

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na ESF de Asa Branca, Boa Vista/RR**

SANDRA CASTILLO PANTOJA

Pelotas, 2015

SANDRA CASTILLO PANTOJA

**Qualificação da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na ESF de Asa Branca, Boa Vista/RR**

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

Orientadora: Elitiele Ortiz dos Santos

Pelotas, 2015

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

P198q Pantoja, Sandra Castillo

Qualificação da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF de Asa Branca, Boa Vista/RR / Sandra Castillo Pantoja; Elitiele Ortiz dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Elitiele Ortiz dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho à todos os que fizeram parte direta ou indiretamente na realização desta intervenção.

Agradecimentos

À meus amigos, equipe de saúde, comunidade, e profissionais da Unidade Básica, por terem acreditado em mim, oferecido apoio e esforços mantidos para chegar a concluir este Trabalho de intervenção.

Aos professores orientadores, pelos ensinamentos prestados, compreensão e dedicatória, e apoio oferecido nas diferentes etapas do trabalho.

À UFPEL pela excelência de ensino.

Resumo

PANTOJA, Sandra Castillo. **Qualificação da atenção as pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF de Asa Branca, Boa Vista\RR**. 2015. 87f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo todo. Porém, devem ser alvo da atenção pela sociedade, principalmente quando juntas geram potenciais complicações e elevam o índice de mortalidade. Esse trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção, que teve por objetivo qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF do Centro Municipal de Saúde de Asa Branca, do município Boa Vista, RR. Antes da intervenção não era realizado um adequado acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, havia dificuldades no registro das informações, falta de profissionais que se dedicassem ao planejamento, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS, o cadastro era desatualizado, a avaliação de saúde bucal era deficiente, a cobertura de medicamentos na farmácia era insuficiente para estes usuários, escassas atividades em promoção de saúde, e baixa cobertura na realização de exames complementares, determinando deficiências no atendimento e acompanhamento com qualidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A intervenção ocorreu durante três meses, com o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o monitoramento da intervenção foi utilizado a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Durante as 12 semanas de intervenção conseguimos desenvolver o cadastro continuo dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, aumento das frequência de consultas de acompanhamento. Dos 641 usuários hipertensos e 183 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 522 (81.4 %) usuários hipertensos e 148 (80,9 %) usuários diabéticos. Foi realizado a busca ativa de todos os usuários faltosos a consultas, desenvolvemos atividades de educação em saúde com a comunidade e grupos de hipertensos e diabéticos. Não foi possível alcançar a meta de 85% de cobertura para ambos grupos, devido à redução de um mês de intervenção, pois a proposta inicial era desenvolver a intervenção em 16 semanas, no entanto, foi reduzida para 12 semanas de intervenção, a falta de um ACS, a longa distância entre a UBS e a área de abrangência, e situações climáticas como fortes chuvas. Com o desenvolvimento destas ações conseguimos promover a saúde desta população alvo. A intervenção já está incorporada a rotina do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Capacitação da equipe	51
Figura 2	Atendimento clínico pela médica e enfermeira.	52
Figura 3	Atendimento Odontológico.	53
Figura 4	Atividade coletiva com o grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos.	55
Figura 5	Encontro com lideranças comunitárias.	55
Figura 6	Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015.	59
Figura 7	Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Asa Branca. ESF 5.6.	59
Figura 8	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015.	61
Figura 9	Gráfico de proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015.	62
Figura 10	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015.	63
Figura 11	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015.	63
Figura 12	Ação de saúde na escola e comunidade.	68
Figura 13	Atendimento em visita domiciliar aos usuários cadastrados no Programa.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
CS -	Centro de Saúde.
CEO-	Centro de Especialidade Odontológicas
DM-	Diabetes Mellitus.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
FE-	Ficha espelho.
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PMM-	Programa Mais Médicos.
PA-	Pressão Arterial
PS -	Pronto Socorro.
RR-	Roraima
RE -	Registro Específico.
SEMSA -	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS -	Sistema Único de Saúde.
TCC-	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS -	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas.
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento.
UNAUS-	Universidade aberta do SUS.

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados	58
4.2 Discussão	68
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências.....	82
Anexos.....	83

Apresentação

Este documento refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na ESF da Unidade de Saúde Asa Branca do município de Boa Vista\RR. O volume está organizado em sete capítulos sequenciais: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatório da Intervenção para Gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Ao final, está o relatório da intervenção, direcionados aos gestores e à comunidade respectivamente, e pôr fim a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de junho, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho em Boa Vista, Estado Roraima em uma Unidade de Saúde chamada Asa Branca do mesmo bairro. É uma unidade grande composta por quatro ESF que contam com um médico, um enfermeiro, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um técnico de enfermagem, exceto uma equipe que fica incompleta porque não tem o técnico de enfermagem; a outra equipe está incompleta: possui 5 ACS (com desfalque de um agente). Na UBS há um médico clínico geral para a atenção da população fora da área de abrangência, o que facilita e melhora o trabalho das ESF. Contamos ademais com atendimentos de Ginecologia, Psicologia, Nutricionista, Assistência Social, Odontologia, Enfermagem, Fonoaudióloga e Laboratório Clínico. Entre os principais serviços oferecidos a população estão: consultas médicas com atendimento integral e qualificado, inalações, injeções, curativos, vacinas, realização de exames laboratoriais, entrega de medicação básica aos usuários, encaminhamentos das urgência e/ou emergência, e encaminhamento para avaliação especializada com ficha de referência e contra referência.

Em relação à estrutura física, a UBS possui uma recepção pequena com área para arquivo, sanitário fem./masculino com condições insuficientes para usuários, sala de espera com capacidade para 30 pessoas, com poucas cadeiras, insuficientes para a quantidade de pessoas que solicitam os serviços todos os dias, farmácia com insuficiente oferta de medicamentos pela alta demanda, com

pouco espaço para armazenamento dos mesmos e outros insumos, sala de vacina, curativo, preventivo, ginecologia com banheiro, nebulização e oxigênio, laboratório clínico, um consultório odontológico com uma soa cadeira odontológica, compartilhado para dois odontólogos e uma técnica odontológica, consultórios médicos com pouco espaço e mobiliário antigo e inadequado.

Nossa equipe de saúde é o 5.6, atende uma população geral de 5030 habitantes com 800 famílias cadastradas, de baixo recursos socioeconômicos e nível cultural, com índice de violência médio, é de difícil acesso, com ruas em buracadas, alagadas e muito distante da UBS dificultando as vezes o bom acompanhamento dos usuários. Tem abastecimento de água pela rede pública, mesmo assim predominam muitas doenças infecciosas e parasitárias.

Nosso trabalho é desenvolvido voltado sempre às necessidades da população atendida. Trabalhamos nos Programas da APS como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da pessoa Idosa, Atenção às pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Saúde do Homem, Pré-natal e Puerpério, Clínica Geral, que no momento encontrasse muito desorganizado, já que não existe um ótimo acompanhamento das consultas de puericultura, das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, pré-natal e puerpério, e assim no restos dos programas. Dentro da organização semanal do trabalho da equipe estão: visita domiciliar com ACS das micro áreas, priorizando sempre pessoas idosas com problemas de locomoção, acamados, deficientes físicos e mentais, reunião para o planejamento de atividades educativas a população e organização geral do trabalho. O atendimento diário médio por dia é de 32 usuários, 16 no horário da manhã e 16 pela tarde, deixando 4 vagas para às urgências, os quais são agendados com antecipação no decorrer da semana, os dados dos usuários acompanhados são preenchidos em prontuários eletrônico a traves de tablete, que na melhorias das vezes resulta dificultoso preencher os mesmos pela péssima conexão à internet que temos na unidade.

Acredito que a qualidade de atenção aos usuários na APS fica prejudicada também, devido as burocracias estabelecidas pela rede de saúde, são inúmeros formulários para ser preenchidos, alguns exame simples e básicos para diagnostico demoram muito tempo para ser agendados, assim como os atendimentos especializados, o que acarreta a piora do estado de saúde dos usuários ou a necessidade dos mesmos de ocupar um leito hospitalário para

agilizar o que poderia ser feito a traves da APS .Também não existe uma boa relação entre os diferentes níveis de atenção ,o sistema de referência e contra referência es precário .

Até agora minha relação com os usuários e a comunidade é muito benéfica, estou grata de poder trabalhar no Programa Mais Medico Para o Brasil para poder ajudar esta população, e melhorar asem os indicadores de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Boa Vista é a capital e o município mais populoso do estado brasileiro de Roraima, situada na região norte do Brasil, com uma população total de 308.996 habitantes. Sua rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por um Hospital Clínico Geral e Cirúrgico; um Hospital da criança, um Hospital materno que consta com um Centro de Referência da Saúde da Mulher; serviços de pronto socorro e atendimento rápido; e dois Centro de Especialidade Odontológicas(CEO); tem um total de 33 Unidades Básicas de Saúde(UBS) para 55 de Estratégia Saúde da Família (ESF), temos disponibilidade de NASF, algumas UBS tem disponibilidade de atenção especializada de pediatria, ginecologia, nutrição, psicologia, foniatria, assistência social, serviços de odontologia e laboratórios clínicos para a realização de exames complementares.

Eu trabalho em uma UBS urbana do bairro Asa Branca, que tem o mesmo nome, tem 288 meses de funcionamento como ESF, não tem vínculo com as instituições de ensino. Com uma população da área da abrangência muito grande e bem definida, composta em sua grande maioria por uma população de baixo nível socioeconômico. A UBS é uma unidade grande, nela trabalham quatro equipes de saúde familiar, três delas contam com um médico, um enfermeiro, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um técnico de enfermagem, exceto uma equipe que fica incompleta porque não tem o técnico de enfermagem; a outra equipe está incompleta: possui 5 ACS (com desfalque de um agente), médico e enfermeiro, e não conta com técnico de enfermagem. Na UBS há um médico clinico geral para a atenção da população fora de área de abrangência, o que melhora e facilita o trabalho das ESF, também conta com o apoio de um

nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudióloga, uma técnica de consultório dentário, mais dois odontólogos.

A unidade de saúde foi reformada recentemente e conta com uma boa estrutura física, mas ainda assim podem-se encontrar muitas dificuldades: a sala de recepção é pequena, só tem banheiro para os usuários e não reúne as condições necessárias, não conta com corrimãos; a sala de espera só tem capacidade para 30 pessoas, com poucas cadeiras, insuficientes para a quantidade de pessoas que solicitam os serviços todos os dias, a farmácia tem pouco espaço para armazenamento dos medicamentos e outros insumos com medicamentos insuficientes para cobertura da população, não existe almoxarifado, nem local para o depósito do lixo, não conta com sala para os agentes comunitários de saúde nem enfermeiros, não existem banheiros para os funcionários da unidade, além disso, não tem sala de reuniões, as quais são feitas na sala da direção do centro de saúde, não tem área de lavagem, descontaminação do material e esterilização, os consultórios médico tem pouca capacidade, sem banheiro interno e mobiliário clinica pouco confortável, o sistema de reposição de mobiliário é insatisfatório, a calibragem de aparelhos e balanças não é realizado. Conta com sala de vacina, curativo, preventivo, ginecologia com banheiro, nebulização e oxigênio, laboratório clinico e odontologia com dois odontólogos para uma cadeira odontológica, e a pesar que conta com todas as condições necessária de equipamento, não tem instrumental para instalação e manutenção de próteses, assim como o abastecimento de materiais e insumos para a realização das atividades que são insuficientes como o equipamento de proteção individual e os materiais que se precisam para trabalhar como amalgama, cimento de restaurador temporário, fios de sutura odontológica entre outros.

