realizar nosso trabalho com qualidade e numa parceria forte, para ter como resultado uma intervenção exitosa. Trabalhamos a compreensão dos aspectos clínicos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a aferição da pressão arterial, a medição da glicose e peso corporal, preenchimento correto de registros e cadastros, da importância de evitar hábitos tóxicos como tabaquismo, álcool, importância do tratamento correto, da dieta, da prática de exercícios físicos, entre outros. A fim de realizar uma intervenção com a máxima qualidade possível, conseguindo esclarecer dúvidas, para ter a equipe mais preparada acerca desta ação programática e aumentar o grau de engajamento com o projeto e comunidade.

Com a nossa intervenção, aumentamos a nossa cobertura para pacientes com hipertensão e diabetes mellitus, com a melhoria do acolhimento ao cuidado integral dos nossos pacientes, ofertando um melhor acompanhamento com maior qualidade. Em relação aos indicadores do programa de atenção ao hipertenso na unidade de

saúde, com o encerramento da intervenção alguns objetivos não foram alcançados como esperávamos, por exemplo, a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 56.4% e segundo mês 61.3% e terceiro mês aumentou para 67%, ainda insuficiente e a proporção de diabéticos no primeiro mês foi inferior a 68.8%, melhorou para 70.3% e no terceiro mês baixou um pouco para 68.9%. Vale salientar que temos problemas com os exames no município, pois os mesmos demoram muito para serem realizados, sobretudo aqueles de imagem como ultrassom e Raio X, por isso se torna imprescindível o apoio da gestão quanto a agilidade na realização dos exames.

Outro exemplo foi à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês foi de 56.4%, segundo mês de 64.8% e no terceiro mês aumentou para 66.5%. Nesta mesma ação a proporção de diabéticos no primeiro mês foi de 68.8%, segundo mês 70.3% e no terceiro mês foi de 68.9%, sendo assim a porcentagem durante a intervenção ficou estável, mas ainda não suficiente. O problema maior foi o horário da dentista que trabalha só pela manhã e, além disso, tem que dar atendimento a outros pacientes da comunidade. É por isso que em relação a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal diretamente por a dentista no primeiro mês foi de 56.4% e em segundo mês foi 64.8% e no terceiro foi de 66.5% e a proporção de Diabéticos foi no primeiro mês de 75%, segundo mês 73% e 70.5% no último mês. Assim sendo, para alcançar esse indicador de qualidade seria importante que a gestão possibilitasse o aumento de carga horária da dentista permitindo que a mesma participasse mais ativamente das ações programáticas de modo a trabalhar tanto o foco assistencial como a promoção à saúde.

Na intervenção conseguimos melhorar o acolhimento dos pacientes, as consultas foram com maior qualidade, a equipe deu um melhor acompanhamento a este grupo da população da área de abrangência da USF. Quando iniciamos nossa intervenção, a Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde no primeiro mês foi 28,6%, já no terceiro mês aumentou a porcentagem para 99.5% dos pacientes. Em relação aos diabéticos na unidade de saúde no primeiro mês cadastramos 26.2% e no terceiro mês aumentou para 100%, representando uma grande conquista a partir de muito empenho da equipe.

A Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de quase (100%) ao final da intervenção. A proporção de

hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular priorizada foi de (100%) durante toda a intervenção. Atingimos a meta possibilitando um melhor acompanhamento quanto ao tratamento.

Na procura dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi feita com muito êxito. A equipe melhorou o registro das informações, conseguindo manter a ficha de acompanhamento com registro adequado de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento melhorou muito.

Em relação à proporção de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico permaneceu alta, feita durante as consultas pela médica e a enfermeira, sendo realizada estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Em relação a promover a saúde de hipertensos e diabéticos realizamos uma boa orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos nas consultas e visitas domiciliar, durante as atividades de grupo e comunidade junto com a orientação da prática de exercícios físicos.

Como pontos positivos podem dizer que toda a equipe da unidade, se mostrou entusiasmada e deu apoio ao trabalho de intervenção, os gestores também ajudaram oferecendo materiais necessários. A intervenção para nossa equipe representou uma experiência maravilhosa, permitiu conhecer a realidade existente em nossa comunidade, ajudou a organizar nosso trabalho em relação ao atendimento de hipertensos e diabéticos baseado nos protocolos do ministério de saúde sobre esta ação programática, a importância de fazer os exames periodicamente e como modificar fatores de risco, avaliação de risco, a importância que tem estes exames em dia, os sintomas de alarme e como fazer mudanças de hábitos e estilos de vida nos pacientes, além de criar estratégias para melhorar a saúde.

Agora que o projeto de intervenção termina, o programa de atenção a hipertensos e diabéticos vai continuar e para isso nossa equipe vai continuar desenvolvendo todas as ações propostas em nossa intervenção, com maior qualidade no acolhimento e melhor acompanhamento das consultas e visitas domiciliar.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa unidade de saúde fez um projeto de intervenção para os hipertensos e diabéticos buscando melhorar a assistência oferecida. É bem conhecido que os pacientes que não tem tratamento ou não fazem um tratamento correto junto com a dieta, prática de exercícios físico e cuidados da saúde bucal, entre outros cuidados da saúde, podem apresentar várias complicações como, por exemplo, AVC, infartos e muitas outras que às vezes deixam incapacidades físicas ou motoras que impedem ter uma vida normal e em outras ocasiões provocam até a morte do paciente. Sendo assim, o trabalho de intervenção foi considerado para nossa equipe muito importante para evitar as complicações dos pacientes melhorando a qualidade e para levar um bom atendimento a nossa comunidade na área de abrangência. Foi atendido um total de 191 hipertensos e 61 diabéticos em consultas.