Todas as salas tem janelas com uma ventilação e iluminação adequada, os pisos e paredes internas são lisas e laváveis ao igual que as portas, os pisos das diferentes salas são de superfície regular, estável e antiderrapante, existe sala para coleta de análises clinicam, as janelas são de madeira e não têm telas mosquiteiras, os lavatórios não possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, os armários são de superfície lisa de fácil limpeza, a sala de espera tem televisão, dispensadores de água gelada, áreas climatizadas e os prontuários são armazenados online. Minha UBS não tem toda uma estrutura

ideal, pelo menos tem uma estrutura real que assemelha a estrutura ideal, não é perfeita mais não impossibilita um bom atendimento e por enquanto funcionam adequadamente os serviços, o mais importante é ter uma equipe disposta a trabalhar pela população. Não contamos com tudo o equipamento e material necessário para fazer um trabalho ótimo, nossa UBS tem dificuldades por que não tem um sistema para a manutenção e substituição de virtualmente nada exceto drogas e consumo de material, e ter um mobiliário antigo e inadequado na maioria dos locais, além disso temos dificuldade com os aparelhos exemplo: estetoscópio de Pinard, estufa, negatoscopio, oftalmoscópio, otoscópio, e déficit de outros como: esfigmomanômetros, estetoscópios e balanças, aparelhos para fazer as curas das feridas. Com relação a acesso a material bibliográfico na UBS tem conexão da internet, telefone fixo na unidade, não tem caixa de som, câmera fotográfica, filmadora, gravador de som, projetor de slides, os agentes comunitários de saúde tem uniforme, balanças para crianças e não têm filtro solar nem meios de locomoção para sua área de abrangência. As vacinas são aplicadas em nossa UBS com uma cobertura adequada, temos laboratório clinico os exames são realizados na UBS, mais a demanda é superior à oferta o que dificulta as vezes o diagnóstico e tratamento oportuno dos usuários doentes. Apesar de encontrar algumas dificuldades estruturais, nossas equipes trabalham sempre unida para oferecer um atendimento ótimo aos usuários, já que esse é nosso principal objetivo.

Estamos conseguindo um bom engajamento entres as comunidades e as equipes mas ainda existem muitas coisas por melhorar, mas em outros temas o trabalho está se desenvolvendo adequadamente como a territorialização e mapeamento na qual toda a equipe participa, além da identificação de famílias, indivíduos e grupo expostos a riscos biopsicossocial assim como grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase). Dentre das alternativas da equipe para o fortalecimento do controle social e educação permanente em saúde estão ampliar muito mais as atividades nas igrejas, e outros espaços comunitários, também o trabalho de promoção e prevenção com os grupos de risco (idosos, mulheres na idade fértil, adolescentes, grávidas, entre outros) onde facilitamos educação em saúde que permite o cuidado da saúde de cada indivíduo, família e da comunidade, já se estão realizando atividades de educação em saúde não só nas consultas médicas,

também nas visitas domiciliares e escolas. Nas atividades realizadas no domicílio pela equipe de saúde realizamos vários procedimentos como: medir pressão, curativos, aplicamos medicação oral, vacinação, revisão puerperal, trocar bolsa de usuário ostomizado, retirada de pontos, injeção, entre outros.

Na unidade de saúde são realizadas consultas programadas e atividades do grupo com saúde da mulher, prevenção de câncer ginecológico, pré-natal, planejamento familiar, adolescentes, puericultura, aleitamento materno, diabéticos, hipertensos e idosos, promovendo a participação da comunidade, para isso a equipe tem atualização técnica multiprofissional, de gestão em saúde e fortalecimento social, enquanto à referência e contra referência para atenção especializada são feitos pelos protocolos e temos muitas dificuldades não temos serviço de contra referência, ao fazer encaminhamento os usuários demoram muito tempo em receber o atendimento e nunca conhecemos a conduta que foi tomada com eles, dificultando o acompanhamento.

A UBS tem uma população da área de abrangência muito extensa no momento tem 18000 usuários cadastrados aproximadamente, distribuídos em quatro equipes de saúde da família. Em relação à população da área adstrita após do processo de territorialização e remapeamento da população feita pelos ACS, temos 3600 habitantes distribuídos segundo o sexo: 2.122 do sexo feminino e 1.478 do masculino. E segundo a idade, temos 52 menores de um ano; de 01 a 04 anos, 142 habitantes; de 05 a 14 anos, 788 pessoas; de 15 a 59 anos, 1.997; e 162 pessoas de 60 anos ou mais.

Contamos com um local específico para o acolhimento à demanda espontânea, no momento realizamos o mesmo na recepção, todos os integrantes da equipe participam deste processo mas os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem são os principais responsáveis, nosso município conta com hospitais e unidades de pronto socorro mas a demanda é muito grande e a maioria das vezes não tem todos os recursos material e humanos precisos, motivo pelo qual os usuários procuram muitas vezes as UBS, principalmente aqueles que moram em áreas não abrangentes onde ainda não tem médico. Como a demanda é muito grande a UBS planejou a estratégia de deixar vagas todos os dias para as urgências e demanda espontânea, além disso, fazemos avaliação de risco e damos prioridades aos casos mais graves, os demais, em dependência do estado de saúde são atendidos no dia, ou agendados para dias

subsequentes, para alcançar isto a enfermeira e eu estamos capacitando os demais integrantes da equipe sobre urgências, emergências, classificação e avaliação de risco, todos os profissionais realizam o acolhimento à demanda espontânea e dos usuários com atividades agendadas como consultas ou outras atividades como vacina, nebulizações, etc., são recebidos e devidamente direcionados. Os que vêm para consultas são chamados para avaliação dos riscos que fazem os técnicos de enfermagem e logo sentados esperam o atendimento e participam em atividades de educação em saúde por parte dos profissionais, as situações imprevistas, sem agendamento prévio, são atendidas por enfermeiros que temos na UBS que analisam as mesmas, identificam os riscos e analisam a vulnerabilidade e ofertam atendimento de cuidados existentes na UBS como considerem exigem as necessidades do usuário. Para melhorar o excesso das demanda espontânea a unidade de saúde as equipes traçaram como estratégias aumentar o número das visitas domiciliares com atendimentos a pessoas doentes que precisem, desenvolver mais ações de promoção e prevenção de saúde nas comunidades, escolas, igrejas, diagnóstico oportuno e tratamento das doenças, também deslocamos as equipes para aquelas áreas de abrangência distantes da UBS para fazer atendimentos e outras ações de saúde.

Em nossa unidade realizamos atendimento de puericultura todos os dias da semanas para as crianças entre 0-72 meses, em ambos horários, onde priorizamos aos menores de 12 meses sem deixar de oferecer atendimento as outras faixas etária, feitas por os médicos e enfermeiros. Entre as maiores dificuldades estão a baixa cobertura de acompanhamento das consultas de puericultura ao menor de um ano pois de um total de 52 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS que representa 69% de cobertura só 20 tem consultas em dia de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) representando um 38% de índice de qualidade. A captação do RN é feita antes de os 7 dias de nascida com uma visita domiciliar realizada pela equipe no contorno familiar , onde oferecemos a mãe e a todos os demais integrantes da família, orientações sobre cuidados do RN, importância do aleitamento materno exclusivo, cuidados com o coto umbilical, faz-se coleta de sangue para o teste do pezinho e orelhinha, prevenção de acidentes, verificar se recebeu a 1a dose da vacina contra hepatite B e da BCG na maternidade, importância da consulta de puericultura, assim como a correta introdução dos

alimentos seguem a idade e à identificação precoce de qualquer sinal ou sintoma de doença, orientamos sobre o retorno do bebê no primeiro mês de vida e sempre que seja possível com a presença do pai.

Em cada consulta de puericultura se realiza a avaliação antropométrica do bebê, levando a curva de desenvolvimento do peso e crescimento físico por meio dos principais parâmetros antropométricos (peso, estatura, parâmetro cefálico) cumprindo com cada uma delas, e se existirem alguns sinais de risco na curva de crescimento ou peso damos orientações à mãe e encaminhamos a outras especialidades que seguem (nutrição ou pediatria), avaliação de saúde bucal, realizamos o exame físico completo com o desenvolvimento neuropsicomotor, linguagem, verificação da vacinação segundo o esquema, rastreamento para displasia evolutiva do quadril, avaliação da visão, e da audição, ademais se prescreve suplementação profilática com sulfato ferroso, ácido fólico e vitamina A ao chegar aos 6 meses de idade para a prevenção de anemia, sempre damos orientações à mãe sobre o esquema de alimentação do bebê conforme a idade, sobre aleitamento materno exclusivo, prevenção de acidentes. Todos os dados são preenchidos na caderneta da criança, prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, nutricional e ficha espelho de vacinas. Todas as crianças acompanhadas saem da consulta com sua próxima cita agendada. As crianças com critério para encaminhar, são feitas de acordo com os protocolos para atendimento nas especialidades. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, assim como não temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura.

O indicador de cobertura ao pré-natal é desfavorável, sendo 25 gestantes para um índice de cobertura de 46% e delas só 17 tem consultas em dias de acordo com o calendário de Ministério da Saúde representando 68% de índice de qualidade. Em minha ESF o pré-natal é realizado seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. A mulher com BHCG positivo agenda sua primeira consulta para o início do pré-natal com a enfermeira, que realiza o cadastro da gestante no SIS Pré-natal, entrega o cartão da gestante, solicita exames laboratoriais, prescreve ácido fólico 5 mg e sulfato ferroso 40 mg, além de verificar o cartão de vacina e o exame citopatológico. Temos buscado que todas as gestantes acompanhadas saiam da consulta com sua próxima consulta agendada e com conhecimentos da promoção de saúde para uma boa gravidez cuidando da

aparência dos fatores de risco. Se a gestação for avaliada de baixo risco acompanhamos na própria unidade, se for de alto risco, as gestantes são encaminhadas para a consulta de alto risco obstétrico e recebe dobre acompanhamento. Os atendimentos por problemas de saúde agudos são sempre atendidos e priorizados e se não podem ser resolvidos na UBS são devidamente referenciados conforme os protocolos. Também as gestantes são orientadas sobre temas importantes como: planejamento familiar, saúde bucal, aleitamento materno, saúde mental, alimentação saudável, doenças sexualmente transmissíveis, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Temos 52 mulheres para um 69% de cobertura que fizeram consulta de puerpério na unidade e delas 26 com consulta registrada antes dos 42 dias pós-parto para um 50% de índice de qualidade. Temos muitas situações que dificultam o bom funcionamento do programa de atenção pré-natal e puerpério em nossa UBS, existem ainda padrões culturais muitos enraizados na população, como a não participação de parceiros nas consultas junto com as grávidas, e não realizam-se os exames laboratoriais quando são solicitado, captações tardias porque não procuram a tempo o acompanhamento pré-natal e do puerpério.

Enquanto a câncer de colo do útero e câncer de mama em nossa UBS existem baixas coberturas para ambos indicadores, 117 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos residente na área de abrangência são acompanhadas na UBS representando 70% e 40 mulheres tem mamografia em dia seguem o protocolo para 34% de índice de qualidade. Em relação ao câncer do colo do útero temos 539 usuárias entre 25 e 64 anos de idade que frequentam o programa na UBS o que representa 70% de cobertura e temos 200 mulheres com exame citopatológico em dia que representa 37% de índice de qualidade. São realizadas muitas atividades com o objetivo de garantir a prevenção das mesmas, oferecendo orientação sobre fatores de risco e sinais de alerta para estas doenças, assim como ações de rastreamento destes cânceres, que inclui exame clínico das mamas, solicitação e/ou avaliação de exame citopatológico e mamografia ao 100 % das mulheres consultadas Estas atividades são feitas todos os dias da semana em todos os turnos, pelo Médico e Enfermeira. Atendemos mulheres fora da área de cobertura que realizam rastreamento destes cânceres em nossa UBS. Os resultados do exame mamográfico são avaliados por o médico e registrado no prontuário clínico, em caso de suspeita, a mulher é encaminhada

para investigação diagnóstica ao centro de referência de saúde da mulher, para complementação da investigação diagnóstica do câncer de mama. O tipo de rastreamento que fazemos é oportunista, ainda temos muitas dificuldades no desenvolvimento deste programa, nos últimos três anos não temos o número de mulheres que foram identificadas com mamografia alterada pois não constamos com arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia, nem profissionais que dediquem-se ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle deste câncer na UBS. Em quanto o câncer de colo uterino a coleta de exame citopatológico são registradas em livro de registro e Prontuário clínico. Temos arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológico coletados; este arquivo é realizado e controlado pelos enfermeiros da unidade, que em conjunto com os médicos são os responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação do programa, assim como avaliação e monitoramento do mesmo. O resultado da citologia é avaliado pelo médico se tem alguma alteração indica-se tratamento ou se encaminha ao Centro de Saúde da Mulher para a consulta especializada seguem o estabelecido no Caderno de Atenção Básica específico (BRASIL, 2013a). Temos como dificuldade a situação dos resultados dos exames pois demoram as vezes até um ano para chegar, por esta causa, muitas mulheres fazem-se o Papanicolau no setor privado. Para conseguir melhorar a qualidade de vida e atenção de saúde de nossas mulheres, nossas equipes devem conhecer a totalidade da população de nossa área de abrangência, identificar todas as mulheres que estão nesta faixa etária, as de maior risco, realizar mais ações de prevenção e promoção de saúde tanto em consulta como em as visita domiciliar para aumentar a adesão destas mulheres aos exames, indicar como se realizar corretamente o autoexame das mamas, como prevenir as DST com o uso do preservativo, procurar e modificar fatores de riscos, sinais e sintomas destes cânceres.

Com relação à atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, realizamos atendimentos aos usuários de nossa área de abrangência e fora da mesma com todos os dias da semana em ambos horários. Toda a equipe participa neste processo, incluindo o odontólogo e nutricionista, quando requisitados. Oferecemos atendimentos aos usuários com problemas de saúde agudos, e não existe um excesso de demanda para esses problemas. Temos 467 hipertensos que são acompanhados pela equipe, o que representa 73% de índice de

cobertura, de um total de 641 usuários com Hipertensão, muito abaixo das estimativas do Ministério da Saúde. 204 dos hipertensos possuem consulta com Odontologia, correspondendo a 44%, 113 usuários, o que representa 24% dos hipertensos têm atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, em exames complementares periódicos em dia temos 360 usuários hipertensos, ou seja, 77%, 100% tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, assim como orientação nutricional para alimentação saudável e sobre prática de atividade física regular. Quanto aos usuários com diabetes temos 138 que fazem acompanhamento em nossa UBS, representando 75% de índice de cobertura, 28 usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, correspondendo a 20% dos diabéticos e tem avaliação de saúde bucal 65 usuários para um 47%, 58 usuários têm exames complementares em dia, um total de 42%, temos 100% de usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exame físico dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, assim como medida da sensibilidade dos pés, orientação da prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. As consultas são feitas pelos médicos e enfermeiros, realizando-se uma boa anamnese com o objetivo de conhecer a história pregressa das pessoas; exame físico integral incluindo a verificação de pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC; estratificação do risco cardiovascular, solicitamos os exames laboratoriais necessários, oferecemos orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, malefícios do tabagismo e consumo de álcool, prática de atividade física regular, também enquanto à prevenção e manejo das complicações crônicas, assim como reconhecer sinais e sintomas das mesmas. Todos os dados e informações são preenchidos nos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, nutricional, e espelho de vacinas. Após do atendimento os usuários saem com a próxima consulta programada.

Os casos novos diagnosticados são atualizados no livro de registro destas doenças que temos na unidade. Ainda temos muito que trabalhar na busca ativa de usuários assintomáticos não diagnosticados, que não frequentam às consultas e que apresentam fatores de risco para desenvolver estas doenças, na educação permanente e sistematizada para o desenvolvimento do autocuidado que contribua para melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade.

Contamos com o Programa de Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Até o momento não temos disponibilizado um arquivo específico para o registro dos atendimentos destes usuários, o que seria muito importante, pois com a existência dele teríamos o número real de cadastros, e verificaríamos faltosas as consultas programadas, procedimentos em atraso, adultos com riscos. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento. Dentro das ações que são desenvolvidas na UBS para melhorar a qualidade de vida e prevenir as complicações destes usuários estão: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, problemas de saúde bucal, saúde mental, atividades educativas sobre temas relacionados com estas doenças as quais são feitas todos os dias na recepção e sala de espera, pelas equipes, nutricionista, odontólogo e técnicas de odontologia. Realizamos ações de prevenção e promoção de saúde nas atividades de grupos com hipertensos e diabéticos, além do resto da população, que são feitas duas vezes ao mês, nas comunidades distantes da unidade de saúde, também nas escolas, igreja e associação de bairro, onde participam além das equipes de saúde, o nutricionista, nestas atividades fazemos pesquisa ativa, toma de PA a maiores de 18 anos, teste de glicemia, falamos sobre hábitos alimentares saudáveis, malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco, estimulamos a prática sistemática de exercícios físicos e do controle do peso corporal; importância de evitar o consumo de medicamentos ou substâncias não prescritas por um médico, como: corticoides, antidepressivos, anticoncepcional, antiinflamatórios não esteroide.

A população idosa precisa de atendimento priorizado e diferenciado, por isso em nossa UBS são realizados atendimentos aos usuários de nossa área de abrangência todos os dias da semana, em ambos turnos. Atendemos também pessoas de fora da área de cobertura da UBS, toda a equipe participa neste processo, incluindo o odontólogo, nutricionista e assistente social quando requisitados. Temos 162 idosos que são acompanhados na UBS, o que corresponde a 82% de índice de cobertura. 124 têm acompanhamento em dia, ou seja, 77% dos idosos, a respeito das consultas com a odontologia só 31 têm avaliação de saúde bucal em dia, o que representa 19%, temos 48 idosos hipertensos, ou seja, 30% dos idosos e quanto a diabetes mellitus temos 26 usuários, sendo 16%. Nas consultas realizamos o exame físico, incluindo a

verificação da pressão arterial, e dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC; avaliamos as condições de saúde e solicitamos os exames laboratoriais necessários, avaliamos a capacidade funcional globais e dificuldades visuais as que são encaminhadas para avaliação por oftalmologia. Sempre oferecemos orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle adequado do peso corporal, estimulação da prática de atividade física, e sobre os malefícios do tabagismo e consumo de álcool, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e Depressão. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico digital, na ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, ficha-espelho de vacinas. São desenvolvidas muitas ações no cuidado aos idosos pelas equipes na unidade de saúde como: promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e tabagismo, imunizações. Também oferecemos diferentes programas para a atenção aos idosos tais como: atenção ao Hipertenso e Diabético, Vacinas, Prevenção oportuna das doenças malignas, com a realização dos preventivos, Mamografias na mulher e a indicação do PSA. Ainda não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, nem contamos com profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos idosos. Com o cadastramento e as visitas domiciliar, estamos identificando todas as pessoas acima de 60 anos, e dentro delas aquelas que apresentam doenças crônicas, acamados ou com deficiências e incapacidades, para oferecer um atendimento diferenciado a esses usuários. Priorizamos os usuários acamados e idosos com dificuldade para a locomoção, orientamos sempre a seus familiares ou cuidadores sobre como prevenir as úlceras de pressão, sobre hábitos alimentares saudáveis, higiene adequada, a prevenção da pneumonia, importância de eliminar o excesso de peso corporal, os malefícios do tabagismo e álcool, sobre a automedicação e a poli farmácia, tratamento correto das doenças crônicas.

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

Analisando de forma comparativa os dois textos, pude perceber aspectos que antes eram desconhecidos como aspectos específicos da estrutura física da unidade, e sobre o processo de trabalho e a situação de ESFVAPS. Agora, penso que nossa visão sobre a situação de saúde da área é muito mais ampla, temos um melhor conhecimento da realidade de nossa população de abrangência que após concluído o cadastramento pelos ACS foi de 3600 habitantes de 5030 que tínhamos no início, sendo a um maior que o preconizado pelo programa nacional de atenção básica, e nossas ações vão ser encaminhadas aos principais problemas de saúde detectados e a modificação dos principais fatores de riscos encontrados para conseguirmos ter uma população mais saudável.

O trabalho na unidade permitiu que a equipe trabalhasse mais unida e engajada, em conjunto capazes de identificar onde ficam nossos principais problemas e dificuldades, e de que forma podem ser implementadas algumas estratégias de melhorar a atenção com cada grupo específico, compreendemos quais foram nossa dificuldades, e de que forma vamos a enfrentar os problemas, com nosso trabalho no dia a dia. Conseguimos um bom engajamento com nossa comunidade, além de conseguir envolver a toda a equipe no trabalho educativo-preventivo; nos programas e protocolos da Atenção Básica do Ministério de Saúde que a maioria das vezes não são 100 % cumpridos nem conhecidos pela equipe, aperfeiçoar os registros com as informações sobre os diferentes programas, criar os registros que não existiam, discutir e avaliar ações realizadas nas reuniões de equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistema (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças propriamente, mas elas são também fator de risco para as doenças cardiovasculares, AVC, insuficiência renal, entre outras. Ambas doenças são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais. Na grande maioria das vezes estão constantemente associadas, e possuem vários aspectos em comum: como origem, fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, algumas complicações e, geralmente ausência de sintomas. Porém devem ser alvo da atenção pela sociedade, principalmente quando juntas geram potenciais complicações e elevam o índice de mortalidade, além de o impacto financeiro que têm para as famílias e para o sistema público (BRASIL, 2013ab).

A população de minha área da abrangência é muito grande e bem definida, composta em sua grande maioria por uma população de baixo nível socioeconômico. Em relação ao número de habitantes, temos uma população total de 3.600 habitantes, distribuídos segundo o sexo: 2.122 do sexo feminino e 1.478 do masculino. E segundo a idade, temos 52 menores de um ano; de 01 a 04 anos, 142 habitantes; de 05 a 14 anos, 788 pessoas; de 15 a 59 anos, 1.997; e 162 pessoas de 60 anos ou mais. Fazem acompanhamento na unidade de saúde 467 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ou seja, 73% de

cobertura, de um total de 641 usuários com Hipertensão. E 183 usuários com Diabetes Mellitus (DM) são estimativos, sendo que só 138 estão cadastrados e acompanhados em nossa UBS, representando 75% de cobertura.

A pesar de todos os esforços desenvolvidos até hoje nesta ação programática, enfrentamos problemáticas importantes as quais determinaram que seja este o foco de escolha da intervenção da equipe, entre elas: não temos disponível um arquivo específico para o registro dos atendimentos, além disso, não contamos com profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS. Nosso cadastro está desatualizado por apresentar uma área que ainda não conta com ACS; a avaliação de saúde bucal encontra-se deficiente, pela ausência de um odontólogo para cada equipe; a cobertura de medicamentos na farmácia é insuficiente para estes; há uma área de abrangência muito distante da unidade de saúde, o que dificulta o bom acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, sobretudo das pessoas idosas. Não temos educador físico o qual seria uma ajuda de grande valia para a criação de grupos de que desenvolvam atividades físicas dentro da própria unidade melhorando seu estado de saúde. Apesar de na UBS contarmos com um laboratório, os agendamentos para exames são insuficientes, isto determina deficiências no atendimento e acompanhamento com qualidade dos usuários.

Entre as dificuldades que poderemos enfrentar está falta de um ACS na equipe, a dificuldade de acesso entre UBS e a área de abrangência, a sobrecarga da equipe de saúde bucal para atender quatro equipes ESF. Entretanto, contamos com as ferramentas necessárias para a realização da intervenção já que a equipe tem primeiramente o material humano para o desenvolvimento da intervenção, além de uma unidade de saúde com condições estruturais que satisfaça as necessidades da população da nossa área adstrita. É importante ressaltar, que a equipe participou na tomada de decisão do foco do projeto de intervenção, e tem conhecimento que a pesquisa ativa de usuários com essas doenças deve ser de forma contínua e criteriosa. Temos notado um ótimo engajamento entre a comunidade e a equipe, o que favorece o bom desenvolvimento desta ação programática. Com nosso trabalho de intervenção pretendemos melhorar a qualidade de vida, e o adequado acompanhamento destes usuários, garantindo um adequado acolhimento, implementação de arquivos específicos que nos

permitam monitorar e avaliar periodicamente. Criaremos um responsável na equipe que e dedique a avaliar estas ações semanalmente, aumentar as frequências de consultas de atendimento semanal sem afetar qualidade de atendimento a outros grupos populacionais, bem como, melhorar o número de visitas domiciliares; melhorar a saúde bucal da população alvo com acompanhamento em consultas planejadas, intensificar as atividades de promoção e educação em saúde sobre estas doenças; informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão e Diabetes existente na unidade de saúde e garantir um adequado preenchimento dos dados com qualidade nos registros de atendimentos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na ESF do Centro Municipal de Saúde de Asa Branca, do município Boa Vista, RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão da pessoa com hipertensão e/ou do diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos usuários atendidos.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% Das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF da Unidade de Saúde Asa Branca, no Município de Boa Vista, Estado RR. Participarão da intervenção todas as pessoas com HAS e/ou DM, moradoras do território de nossa área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

Dentro dos objetivos da equipe está melhorar a cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde destas doenças. Com o objetivo de atingir estas metas, a equipe vai organizar, planejar e coordenar adequadamente os serviços para alcançar as metas traçadas para serem implantadas nos próximos quatro meses, para as quais determinou ações específicas nos quatro eixos temáticos.