Nesse trabalho a cobertura dos pacientes desse grupo não ficava em 100%, por isso um dos principais objetivos era aumentar a cobertura, além de aumentar as palestras de saúde com maior funcionamento dos grupos de hipertensão e diabetes por semana e planejando uma participação ativa dos pacientes que esclareceriam as dúvidas acerca do tratamento, dieta, exercícios físicos e demais. O funcionamento dos grupos foi ótimo, até melhor porque a cifra dos pacientes superou as expectativas da equipe e o nível de satisfação da população é muito alto, participaram em atividades na unidade de saúde e na igreja. O apoio da liderança da comunidade foi total assim como a divulgação do projeto de intervenção.

Recuperamos pacientes faltosos a consultas e esperamos que continuem assistindo as consultas programadas na unidade de saúde. Todas as informações foram registradas em fichas espelhos e todos nossos hipertensos e diabéticos já tem cadernetas que estão corretamente preenchidas todos as

dados. Pedimos a toda população que continuem trazendo às cadernetas as consultas.

Ao final a equipe conseguiu consultar com mais integralidade nossos hipertensos e diabéticos. Também conseguimos a disponibilização de mais vagas por semana para o atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, além das consultas com a clínica geral. Também aumentamos a qualidade da equipe de saúde, no caso foram muitas as capacitações feitas..

Hoje a comunidade conhece mais sobre os fatores de risco da hipertensão e diabetes e como evitar complicações destas doenças e retornam para as consultas e o acompanhamento melhorou a qualidade. Assim sendo, a intervenção teve um bom impacto conseguindo modificar indicadores que melhoram a saúde dos hipertensos e diabéticos, dando soluções e orientações a toda a população e a equipe de saúde. A equipe ficou mais unida, melhor capacitada e contente com os resultados alcançados.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim, esta modalidade de estudo foi completamente diferente aos estudos anteriores na minha vida profissional, interessante, com professores que me orientaram só por internet mas a comunicação foi ótima, agradeço muito pela ajuda e apoio dela.

Tive de enfrentar diversos desafios com relação à tecnologia utilizada, além disso, por primeira vez também a uma língua que nunca antes falei o português. Pensei inicialmente que, fazer a especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com a população desconhecida, para mim ia ter muita relevância e seria muito difícil. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo e sobre todo quando os resultados começaram a aparecer.

O curso, sempre abordou elementos necessários para a atuação adequada dos profissionais no Brasil e foi uma ótima oportunidade no aperfeiçoamento profissional.

Este processo de aprendizagem oportuniza a produção de conhecimento e a qualificação da prática, possibilitando melhorar a atenção à saúde da comunidade, estando o curso dividido em unidades didáticas que visam à incorporação da teoria com a prática vivenciada pelos profissionais de saúde.

Vinculando o trabalho diário à especialização, compreendi muito mais o problema de minha população, que é muito diversificada cultural e socialmente, com uma diversidade de doenças, algumas conhecidas de meu país de origem, outras de países onde já trabalhei, e algumas novas para mim que me obrigaram a estudar muito, seus riscos e características de cada uma, relacionando aos conhecimentos adquiridos no curso.

Acredito que o curso de especialização foi muito importante porque aumentou em muito meus conhecimentos, além de que nos permitiu implementar nosso projeto

de intervenção, o que trouxe muitos benefícios para todos, principalmente para a comunidade mudando hábitos e estilos de vida dos pacientes e aumentando o conhecimento de todos eles.

Penso que o curso está bem desenhado, pois o aluno dispõe de múltiplas e diferenciadas informações para sua aprendizagem. Os métodos de avaliação utilizados, de modo geral, foram ótimos e contribuíram para a construção do conhecimento, facilitando-me a prática profissional, no contexto do sistema de saúde e realidade do Brasil. Considero que tem caráter prático e aplicado porque permitiu, com os casos interativos para conhecer o manejo das doenças no Brasil.

Com esta especialização não somente eu e a comunidade ganhamos, também para nossa equipe foi muita beneficiada, porque contribuiu para que a equipe se tornasse mais unida.

O curso me ofertou a possibilidade de trocar conhecimentos com outros profissionais da saúde tanto nacionais como estrangeiros, com os nossos professores e instrutores do curso, trocando idéias, conhecimentos o que enriqueceu ainda mais nosso processo de aprendizagem.

Com a conclusão do curso, sinto que sou uma médica melhor capacitada e fico contenta com isso, agradecer por sempre este curso de especialização.

Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterialIV**. In. Consenso tensão Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2006, São Paulo

CORTEZ-DIAS, N et al. Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. **Rev. Port. Cardiol.** 2009;28:499-523.

FUCHS, S C; CASTRO, M S;FUCHS, FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Hipertensão.** 2004;7(3):90-3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus: **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COELHO, EB et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**2005;85(3):157–61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde.**Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus- HIPERDIA**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 04 mar. 2009b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. 2002.

MACHADO, C A; BARBOSA, RB. **Epidemiologia e importância clínica**. In: Passarelli Jr O, Fonseca FAH, Colombo FMC, Scala LCN, Póvoa R, editores. Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica. São Paulo: Segmento Farma; 2008. p. 1-3.

Anexos

Anexo C- Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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