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

Meta 1.1- Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência.

Meta 1.2 - Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde pertencentes a nossa área de abrangência.

Detalhamento: Em cada reunião da equipe será informado semanalmente o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados da área de abrangência através da ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização UNASUS-UFPEL, que será informado pelo responsável do preenchimento de dados destes usuários elegidos pela equipe.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será solicitado ao responsável do registro do Programa o preenchimento adequado dos dados dos usuários nos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados), de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, visando cadastrar o maior número possível durante o período da intervenção.

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

Detalhamento: O acolhimento destes usuários será realizado pela enfermeira e a técnica de enfermagem de forma permanente, priorizando sempre aqueles com atrasos na consulta programada, os avaliados como de alto risco cardiovascular, com problemas de saúde agudo, e os que buscam agendamento para a consulta de acompanhamento. Os usuários sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Na unidade de saúde o gestor da mesma garantirá o material adequado para a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetros,

manguitos, fita métrica), e para a realização do hemoglicoteste para o atendimento a estes usuários.

Ações de engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; também será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Detalhamento: Durante os encontros que acontecem na comunidade duas vezes por semana, escolas, igrejas e associações de bairro, a equipe toda informara sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus existente na unidade de saúde, como um grupo que está sendo priorizado na atenção, também sobre a importância de aferir a tensão arterial de forma sistemática, assim como de fazer-se o exame de glicose através do método de hemoglicoteste, e sobre fatores de risco como: obesidade, sedentarismo, tabagismo, para o desenvolvimento destas doenças.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Durante as reuniões da equipe Agentes Comunitários de Saúde serão capacitados pela médica e a enfermeira quanto ao cadastramento adequado de nossa área de abrangência.

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

Detalhamento: Durante as reuniões da equipe haverá capacitação da técnica de enfermagem pela médica ou enfermeira, para realizar a verificação da pressão

arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; e do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento da realização e frequência do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos será realizada pela técnica de enfermagem da equipe por meio do controle dos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

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

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS

e de acordo com a periodicidade recomendada será realizado através do controle e avaliação dos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

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

Detalhamento: Organizaremos os dados da farmácia, com a criação de um arquivo específico que irá ficar na farmácia, e será monitorado pelo profissional da farmácia, que avaliará o estoque de medicamentos semanalmente; caso falem medicamentos, o contato para reposição será feito com a direção da unidade, responsabilizaremos um membro da equipe que dedica-se a avaliação destas ações semanalmente.

Ação: Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Informaremos em cada reunião da equipe semanal aos ACS o número de usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Durante as reuniões da equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários. Também os ACS e demais profissionais serão capacitados semanalmente pela médica ou enfermeira quanto ao manejo e acompanhamento destes usuários, garantindo assim que os mesmos se mantenham atualizados de forma periódica. Disponibilizaremos dos protocolos atualizados que serão impressos na UBS, ficando na sala de enfermagem, para que possam ser utilizado pelos profissionais quando requisitado.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames

complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Tanto em consulta como em visita domiciliar feita pela medica ou enfermeira serão solicitados exames complementares ao 100% dos usuários acompanhados. Com o auxílio do gestor agilizaremos a realização dos mesmos. Ainda será estabelecido na UBS sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

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

Detalhamento: Será solicitada aos funcionários da farmácia a realização do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, entradas e saídas por meio de um registro específico de monitoramento das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, assim como organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em cada atendimento a estes usuários feito pela medica e enfermeira tanto em consulta como em visita domiciliar, será realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Para organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento destes usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico a equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal irá utilizar como estratégia oferecer atendimento semanal a 12 usuários do Programa, os quais serão agendadas previamente pela equipe de saúde.

Ações de engajamento público

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e periodicidade com que devem ser realizados os mesmos. Orientar quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Durante os encontros que acontecem na comunidade quinzenal, a mesma será informada sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos, periodicidade preconizada para a realização das consultas e importância das mesmas, e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Isto também será realizado através das visitas domiciliares, nas consultas médicas e por meio de ações educativas nas atividades de saúde feitas com os grupos de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para solicitação de exames complementares seguem protocolo, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Também será capacitada quanto a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e\ou diabetes.

Detalhamento: Em cada reunião da equipe semanal serão abordados temas importantes como: realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, atualização do profissional no tratamento de ambas doenças, ter conhecimento de como saber orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Para isso, iremos monitorar o cumprimento da periodicidade nas consultas, será necessário monitorar periodicamente (diário) os usuários agendados e os faltosos pela responsável do controle dos registros (da ficha espelho e planilha de coleta de dados) para o registro de acompanhamento, e assim, evitar perda da continuidade do acompanhamento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Aumentaremos o número das visita domiciliar para duas vezes por semana, e organizaremos a agenda para acolher aqueles provenientes das buscas domiciliares feitas pelos ACS.

Ações de engajamento público

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Será necessário ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus em caso que existissem um número excessivo de faltosos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Durante as reuniões da equipe os ACS serão capacitados pela enfermeira quanto a realização de consultas e sua periodicidade dos usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Semanalmente a equipe será informada na reunião pelo responsável do preenchimento dos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados) sobre o número de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: Iremos manter as informações do SIAB atualizadas mensalmente. Se implantara ficha de acompanhamento ao 100% dos usuários (ficha espelho e planilha de coleta de dado). Selecionaremos um responsável para a avaliação destes registros. Os registros contarão com um sistema de informações que garantam viabilizar situações de alerta em quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e a compensação da doença, além da avaliação bucal, que será informado pelo responsável do preenchimento da ficha espelho nas reuniões semanais da equipe.

Ações de engajamento público

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

Detalhamento: A equipe trabalhará estimulando o engajamento público através de reuniões na associação de moradores do bairro, para isso, vamos entrar em contato com o pessoal da associação, avisaremos a comunidade da reunião. No momento do encontro serão trabalhados diversos temas, como: orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Durante a reunião da equipe os profissionais serão orientados sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

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

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será priorizado na UBS o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda, isto será feito pela técnica de enfermagem.

Ações de engajamento público

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

importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nas consultas médicas e visita domiciliar os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os usuários e a comunidade em geral receberam educação em saúde pela equipe por meio de palestras, e em atividades educativas com grupo de hipertensos e diabéticos em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos 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.

Detalhamento: Durante as reunião da equipe a enfermeira capacitara os profissionais sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento quanto à realização destas orientações será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade. Será solicitado ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nestas atividades de práticas educativas.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre atividade física serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; Será solicitado ao gestor parcerias institucional, para envolver educadores físicos nestas atividades de práticas educativas.

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

Detalhamento: Solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", enfatizando a importância do uso desse medicamento por hipertensos e diabéticos para qualidade de vida.

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

Detalhamento: Nas consultas organizaremos tempo médio com a finalidade de orientar ao 100% destes usuários sobre temas relacionados à higiene da cavidade bucal.

Ações de engajamento público

Ações: Orientar aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e da higiene bucal.

Detalhamento: Nas consultas e visita domiciliar os usuários e familiares serão orientados pela médica, enfermeira e ACS sobre temas relacionados à alimentação saudável, risco do tabagismo e existência de tratamentos para abandono do mesmo, importância de realizar atividades física regular, assim como da higiene bucal.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os hipertensos e diabéticos tabagistas serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a existência de tratamento e, realizá-lo para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, para oferecer orientações de higiene bucal. Também será capacitada para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe será capacitada em cada reunião semanal sempre pela médica ou enfermeira sobre temas relacionados como: prática de

alimentação saudável, atividade física regular, higiene bucal, tratamento de usuários tabagistas, além de metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 85% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Numero de hipertensos com o exame clinico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos com o exame clinico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão 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 de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes 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 de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas 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 priorizada.

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

Meta 2.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas 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 priorizada.

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

. 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 residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da pessoa com hipertensão e/ou do diabetes ao programa.

Metas 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas 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 residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas 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 residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos usuários atendidos.

Metas 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Objetivo 6: Promover saúde.

Metas 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos que tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos que tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus vamos adotar os Cadernos da Atenção Básica “Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.” Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Serão impressas duas

cópias, na UBS, ficando na sala de enfermagem, para que possa ser utilizado pelos profissionais quando requisitado.

Para o desenvolvimento do estudo a equipe adotará a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização UNASUS-UFPel. Para a obtenção das informações serão utilizados os prontuários clínicos, e fichas espelho, que serão impressas na própria unidade de saúde com ajuda do gestor, utilizando impressora e folhas garantidas pela unidade. A médica fará contato com o gestor municipal para que sejam garantidas 650 fichas espelho.

Começaremos a intervenção com a capacitação de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para que a equipe toda utilize esta referência. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto, será reservado uma hora ao final da reunião semanal da equipe. A médica será responsável pela capacitação dos integrantes. É importante a pesquisa de sinais e sintomas das complicações destes usuários. Diante disso, a enfermeira e a médica irão capacitar aos ACS de forma permanente e progressiva na reunião da equipe sobre os temas relacionados com estas doenças, utilizando os protocolos fornecidos pela unidade de saúde.

A enfermeira e a médica farão contato com a associação do bairro e a comunidade a qual receberá informações sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus existente na UBS e solicitará apoio na intervenção.

O acolhimento destes usuários que buscarem o serviço será realizado pela enfermeira e a técnica de enfermagem. A médica realizará o exame físico integral, incluindo a verificação de pressão arterial, dados antropométricos, contamos com fita métrica, balanças, esfigmomanômetros, estetoscópio, hemoglicoteste. Levaremos em conta o comportamento dos mesmos antes da consulta clínica e após esta. Para a análise dos resultados usaremos como base os dados coletados nas fichas e nos demais registros.

Para aumentar o percentual do cadastro e adesão a consulta dos usuários com hipertensão e diabetes é preciso fazer uma boa educação em saúde. Para isso, contaremos com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde os quais farão orientações em cada visita domiciliar aos usuários e famílias sobre fatores de riscos modificáveis, existência do Programa na unidade, serão realizadas atividades com a comunidade e encontros quinzenais com grupos de Hiperdia em

locais disponibilizados pela comunidade a fim de realizar atividades educativas relacionadas à prevenção destas doenças, utilizando pôster, vídeos informativos, apresentações em data show e distribuição de folders garantidos pela Secretaria de Saúde, com apoio do gestor da unidade nos recursos que forem necessários. Esses materiais também serão utilizados nas demais atividades educativas proposta pela equipe.

Para organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento destes usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico a equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal irá utilizar como estratégia oferecer atendimento semanal a 12 usuários cadastrados no programa, os quais serão agendadas previamente pela equipe de saúde.

A equipe em conjunto com o gestor da unidade estão dispostos manter todas as condições necessárias que satisfaçam as necessidades da população da nossa área adstrita. Contamos com os materiais e recursos necessários e suficientes para desenvolver esta atividade.

3 Relatório da Intervenção

Com o objetivo de melhorar a usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizamos no centro municipal de saúde Asa Branca, em Boa Vista/RR a qualificação da ação programática voltada para esse público. Contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais: Médico, Enfermeira, técnico de enfermagem, cinco Agentes de Saúde Comunitários, Nutricionista, Assistência Social e Odontólogos quando requisitado. A intervenção ocorreu no período de abril a junho de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS. Inicialmente o projeto de intervenção estava organizado para ocorrer em 16 semanas. Porém, conforme orientação da coordenação do curso, realizamos em um período de 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido pela universidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para cumprir com os objetivos propostos no projeto e alcançar as metas estabelecidas realizamos algumas ações nos quatro eixos do curso. No final das 12 semanas da nossa intervenção em Atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM, conseguimos avaliar 522 usuários com hipertensão arterial sistêmica, que corresponde a 81,4% dos usuários hipertensos estimados para a área, e 148 diabéticos, correspondente a 80,9% de cobertura. Ficamos abaixo da meta proposta pela equipe, que foi de 85% de cobertura, por diferentes dificuldades enfrentadas ao longo destes 12 semanas, entre elas a redução das semanas do projeto, a falta de um ACS, a longa distância entre a UBS e a área de abrangência, e situações climáticas como fortes chuvas.

As capacitações dos integrantes da equipe foram realizadas segundo o planejado, ou seja, semanalmente. A equipe toda foi capacitada pela médica e a enfermeira quanto os protocolos fornecido pelo curso: Cadernos da Atenção

Básica “Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” (BRASIL, 2013ab), e cadastramento adequado de nossa área de abrangência por parte dos ACS. A técnica de enfermagem foi capacitada também para realizar a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; e do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Além desses temas, foram objetos de estudo, o correto preenchimento dos dados na ficha espelho, e a necessidade dos registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas, e também assuntos referente a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, assim como, da importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A capacitação contribuiu para que todos ficassem mais engajados na intervenção e melhor preparados quanto ao manejo e acompanhamento destes usuários, garantindo também que a equipe se mantenha atualizada de forma periódica.



Figura 1: Capacitação da equipe 5.6 realizada 3 Abril 2015.

Os atendimentos clínicos foram realizados semanalmente conforme o planejado. A enfermeira e eu realizamos consultas de qualidade à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes mellitus, que incluíam uma boa anamnese, exame físico completo com verificação da Pressão Arterial, estratificação do risco cardiovascular, dados antropométricos para avaliação do estado nutricional, teste de glicose, avaliação dos resultados dos exames feitos e solicitação se

precisasse. Também investíamos em estratégias de educação em saúde durante as consultas clínicas, permitindo que eles conhecessem mais a respeito de sua doença crônica, e também incentivados a tornarem-se responsáveis por seu cuidado e de sua família, além disso, estimulávamos que falassem para os demais usuários sobre o programa e a sua importância.

Desde o início tivemos dificuldades com a impressão das fichas espelhos, tema que foi discutido várias vezes com o gestor da unidade e sua resposta foi a mesma, a UBS não contava com recursos para essa impressão, considerando que eram 4 médicos que precisam deste mesmo recurso, além disso, a Secretaria Municipal de Saúde, não tinha materiais para assumi-las, mas a equipe buscando alternativa frente a esta problemática procurou ajuda com a liderança Comunitária, mas também não obtivemos solução, porque se precisava de recursos econômicos que não ficavam ao nosso alcance. Então a decisão final foi preencher os dados no formato digital no próprio computador da médica e a enfermeira, para continuar a intervenção e evitar atrasos na implementação do mesmo.



Figura 2: Atendimento clínico pela médica e enfermeira realizada 9 e 20 de Abril 2015.

Também tivemos problemas com a realização de exames complementares em dia de acordo ao protocolo para o atendimento aos usuários alvo que foi de 87,5% para hipertensos e 91,9% para diabéticos. A UBS, conta com um Laboratório pequeno, para uma área muito extensa, só tem 30 vagas diária com preferência para crianças, grávidas e idosos, o que se torna insuficiente para uma

população desta área, além disso, o laboratório teve vários dias com falta de recursos materiais que dificultaram ainda mais a realização dos mesmos. Os exames no setor privado são de alto custo, o que dificulta o acesso de nossa população.

Como parte do exame físico integral nas consultas fizemos o exame odontológico e reforçamos orientações em saúde em relação à prevenção das doenças buco dentais, também foi realizado nas visitas domiciliares e atividades comunitárias. A atenção odontológica continua sendo um grande problema de saúde, devido a que a UBS só conta com uma cadeira odontológica para dois médicos e uma técnica odontológica, estes não formam parte das equipes de saúde familiar, só ofertam 16 vagas diárias dividida no horário da manhã e tarde, resultando insuficiente para a avaliação da quantidade de usuários que precisam de tratamento odontológico.



Figura 3: Atendimento Odontológico realizado na UBS 13 Maio 2015

Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, mas somente 97.7 % de hipertensos e 96,6% de diabéticos adquiriram os medicamentos na Farmácia Popular\Hiperdia, os outros retiraram suas medicações em outras farmácias, por não formar parte das listas de remédios da UBS.

Quanto ao monitoramento da intervenção, essa foi uma ação realizada cada semana na reunião da equipe como planejado no cronograma, os responsáveis pelo preenchimento dos dados na ficha de coleta de dados tanto em

consulta como em visitas domiciliar, informavam como estava o andamento da semana anterior, número de usuários avaliados e com necessidade de atendimento odontológico, exames feitos, exames atrasados, faltosos as consulta, assim como, usuários orientados sobre estilos de vida saudável, e fatores de risco para desenvolver estas doenças. Essa ação foi muito importante porque nos permitiu, tanto a médica como a enfermeira, olhar onde estavam as dificuldades e planejar novas estratégias para melhorar o trabalho periodicamente.

As atividades educativas com os grupos de hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita forem feita pela equipe (Médica, Enfermagem, Técnica de Enfermagem e ACS), Nutricionista, Odontólogos e Assistente Social quando requisitado, seguindo o cronograma, quinzenalmente. Realizamos palestras, vídeos informativos, e distribuição de folders que vinham pronto da Secretaria de Saúde. Durante as atividades educativas tratamos de temas como: a importância das consultas de acompanhamento, adesão ao tratamento, sensibilização para a necessidade da aferição da tensão arterial de forma sistemática, assim como, de fazer-se o exame de glicose através do método de hemoglicoteste nos casos necessários, controle dos fatores de risco passíveis de modificação como a não adesão e/ou redução ao uso de tabaco, álcool e drogas; a importância da prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis, higiene bucal, cuidados com os pés para os usuários diabéticos, além do reconhecimento de sintomas e sinais das complicações decorrentes destas doenças. Estas atividades forem feitas na igreja, da própria comunidade e cada uma foi preparada e realizada por todos os integrantes da equipe com apoio sempre do nutricionista, líderes comunitários e o assistente social quando requisitado, para que cada profissional ficasse mais comprometidos com a intervenção.



Figura 4: Atividades coletivas com o grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos realizada na Comunidade 5 e 19 Maio 2015.

As visitas domiciliares e a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos foram feitas todos os dias, eu fazia quatro por semanas, a enfermeira oito semanais, e os ACS faziam diariamente, tanto para busca ativa quanto para rastreamento do público alvo e acompanhamento de usuários com exames alterados dos usuários acamados. É importante destacar que temos muita instabilidade na área porque têm muitas famílias que moram em casas alugadas e trocam constantemente de moradia, por isso o cadastramento e a busca ativa se realizam de forma contínua.

Tivemos apoio das lideranças comunitárias. Realizamos contato com eles na primeira, quarta e oitava semana, para informar sobre a importância de nossa intervenção para a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e que nos auxiliassem divulgando e conversando sobre a intervenção com a comunidade, que constitui parte muito importante para que conhecêssemos as famílias.



Figura 5: Encontro com lideranças comunitárias na comunidade 7 Abril 2015.

Durante o desenvolvimento da intervenção tive que afastar-me por um período pois fiquei doente, mesmo assim, o trabalho não foi prejudicado, porque a equipe continuou desenvolvendo a intervenção, em meu lugar foi colocado o médico que entende a demanda espontânea da UBS, como uma estratégia tomada por parte do gestor da UBS, para que o trabalho continuasse sendo desenvolvido. Além disso, por morar ao lado da UBS, mantive contato diariamente com a equipe em minha casa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações aconteceram segundo o planejado no cronograma e ao longo de nossa intervenção buscamos atingir os propósitos a cada semana. Só não conseguimos a impressão das fichas espelhos, mas o que estava relacionado com o material humano foi feito. Também tivemos dificuldade com o número de vagas disponível no laboratório da UBS, relativos a realização dos exames complementares, o que atrapalhou o bom acompanhamento dos usuários, assim como o atendimento odontológico que já foram detalhadas acima.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A pesar de fazer múltiplas ações para imprimir as fichas espelhos, mas não conseguimos, penso é importante, mas não foi decisivo para nosso trabalho porque os dados ficaram nos prontuários clínicos dos usuários e também na ficha de coleta de dados, assim como nas fichas espelhos digitais, que um dia podem ser impressas. Para o preenchimento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores não tivemos dificuldade já que era feito no computador da unidade pela Técnica de enfermagem que foi a responsável designado pela equipe, o qual não tivemos problemas para colocar os dados e cada semana informarmos o andamento da intervenção, fazendo interpretação dos gráficos e facilitando a elaboração dos diários.

Nos diários da intervenção era informado sobre o desenvolvimento das ações realizadas segundo o cronograma, as diferentes experiências durante as semanas e as principais dificuldades apresentadas. No diário também foram postadas fotografias que evidenciam as ações da intervenção. Todos as pessoas

que aparecem nas fotos, assinaram um Termo de Consentimento Livre e informado, autorizando sua divulgação.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já está implementada na UBS Asa Branca, dentro das atividades diárias, por conseguinte, continuará em andamento e esperamos atingir o 100% de nossas metas no período de quatro meses sempre

Nossa unidade tem quatro ESF e cada uns delas desenvolveu a qualificação de um programa diferente, mais é importante destacar que durante o período da intervenção trabalhamos em união apoiando os restantes programas, e cada programa já constitui parte da rotina na unidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou-se da qualificação da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS Asa Branca da ESF 5.6. O público alvo foram 641 usuários com Hipertensão e 183 com Diabetes Mellitus (DM). Com a intervenção conseguimos cadastrar 522 usuários hipertensos (81,4 %), e 148 usuários diabéticos (80,9 %) e estão sendo acompanhados em nossa UBS. Para atingir o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos, propomos como meta cadastrar 85% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde. Os resultados obtidos foram avaliados por meio dos indicadores e serão aqui descritos comparando-os às metas e objetivos pactuados no projeto de intervenção.

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

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

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

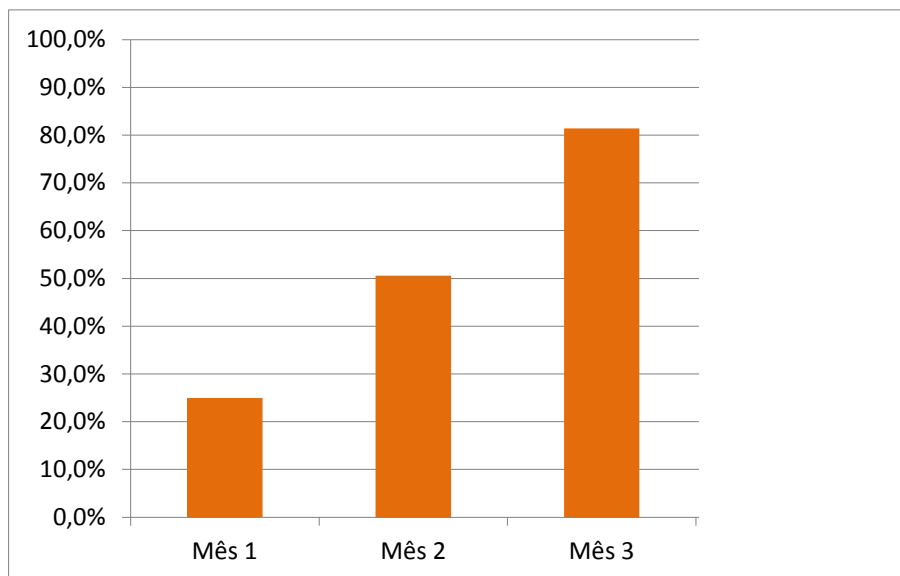


Figura 6: Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015. Fonte Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS\UFPEL.

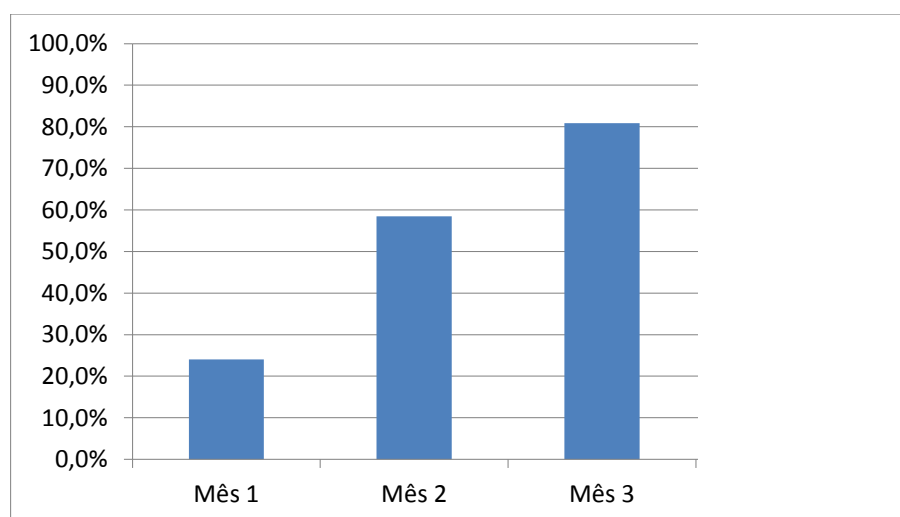


Figura 7: Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015. Fonte Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS\UFPEL.

Em relação as pessoas com hipertensão, conseguimos alcançar ao final da intervenção uma cobertura de 80,9%. No primeiro mês foram cadastrados 160 usuários hipertensos (25%), no segundo mês 324 (50,5%), no terceiro 522 (81,4%). Em relação aos diabéticos, ao final da intervenção alcançamos uma cobertura de 80,9 %. No primeiro mês foram cadastrados 44 diabéticos (24,0%), no segundo 107 (58,5%), no terceiro 148 (80,9%).

Se analisarmos que a meta proposta na intervenção era cadastrar 85% de hipertensos e 85% de diabéticos, não conseguimos alcançá-la apesar dos

esforços mantidos pela equipe devido a inúmeras dificuldades enfrentadas ao longo destes 12 semanas, entre elas a redução das semanas do projeto, a falta de um ACS, a longa distância entre a UBS e a área de abrangência, e situações climáticas como fortes chuvas, no entanto houve muitos avanços e melhorias com relação a cobertura na UBS que pode ser observado pelo avanço significativo nos três meses avaliados, o qual foi possível com o trabalho em união da equipe, cadastro adequado dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, aumento das frequência de consultas para 03 turnos semanais, o que permitiu uma maior cobertura assistencial para este grupo, que aconteceu da seguinte maneira: 02 turnos de atendimento pela médica e 01 turno pela enfermeira, em frequências diferentes, com a pretensão de atender 48 usuários por semanas; de forma planejada, aproximadamente 192 usuários por mês, visita domiciliar, busca da dos usuários faltosos a consultas programadas, aumento de educação em saúde com a comunidade e grupos de hipertensos e diabéticos, porém, ainda precisa ser feito mais devemos continuar com busca ativa de usuários com essas doenças ocultas na população, aumentar o cadastro e acompanhamento de 100% destes usuários, continuar com incremento das atividades educativas.

Do total dos usuários com doenças crônicas (HAS e DM), acompanhados na UBS perto de 15% são fora da área de abrangência, os quais não contabilizaram na cobertura, visto que estão fora da área.

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

Meta 2. 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Para melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área adstrita, tínhamos como meta realizar o exame clínico a 100% em todos os usuários pertencentes ao grupo prioritário segundo o estabelecido pelo protocolo do Ministério de Saúde: Cadernos da Atenção Básica. Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013ab). Em relação à proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 160 hipertensos (100%), no segundo em 324

(100%), no terceiro mês em 522 (100%). Alcançando a meta proposta de 100% nos três meses.

Em relação à proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês conseguimos realizar o exame clínico nos 44 (100%) diabéticos que receberam atendimento clínico na UBS, no segundo mês em 107 (100%) diabéticos, no terceiro mês em 148 (100%). Podemos observar que conseguimos alcançar esta meta nos três meses consecutivos durante o desenvolvimento da intervenção, alcançado pelo trabalho em união, esforços mantidos pela equipe, e as ações desenvolvidas no dia a dia diante a intervenção, chamando a atenção que muitos usuários tinham desconhecimento das complicações decorrentes destas doenças, encontramos uma usuária portadora de ambas doenças com gangrena no quinto dedo do pé direito negada a internação hospitalar, também tivemos um usuário jovem de 27 anos com DM, associada a HAS, e Doença Renal Crônica que desconhecia seu estado real de saúde, foi internado e controlado.

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

Meta 2. 4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

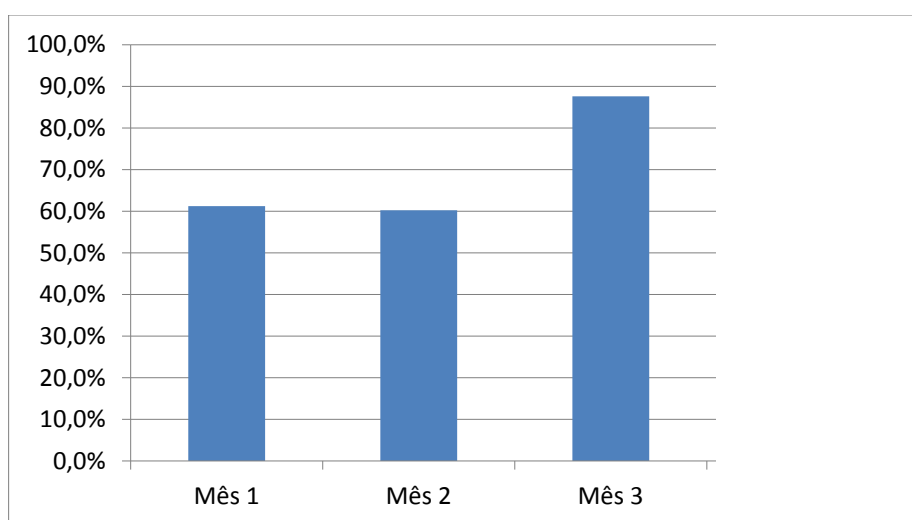


Figura 8: Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015. Fonte Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPPEL.

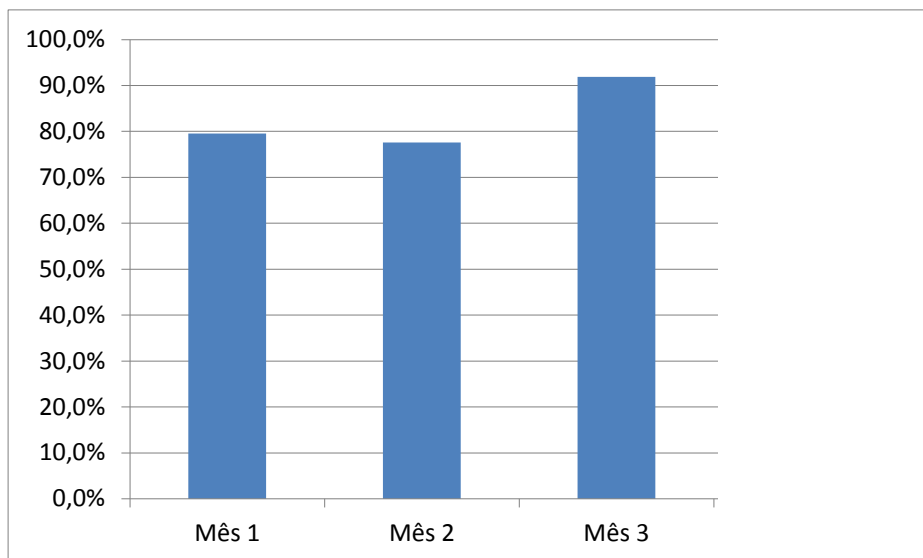


Figura 9: Gráfico de proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015. Fonte Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS\UFPEL.

Ainda com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, estimamos garantir para 100% deles a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Observando-se que no primeiro mês 98 (61,3%) usuários tinham exames complementares em dia representando 195 (60,2%) no segundo mês, e 457 (87,5%) no terceiro mês da intervenção. Já em relação à proporção de usuário diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi possível observar que no primeiro mês 35 (79%) usuários estavam com exames complementares feitos, no segundo mês de intervenção alcançamos 77,6% da meta (83 diabéticos), e no terceiro mês 136 diabéticos (91,6%) estavam com os exames complementares em dia.

Como podemos observar não atingimos a meta proposta de 100% em ambas doenças. A realização de exames complementares em dia de acordo ao protocolo para o atendimento aos usuários foi de 87,5% para hipertensos e 91,9% para diabéticos. Acreditamos que esses resultados estão relacionados ao grande número de usuários que atende a UBS, com 4 equipe de saúde da família, para um laboratório pequeno com poucos materiais e falta de profissionais em algumas ocasiões, além da baixa ofertas de vagas diária (30 vagas) para a alta demanda, dando preferência a crianças, gestantes e idosos, o que resulta de vagas insuficientes para a população desta área. Os exames no setor privado são de alto custo, o que dificulta o acesso de nossa população a estes, pois são em sua maioria

famílias vulneráveis, com baixos recursos econômicos, dificultando ainda mais a realização dos mesmos no tempo estabelecido, a comunidade foi esclarecida em quanto a esta situação.

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

Meta2. 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

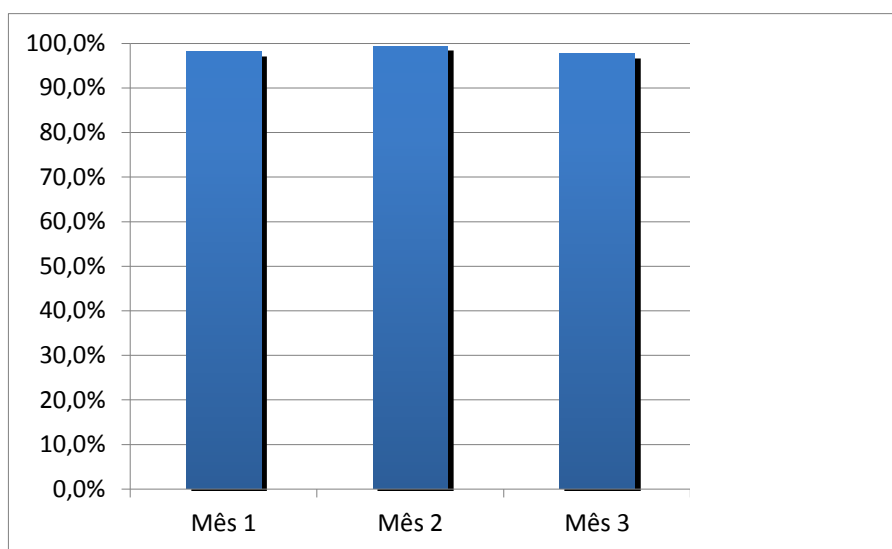


Figura 10: Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015. Fonte Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS\UFPEL.

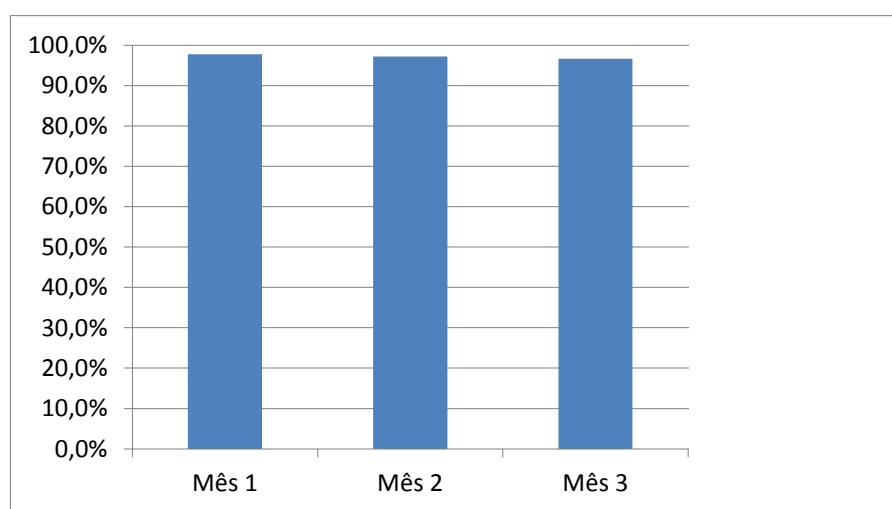


Figura 11: Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. UBS Asa Branca. ESF 5.6, Boa Vista/RR. 2015. Fonte Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS\UFPEL.

Com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabético, a meta proposta foi priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia para 100% dos usuários em acompanhamento. Todos, os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS receberam prescrição de medicamentos desde o início da intervenção. No primeiro mês da intervenção 157 hipertensos (98,1%), mês segundo 319 (99,4%), no terceiro mês 506 (97,7%) usuários hipertensos que receberam medicamentos da Farmácia popular. Não conseguimos atingir 100% da meta inicialmente proposta. Quanto aos usuários diabéticos, a proporção deles com prescrição de medicamentos na farmácia popular foi de 43 (97,7%) no primeiro mês, no segundo mês 104 (97,2%), no terceiro mês 143 (96,6%). Assim, 97.7 % de usuários Hipertensos e 96,6% de Diabéticos adquiriram os medicamentos na Farmácia Popular\Hiperdia, os outros retiravam em outras farmácias, por serem medicações que não formavam parte das listas de remédios da Farmácia Popular\Hiperdia. Observa-se que ficamos muito próximos de alcançar a meta de 100%, porém, mesmo não atingindo a meta os resultados foram satisfatórios uma vez que, muitos usuários encontram-se compensados e controlados tomando a medicação corretamente.

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

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

Ainda com a finalidade de melhorar a qualidade de atenção aos usuários alvo desta ação programática nos propusemos a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos. Meta que conseguimos atingir a 100% dos usuários hipertensos acompanhados, pela avaliação da cavidade bucal tanto em consulta como em visita domiciliar ao 100% deles. Primeiro mês 160(100%), 324(100%) no segundo mês e 522 (100%) usuários. A proporção de usuários diabéticos com avaliação odontológica foi de 100% também. No primeiro mês 44(100%), segundo mês 107(100%) e terceiro mês 148 (100%).

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

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

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

Aumentar a adesão dos usuários ao acompanhamento e tratamento também foi um dos objetivos fundamentais que a equipe propõe se alcançar, na prática clínica diária não são poucos os usuários que abandonam o tratamento, neste objetivo a meta foi procurar o 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas programadas na UBS conforme periodicidade recomendada. Com relação a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa tivemos no primeiro mês 19 faltosos, ao longo da intervenção este foi diminuindo, no segundo mês só faltaram 6, e já no terceiro mês todos os usuários assistiram a consulta programada. Com relação aos diabéticos faltosos as consultas no primeiro mês faltaram 5 usuários, um no segundo mês, e nenhum no terceiro. Aos 100% dos usuários faltosos tanto usuários com hipertensão e/ou diabetes, realizamos busca ativa. Entretanto, depois do início de nosso projeto de intervenção observou-se que os usuários da área de abrangência aderiram tanto ao tratamento, como as palestras e atividades propostas. Eles foram adquirindo conhecimento que a não adesão ao tratamento adequado poderia piorar seu estado de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Com a intervenção melhorou o registro das informações referente ao programa de atenção aos usuários com diabetes e hipertensão. Para alcançar este objetivo nos propusemos manter ficha de acompanhamento ao 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Assim, durante o desenvolvimento da intervenção a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100% para os três meses, atingindo a meta inicialmente proposta. Primeiro mês 160(100%), 324(100%) no segundo mês e 522 usuários no terceiro mês para um 100%. O mesmo aconteceu em relação aos usuários com diabetes, a proporção destes com registro

adequado na ficha de acompanhamento foi também em 100% no primeiro, segundo e terceiro, atingindo a meta proposta nesse período. No primeiro mês 44(100%), segundo mês 107(100%) e terceiro mês 148 (100%). Apesar de não conseguirmos a impressão da ficha espelho, o registro dos dados dos usuários acompanhados foram preenchidos na ficha espelho disponibilizada pelo curso em formato digital, ficando salva no computador da unidade.

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

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

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

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi o quinto objetivo de nossa intervenção. A meta estimada foi realizar estratificação do risco cardiovascular aos 100% de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de nossa área abrangência. Para alcançar esta meta proposta a equipe se propõe a monitorar ao 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação do risco cardiovascular por ano em consulta de acompanhamento. Nesse sentido, a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 100% ao longo da intervenção. Primeiro mês 160(100%), 324(100%) no segundo mês e 522 (100%) usuários. Em relação aos diabéticos, a proporção destes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 100% nos três meses da intervenção também, 44(100%) primeiro mês, segundo 107(100%) e terceiro 148 (100%), atingindo a meta proposta. Os indivíduos avaliados como de alto risco são acompanhados trimestralmente após orientações sobre estilo de vida saudável.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos foi nosso objetivo 6 no desenvolvimento da intervenção. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco do tabagismo e orientações higiene bucal em 100% dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Para atingir a meta proposta foram necessárias realizar várias ações específicas como atividades educativas na comunidade e com os grupos de hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita para a divulgação do programa, envolvendo Nutricionista, Odontólogos e Assistente Social quando requisitado, além de palestras educativas, vídeos informativos, distribuição de folders que vinham pronto da Secretaria de Saúde sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal, riscos do tabagismo. Quanto aos hipertensos a proporção deles que receberam orientação sobre os assuntos acima referidos durante os três meses da intervenção foi de 100%, atingindo a meta estabelecida. Primeiro mês 160(100%), 324(100%) no segundo mês e 522 usuários no terceiro mês para um 100%.

A proporção de diabéticos com as referidas orientação foi de 100% também. Primeiro mês 44(100%), segundo mês 107(100%) e terceiro mês 148 (100%), conseguindo atingindo a meta proposta. Cerca de 21 % dos usuários atendidos estavam com sobrepeso e obesidade, sendo acompanhados pela nutricionista da Unidade de Saúde. Também apresentamos 53 tabagistas (8%), que foram incorporados ao grupo de combate ao tabagismo existente na UBS, com os quais são realizadas atividades educativas a cada 15 dias com a

participação do psicólogo, todos eles iniciaram tratamento e são acompanhados pela equipe.



Figura 12: Ação de saúde na escola e comunidade para os usuários hipertensos e/ou diabéticos realizada 6 e 23 de Junho 2015.

4.2 Discussão

A intervenção realizada no decorrer de três meses na UBS Asa Branca buscou melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. A UBS conta com 4 equipes de saúde da família, e especificamente minha equipe foi a que participou da qualificação da intervenção mencionada. Temos uma população de 3.600 usuários, com uma estimativa mensalmente de cadastro de 136 usuários hipertensos (34 semanal) e 39 usuários diabéticos mensal (10 semanais). Durante o período que a minha equipe realizou a intervenção as outras equipes de saúde também se encontravam imersos na implementação de suas respectivas intervenções, mas em outros programas da APS como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da pessoa Idosa. Durante o desenvolvimento da mesma recebemos apoio das demais equipes sobre todo nas atividades educativas planejadas na unidade, nossa equipe também apoia as atividades feitas pelo resto das equipes nas ações programáticas selecionadas como alvo de sua intervenção.

Resumo do que alcançou com a intervenção

Com nossa intervenção conseguimos melhorar na UBS a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência, ampliar a meta de cobertura, adesão dos mesmos ao programa, capacitação da equipe quanto o tema, atendimento clínico qualificado, implantação de registros específicos, e melhorar informações, busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas programadas, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção.

Para alcançar os objetivos propostos na intervenção, o projeto primeiramente foi apresentado para o gestor e funcionários da unidade de saúde, enfatizando desde um início sobre a importância do engajamento e colaboração de todos, principalmente da equipe, no desenvolvimento das ações. A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada pela médica e/ou enfermeira, de acordo com os protocolos adotados pela UBS: Cadernos da Atenção Básica “Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.” (BRASIL, 2013ab) em quanto ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de ambas doenças, sendo utilizada como referência na atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes. As capacitações ocorreram de modo permanente e progressivo com o objetivo de que cada integrante ficasse melhor preparado e mais engajado com a intervenção, cumprindo com as ações, as quais aconteceram conforme o previsto no cronograma.

Ao terminar estes três meses da intervenção alcançamos 81,4 % de cobertura para usuários hipertensos e 80,9 % para diabéticos, o qual foi possível com o trabalho em união da equipe. Primeiramente foi monitorado o número destes usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, os ACS foram capacitados pela enfermeira e por mim sobre temas do projeto, em quanto ao correto cadastramento destes usuários de toda nossa área de abrangência.

Desde a primeira semana iniciamos contato com lideranças comunitárias para informar sobre o projeto e solicitar apoio para a identificação de casos ocultos destas doenças e seu correto acompanhamento, assim como, todas as ações que estariam dispostas para melhorar a qualidade de vida deste grupo alvo. Aumentamos as atividades de educação em saúde com a comunidade e

grupos de hipertensos e diabéticos na igreja, escola que ficam na área, relacionadas à prevenção destas doenças. Utilizamos pôster, apresentações em data show e distribuição de folders que já viam pronto da Secretaria de Saúde relacionados com atividades físicas, higiene bucal, risco do tabagismo e alimentação saudável.

Aumentamos o número de frequência de consultas do mês para 03 turnos semanais que aconteceram da seguinte maneira: 02 turnos de atendimento pela médica e 01 turno pela enfermeira, em turnos diferentes. Oferecíamos atendimento clínico qualificado tanto pela enfermeira como pela médica, com exame físico integral correspondente, incluindo PA, dados antropométricos para cálculo do IMC, avaliação odontológica e hemoglicoteste, assim como indicação de exames periódicos, estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e avaliação dos pés, o 100% dos usuários acompanhados recebeu educação em saúde sobre estilos de vida saudável. Foram preenchidos corretamente os dados nas fichas de acompanhamento tanto em consulta como em visita domiciliar. O acolhimento destes usuários que buscarem o serviço sempre foi realizado pela enfermeira e a técnica de enfermagem, priorizando sempre aqueles com atrasos na consulta programada, os avaliados como de alto risco, com problemas agudos de saúde, e os que procuravam agendamento para a consulta de acompanhamento.

Com a pretensão de aumentar uma maior cobertura assistencial para este grupo populacional também foi incrementado o número de visitas domiciliar para duas vezes por semana, avaliando 4 usuários pela médica e 6 pela enfermeira semanal, sendo sempre priorizados os acamados, cadeirantes, idosos com problemas de locomoção, como já foi citado anteriormente, as busca ativas forem realizadas em todas as semanas pelo ACS, que com ajuda dos mesmos fornecerem em cada visita domiciliar tanto aos usuários como seus familiares temas relacionados com a existência do programa existentes na unidade de saúde, as consulta de acompanhamento, frequência e horários das mesmas, e sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, tabagismo), facilitando assim o acompanhamento.



Figura 13: Atendimento em visita domiciliar aos usuários cadastrados no Programa de Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos realizada 14 Abril e 26 Maio 2015.

Importância da intervenção para a equipe.

Para a equipe projeto significou um passo de avanço muito importante no acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas, além de conhecerem melhor a sua realidade, também aumentaram seus conhecimentos em relação ao manejo deste tipo de doenças, seus efeitos para a saúde das pessoas, família e a comunidade. Os integrantes aprenderam a como se preparar melhor para poder fazer palestras orientadas para modificações do estilo de vida, procurando eliminar ou diminuir os fatores de riscos modificáveis destas doenças crônicas. Também aumentou a união da equipe para o desenvolvimento das atividades no só dessa intervenção, mas todas as ações que são desenvolvidas na atenção primária de saúde para alcançar seus objetivos principais nos diferentes programas.

Importância da intervenção para o serviço

Realizar a intervenção na unidade de saúde foi muito importante porque permitiu várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a melhora na qualificação do atendimento oferecido aos hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita. Antes da intervenção o acompanhamento a estes usuários era muito deficiente, sustentava-se só na atenção de suas principais queixas e renovação de receitas, entre os aspectos positivos podemos destacar: um

aumento no cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos de 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita, o atendimento humanizado e integral dos usuários, assim como, o cumprimento das frequências do acompanhamento deles segundo o protocolo, a implantação de registros específicos (ficha-espelho disponibilizada pelo curso online, e planilha de coleta de dados) com registro adequado. Todas as ações foram desenvolvidas com o objetivo de melhorar a atenção à saúde deste grupo populacional, buscando prevenir as complicações decorrente por ambas doenças.

Importância da intervenção para a comunidade

Para a comunidade a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos acompanhados durante o desenvolvimento da intervenção. Foi muito gratificante para a equipe conhecer sentimentos de satisfação e agradecimento dos usuários pelas atividades desenvolvidas, eles referiram que agora ficam com mais conhecimentos sobre suas doenças, reconhecem a importância do acompanhamento e adesão ao tratamento, identificam sinais de complicações decorrentes de ambas doenças, e estão mais orientados a manter estilos de vidas saudáveis. Muitas ações realizadas na Unidade de Saúde foram modificadas e\o melhoradas, tais como a frequência do acompanhamento destes usuários, busca dos faltosos a consultas programadas, implantação e melhora dos registros, sobretudo, dos prontuários clínicos e as ficha espelho, sendo incorporadas à rotina do trabalho diário, também conseguimos modificar atitude e\ ou conhecimento dos usuários quanto a suas doenças, e acredito que ambas partes foram beneficiadas.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Se tivesse que realizar a intervenção novamente, todas as ações no projeto seriam as mesmas, já que durante este tempo conseguimos o engajamento de todos os integrantes da equipe, profissionais, trabalhadores administrativos e gestores da unidade no desenvolvimento das atividades. No entanto, os gestores municipais não disponibilizaram a impressão das fichas espelhos, sendo essa, a

maior dificuldade, mesmo assim as fichas disponibilizadas pelo curso foram feitas no formato digital, o que não atrapalhou o desenvolvimento do projeto.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/que melhorias pretende fazer na ação programática/ quais os próximos passos

A intervenção já faz parte da rotina diária de nossa UBS, e pretendemos ampliar nosso trabalho aos outros programas priorizados pelo Ministério de Saúde. Dentro das ações implementadas estão o planejamento das consultas dos usuários portadores de doenças crônicas de acordo com os protocolos de atenção básica do Ministério de Saúde do anos de 2013, acolhimento dos usuários, busca ativa dos faltosos a consulta, aumento das atividades educativas, atendimento clínico integral e humanizado.

Para alcançar a meta de 100 % de cobertura para os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, no momento seria importante um ACS para acompanhar a micro área descoberta. O cadastramento dessa micro área está acontecendo quando os usuários dessa micro área vem à unidade de saúde em busca de atenção, seja por problemas de saúde agudo, ou para o acompanhamento, também realizamos ações de promoção e prevenção de saúde mensal nessa micro área descoberta, com pesquisa ativa de usuários com essas doenças, enfatizadas, em particular, aqueles usuários com fatores de riscos de desenvolver diabetes e hipertensão.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Com o objetivo de melhorar o acesso ao atendimento médico e pela falta de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) em julho do ano 2013. Desta maneira chegamos ao Brasil eu e muitos médicos com a missão de ampliar e melhorar a saúde da população através do atendimento aos usuários do SUS. Uma das exigências do programa é a realização de um curso de especialização em saúde da família oferecida pela UFPEL, o qual orientou uma análise da UBS que possibilitou a realização de um projeto de intervenção com foco na saúde de hipertensos e diabéticos.

Foi realizada uma intervenção direcionada a qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, no Centro Municipal de Saúde Asa Branca, Boa Vista/RR. A intervenção ocorreu no período de Abril a Junho de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS, envolvendo Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes de Saúde Comunitários, Nutricionista Assistência Social e Odontólogos. Desenvolvendo ações nos eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Antes da intervenção não era realizado um adequado acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, havia dificuldades no registro das informações, falta de profissionais que se dedicassem ao planejamento, gestão,

coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS, o cadastro era desatualizado por apresentar uma micro área sem um ACS, a avaliação de saúde bucal era deficiente, a cobertura de medicamentos na farmácia era insuficiente para estes usuários, escassas atividades em promoção de saúde sobre fatores de riscos para desenvolver ambas doenças, baixa cobertura na realização de exames complementares, determinando deficiências no atendimento e acompanhamento com qualidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Durante as 12 semanas de intervenção foram desenvolvidas diferentes ações que já fazem parte da rotina de trabalho da equipe na UBS, tais como: cadastro continuado dos usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita, acolhimento e acompanhamento adequado dos hipertensos e diabéticos, atendimento clínico humanizado com solicitação de exames complementares, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular, encaminhamento para tratamento odontológico e avaliação especializada quando requisitado, grupos de educação em saúde, orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo, busca ativa dos faltosos a consulta. Para o correto registro das informações se utilizaram como instrumento a planilha de coleta de dados e ficha-espelho digital disponibilizadas pelo curso. Semanalmente todas as ações foram monitorizadas permitindo avaliar o cumprimento das metas proposta através dos indicadores escolhidos.

Podemos ressaltar que com desenvolvimento destas ações durante a intervenção, houve uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, na Unidade de Saúde Asa Branca. O público alvo foram 641 usuários com Hipertensão e 183 com Diabetes Mellitus (DM). Com a intervenção conseguimos cadastrar 522 usuários hipertensos (81,4 %), e 148 usuários diabéticos (80,9 %) e estão sendo acompanhados em nossa UBS, o qual foi possível com o trabalho em união da equipe, cadastro continuo de todos os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, aumento das frequência de consultas de acompanhamento, busca da dos usuários faltosos a consultas programadas a traves das visita domiciliar, incremento das atividades de educação em saúde com a comunidade e grupos de Hiperdia. Não foi possível alcançar a meta de 85% de cobertura para ambos os grupos, devido à redução de

um mês de intervenção, pois a proposta inicial era desenvolver a intervenção em 16 semanas, no entanto, foi reduzida para 12, semanas de intervenção, a falta de um ACS, a longa distância entre a UBS e a área de abrangência, e situações climáticas como fortes chuvas. A intervenção continua sendo desenvolvida na unidade.

Com o desenvolvimento da intervenção tivemos melhorias a equipe conseguiu modificar atitude e o conhecimento dos usuários quanto a suas doenças, ampliar o conhecimento da população sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, tabagismo), sintomas e sinais de complicações decorrentes destas doenças, importância da avaliação bucal por um profissional. Também incrementaram seus conhecimentos em relação ao manejo e acompanhamento destas doenças e ficaram mais engajados e unidos para o desenvolvimento das atividades não só das ações da intervenção mas de todas as ações que são desenvolvidas na atenção primária de saúde para alcançar os objetivos principais nos diferentes programas preconizados pelo Ministério, contribuindo assim a melhorar a qualidade de saúde da população. Com nosso trabalho conseguimos ter um impacto positivo na comunidade, a qual mostra satisfação com as ações realizadas.

Ao longo da intervenção tivemos dificuldades com a disponibilidade de recursos na UBS, tais como a impressão das fichas espelhos, que foram feitas em formato digital no próprio computador da médica e a enfermeira, para continuar o projeto e evitar atrasos na implementação do mesmo, as quais ficam no computador da UBS. Também tivemos problemas com a realização de exames complementares em dia de acordo ao protocolo para o atendimento aos usuários alvo que foi de 87,5% para usuários hipertensos e 91,9% para usuários diabéticos pelo o número de vagas disponível no laboratório da UBS. Os exames no setor privado são de alto custo, o que dificulta o acesso de nossa população a estes. Ainda apresentamos uma área descoberta pela falta de um ACS, o que dificultou o acompanhamento dessa comunidade.

Embora, alcançamos resultados positivos com a intervenção poderíamos ter atingido de maneira integral algumas metas propostas se tivéssemos contado durante todo o período de intervenção com o apoio e engajamento de todos os gestores, com a disponibilização de recursos importantes para melhorar os registros, garantir materiais e reativos utilizados no laboratório clínico, assim como material para apoiar as atividades educativas na comunidade. Espera-se que a

gestão de aqui para frente ajudem no desenvolvimento das ações planejadas pela equipe para melhorar a ação programática de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, assim como de outras ações programáticas que sejam desenvolvidas na UBS e em qualquer unidade do município.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com o objetivo de Qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, no Centro Municipal de Saúde Asa Branca, Boa Vista/RR, foi realizado uma intervenção no período de Abril a Junho de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS, com a realização de ações voltadas para públicos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para isto contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais, Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes de Saúde Comunitários, Nutricionista Assistência Social e Odontólogos quando requisitado, além do apoio da comunidade que foi fundamental para a equipe, e a participação da população alvo de estudo.

Antes da intervenção não era realizado um adequado acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, havia dificuldades no registro das informações, falta de profissionais que se dedicassem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS, o cadastro era desatualizado por apresentar uma micro área sem um ACS, a avaliação de saúde bucal era deficiente, a cobertura de medicamentos na farmácia era insuficiente para estes usuários, eram escassas as atividades em promoção de saúde sobre fatores de riscos para desenvolver ambas doenças, poucos usuários tinham exames complementares em dia. Portanto, havia deficiências no atendimento e acompanhamento com qualidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

O público alvo foram 641 usuários com Hipertensão e 183 com Diabetes Mellitus (DM). Com a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 522 usuários hipertensos (81,4 %), e 148 usuários diabéticos (80,9 %). Com a

realização da intervenção os atendimentos clínicos foram realizados semanalmente com qualidade. Também investimos em estratégias de educação em saúde durante as consultas clínicas, permitindo que cada pessoa conhecesse mais a respeito de sua doença crônica, e também eram incentivados a tornarem-se responsáveis por seu cuidado e de sua família, além disso, com o apoio da comunidade e das lideranças comunitárias nas atividades educativas programadas diante o engajamento público estimulávamos que falassem para os demais usuários sobre o programa e a sua importância. Durante as atividades realizadas com estes grupos de usuários foram desenvolvidas promoção da saúde com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças, gastos com medicação e possível internação hospitalar.

A intervenção já faz parte da rotina diária de nossa UBS, e pretendemos ampliar nosso trabalho para outros programas priorizados pelo Ministério de Saúde. Com o desenvolvimento da intervenção foi possível ampliar o acompanhamento e adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos as consultas e atividades desenvolvidas, melhorar a qualidade do atendimento e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, busca ativa de faltosos às consultas programadas através das visitas domiciliar. Além disso, conseguimos melhorar o registro das informações, contribuindo significativamente para o monitoramento da intervenção e acompanhamento dos usuários.

Certamente sem o apoio da comunidade este projeto não teria sido desenvolvido. O apoio da comunidade contribuiu a realização de nossas ações, facilitando em grande maneira o desenvolvimento da intervenção. Não temos dúvidas de que a comunidade tem sido um elemento muito importante para qualificação da intervenção. Agradecemos mais uma vez seu apoio, e pedimos que continuem ajudando na realização e fortalecimento do programa, na busca ativa dos usuários faltosos, divulgação do programa assim como participação nas atividades de promoção de saúde sendo o “eco” para o resto da população, contribuindo assim para melhorar a saúde da população de nossa área de abrangência.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento desde trabalho de intervenção na minha profissão foi bom e interessante, me fez adquirir uma visão diferente e mais acolhedora e humanizada diante as divergências sobre a saúde da população da área de abrangência, principais doenças, fatores de riscos mais frequentes, demografia, fatores socioeconômicos, sendo a porta de entrada para a abordagem dos problemas da comunidade e o início nas mudanças no estilo e modo de vida.

No início tive a sensação que seria difícil para mim conseguir incorporar à rotina da Unidade qualquer ação programática, tive muitos contratempos com o serviço, a internet, a equipe. Mesmo diante as dificuldades existentes pude perceber que podemos mudar uma realidade e trazer outra visão, mesmo com pouca ajuda já citada anteriormente, que toda a diferença está quando os profissionais se propõem a trabalhar em união, engajando profissionais, comunidade, gestores e a equipe podemos melhorar não só o atendimento de usuários com doenças crônicas da unidade, se não também a qualidade de vida, o nível de conhecimento respeito a suas doenças e fatores de riscos possíveis de modificar. Para mim como profissional da saúde foi muito enriquecedor e uma grande satisfação conseguir mudar alguns conhecimentos prejudiciais à saúde população.

Quanto a minha prática profissional, a realização do curso foi uma experiência nova de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual, pela qual estou grata, pois melhorou e atualizou meus conhecimentos científicos através da realização dos casos interativos da pratica clínica e as revisões

Bibliográficas dos temas, assim como os TQC, além disso, fortaleceu a união da equipe para adquirir habilidades para desenvolver atividades e trabalho conjunto e humanizado com a população. Também contribuiu para melhorar a gramática do idioma português, a comunicação e respeito entre os profissionais participante do curso e professor orientador, aprendizagem da metodologia de investigação, assim como, o manejo adequado das doenças diante os protocolos fornecidos pelo Ministério de Saúde. Pude dessa forma, aumentar o raciocínio clínico individual. A interação coletiva, ao postar tanto nos fórum de clínica e coletivos, promoveu a observação da situação de outras realidades do Brasil, assim como a discussão e raciocínio clínico.

Para mim foi muito gratificante alcançar as expectativas e conseguir a implementação da intervenção na rotina da unidade. Eu me sinto realizada como profissional, com as condições necessárias, em relação ao conhecimento e governabilidade, para implantar outras intervenções e melhorar a qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade.

Referências

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

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

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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.

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Judex para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está falhando às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizado busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de precauções	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em caso	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
1																			
2																			
3																			
4	1																		
5	2																		
6	3																		
7	4																		
8	5																		
9	6																		
10	7																		
11	8																		
12	9																		
13	10																		
14	11																		
15	12																		
16	13																		
17	14																		
18	15																		
19	16																		
20	17																		
21	18																		
22	19																		
23	20																		
24	21																		
25	22																		
26	23																		
27	24																		
28	25																		
29	26																		
30	27																		
31	28																		

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante