

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turman^{o9}**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves Cavalcante, Assis Brasil/AC**

MANUEL IVAN REINOSO COBLEY

Pelotas, 2016

MANUEL IVAN REINOSO COBLEY

**Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves Cavalcante, Assis Brasil/AC**

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

Orientador: Catiúscie Cabreira da Silva

Co-orientador: Chandra Maciel Lima

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C656m Cobley, Manuel Ivan Reinoso

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves Cavalcante, Assis Brasil/AC / Manuel Ivan Reinoso Cobley; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a); Chandra Maciel Lima, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

87 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Lima, Chandra Maciel, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, mãe, filha e irmão. Em especial meu avô e meu pai que já não estão comigo, mas sei que estão me olhando desde o céu e estão felizes por mim, por que graças a eles sou a pessoa que me tornei hoje.

Agradecimentos

Agradeço primeiro a Deus, graças à ele estou hoje com saúde, oferecendo e ganhado conhecimento e humildade para ser uma pessoa melhor.

Agradeço à minha família por me aceitar e aguentar todo este tempo longe deles, em especial meu pai e avo que não estão comigo fisicamente, mas estão em meu coração e sempre estiveram de meu lado desde o primeiro dia que cheguei ao Brasil, não pude estar com eles em seus últimos momentos mas saibam que os amo, nunca irei esquecer seus ensinamentos e conselhos para ser melhor a cada dia.

Às minhas duas orientadoras, a primeira Chandra Maciel Lima e a segunda Catiuscie Cabreira da Silva, com seus sábios e sempre bons conselhos, orientações e sua ajuda sempre certa e oportuna.

À minha equipe de trabalho e minha comunidade que junto comigo são os protagonistas desta intervenção, sem sua ajuda, compreensão e paciência não teria desenvolvido este projeto.

Resumo

COBLEY, Manuel Ivan Reinoso. **Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves Cavalcante, Assis Brasil/AC.** 2016. 87fls Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistemática e o Diabetes Mellitus são duas das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais frequentes em nossa prática profissional e suas complicações (ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral, cegueira, doença renal, amputação) estão entre as primeiras causas de morte e incapacidade. Em nossa área de saúde da UBS Antônio Alves Cavalcante, tínhamos cadastrados antes da intervenção 65 usuários com hipertensão e 16 com diabetes, estas doenças constituíam um problema em nossa área pela pouca população cadastrada, assim como havia uma deficiente qualidade no atendimento para esses usuários que não tinham carteira e registro de seu acompanhamento. Antes da intervenção que realizamos os usuários não tinham exames complementares de rotina em dia e o atendimento na saúde bucal também era deficiente. Nossos usuários tinham hábitos de alimentação incorretos, não realizavam atividades físicas e muitos são tabagistas. Nosso projeto teve como objetivo melhorar o atendimento para os usuários com hipertensão e diabetes, foi planejado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, a população alvo foi todos os usuários com mais de 20 anos residentes em nossa área de abrangência com hipertensão e/ou diabetes. Toda a equipe de saúde da unidade foi capacitada para realizar este trabalho com qualidade, a coleta de dados foi feita na ficha espelho fornecida pelo curso e a sistematização desses dados foi feita com a planilha de coleta de dados. O projeto virou uma ferramenta muito importante efetiva no trabalho da unidade, foi feito o cadastro de 178 (93,2%) usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 70 (100%) usuários com Diabetes Mellitus (DM). Todos os usuários acompanhados tiveram suas fichas de acompanhamento preenchidas e medicamentos da farmácia de Hiperdia indicados, assim como 100% passou por avaliação da necessidade de atendimento odontológico e estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Além disso, 172 (96,6%) dos usuários com hipertensão e 70 (100%) dos com diabetes tem os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Todos esses percentuais provocou uma opinião favorável do projeto e uma adesão muito maior da população ao programa, houve uma melhoria grande na qualidade do atendimento dos usuários com HAS e DM e na satisfação da comunidade. A equipe de saúde ficou mais preparada e capacitada para oferecer um melhor atendimento com qualidade que a população precisa, assim o trabalho em equipe virou nossa principal arma de trabalho.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia de realização de atendimentos na comunidade, compartilhando temas como estilo de vida	57
Figura 2	Fotografia de momento de deslocamento da equipe até as comunidades rurais.	57
Figura 3	Fotografia de conserto de uma bomba de água, durante as viagens as comunidades distantes, para uso da equipe de saúde	57
Figura 4	Fotografia de percursos até as zonas mais distantes da UBS.	58
Figura 5	Fotografia de Farmácia improvisada com medicamentos do HIPERDIA, disponibilizada nas comunidades de zonas rurais.	59
Figura 6	Fotografia de Cadeira móvel do dentista, para atendimento odontológico nas zonas rurais	59
Figura 7	Fotografia de Residência de usuários da UBS, mostrando o uso de fogão a lenha, típico na região.	60
Figura 8	Fotografia da Coordenadora da UBS junto ao médico e uma criança que recebe atendimento numa escola na zona rural que foi usada como consultório médico improvisado	60
Figura 9	Fotografia de Espaço para construção da nova estrutura da UBS.	62
Figura 10	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde, UBS Antônio Alves Cavalcante Assis Brasil / Acre.	64
Figura 11	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves Cavalcante Assis Brasil / Acre	65
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Antônio Aves Cavalcante Assis Brasil / Acre	67
Figura 13	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Antônio Aves Cavalcante Assis Brasil / Acre	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	44
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da intervenção	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção	63
4.1 Resultados	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
Anexos	83
Anexo A - Documento do comitê de ética	84
Anexo B-Planilha de coleta de dados	85
Anexo C-Ficha espelho	86
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	87

Apresentação

Meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata da melhoria do atendimento na Atenção Primária em Saúde (APS) para os usuários com HAS e DM residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Alves Cavalcante, do município de Assis Brasil, estado de Acre. O TCC está organizado da seguinte forma, primeiro apresenta-se a Análise Situacional onde se descreve como é a situação de UBS antes de ser implementado o projeto, sua estrutura física e de pessoal profissional que trabalha na mesma. No segundo capítulo apresenta-se a Análise Estratégica que está formada pela justificativa explicando o motivo da escolha do foco, além disso mostra também a metodologia, objetivos e um detalhamento das ações, indicadores e cronograma.

No terceiro capítulo temos o Relatório da Intervenção onde se faz a descrição de toda a trajetória recorrida nestas 12 semanas do projeto descrevendo as ações realizadas, as dificuldades e limitações encontradas e as estratégias planejadas e realizadas para vencer estas dificuldades e cumprir as ações de maneira integral ou parcial. No quarto capítulo temos a Avaliação da Intervenção onde são expostos e analisados os resultados alcançados na implementação do projeto na UBS, a análise dos gráficos e a discussão dos resultados e sua importância e significado para a comunidade e para toda a equipe de saúde assim como as estratégias planejadas para incorporar estas ações na rotina diária do trabalho da UBS. No quinto e sexto capítulos, respectivamente apresentamos o Relatório para a Comunidade e outro para o Gestor neste último se mostra a importância da participação do gestor na implementação do projeto sua ajuda e apoio diante das dificuldades e limitações encontradas. Por último fazemos uma Reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem onde abordamos como foi desenvolvido o projeto no curso, as expectativas iniciais e seu significado para a prática profissional e o que foi mais importante no curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho em uma UBS que se encontra no bairro Bela Vista do município Assis Brasil no Estado de Acre, meu município conta de três UBS na zona urbana onde trabalham médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), odontologistas e técnicos de odontologia e uma pessoa que faz tudo o que tem que ver com a limpeza e ordem da UBS. Minha unidade tem uma boa estrutura e o necessário para fazer um ótimo atendimento, ela conta com uma sala de espera, recepção, sala de consulta médica, sala de consulta de enfermagem, consulta odontológica, farmácia, cozinha e um banheiro para os usuários e outro para os trabalhadores da equipe. A UBS tem vários problemas, por exemplo, a sala de espera é pequena e os usuários tem que esperar no quintal quando estão em grandes números, também é de difícil acesso para os usuários que moram fora do centro, na BR ou nos seringais. Alguns tem que viajar até dois dias pelos trilhos caminhando para receber o atendimento. Outro problema são a deficiente chegada de medicamentos para oferecer aos usuários. Nossa equipe de saúde está composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma técnica odontológica um médico odontologista uma vacinadora, uma técnica de farmácia, seis ACS e pessoal para fazer a limpeza.

A UBS atende de segunda a sexta-feira das 8 horas às 18 horas, começamos o trabalho pela manhã com atendimento da demanda espontânea e pela tarde dividimos os dias da semana em consultas espontânea, visitas domiciliares e palestras principalmente de promoção e prevenção de saúde, e a reunião com todo a equipe onde os ACS conforme a suas visitas trazem os usuários que precisam da visita do médico. Em nossa unidade temos uma alta incidência de doenças

transmissíveis como IRA de causas alérgicas e virais e DDA por causas parasitárias como oxiúro, giárdias e ascaridíases principalmente em crianças de cinco até 12 anos.

Temos um alto consumo de medicamentos controlados como diazepam, clonazepam e fenobarbital, também muitas doenças osteomusculares e dermatológicas como leishmanioses cutânea em crianças e população geral. Em nossa UBS todos trabalhamos juntos e unidos para oferecer um ótimo atendimento para toda a população que procura e precisa de nossos serviços.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Assis Brasil está situado em uma área de fronteiras com o Peru e a Bolívia, tem uma população total de 6.570 habitantes, a zona urbana corresponde a 40% da área geográfica total e o restante é área rural. O município conta com três UBS no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), também tem uma unidade mista de saúde, um laboratório municipal, que está sem bioquímico há 4 meses. A disponibilidade para realizar exames complementares é baixa, pois só conta com o laboratório da unidade mista, que também funciona como um hospital, com serviço de pronto socorro, porém os recursos humanos são insuficientes. O município não tem disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como, não conta com atenção especializada.

Minha UBS é tipo ESF, como as outras duas que existem no município e está localizada na zona urbana na comunidade de Bela Vista, seu nome é Antônio Alves Cavalcante. A UBS não tem vinculação com nenhuma instituição de ensino, mas fazemos atividades de capacitação para nossa equipe onde se escolhe um tema e se faz uma apresentação para os membros da equipe, assim sempre atualizamos nossos conhecimentos. A UBS Antônio Alves tem uma vinculação muito estreita com o SUS. Temos uma equipe de saúde formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem na sala de vacina dois técnicos de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório odontológico uma auxiliar de farmácia, uma funcionária para fazer serviços gerais e 6 ACS, destes 3 da zona urbana e 3 da zona rural.

Nossa unidade é uma casa adaptada para ser uma UBS, dessa forma, as condições não são das melhores, mas permite trabalhar e oferecer um atendimento adequado, a construção é de alvenaria e madeira, as paredes externas são de tijolos, bem como algumas paredes internas, as divisões internas são de PVC (Policloreto de vinil) as janelas são de madeiras e as portas de alumínio. A UBS tem uma sala de enfermagem, sala de vacinas, consultórios odontológicos e médico, uma sala de curativos e procedimentos, uma farmácia, dois banheiros, um para funcionários e outro para usuários, também conta com uma área para fazer refeição, contamos com uma área de estar e quintal. A unidade tem algumas deficiências estruturais para oferecer um ótimo atendimento, por exemplo, não tem banheiros para usuários com limitações físicas tem muitas barreiras arquitetônicas em sua entrada, não tem rampa para cadeirantes, a sala de espera é a mesma onde realiza-se a triagem e estão os arquivos, é muito pequena, o que obriga aos usuários esperar seu atendimento no quintal.

Também temos dificuldade com o quadro básico de medicamentos, principalmente para usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), para esse problema se realizou um levantamento dos usuários cadastrados em nossa UBS que tomam estes remédios e se solicitou uma quantidade que concorde com a realidade de nossa área, esperamos pela reposta da secretaria e prefeitura de nosso pedido.

O serviço odontológico é novo, só tem três meses de funcionamento, tínhamos o consultório com todo equipamento básico necessário para oferecer atendimento, mas não tínhamos odontólogo, porém o instrumental para trabalhar é insuficiente, por conta disso, só se realizam seis atendimentos em cada turno, divididos em quatro demanda espontânea e duas urgências. A medicação para este tipo de atendimento é insuficiente, não contamos com anestésico especial para usuários com hipertensão e o material descartável, como as luvas, são quase sempre do tamanho inadequado para trabalhar, por esse motivo temos insatisfação da população. Estas deficiências são de conhecimento da secretaria e da prefeitura que ainda não tem reposta para dar solução para estes problemas.

Em nossa UBS, os profissionais não participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, esse processo é feito pelo pessoal da secretaria de saúde e da prefeitura. Além da UBS, nossa equipe de saúde realiza orientação e educação nos cuidados em saúde da família e da

população da área de abrangência nos domicílios e nas escolas, do mesmo modo, os profissionais da UBS realizam cuidado domiciliar, o qual é feito pelo médico, enfermeiro e ACS. O levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar é realizado pelos ACS. Nos domicílios, os profissionais realizam atividades como curativos, educação em saúde e cuidados da saúde, acompanhamento de problema de saúde, verificação de pressão arterial e quando o usuário não pode se deslocar para UBS, fazemos consulta médica e de enfermagem.

Nossa UBS também realiza encaminhamentos dos usuários para outros níveis do sistema de saúde, mas não é feito respeitando os protocolos de encaminhamentos nem o fluxo de referência e contra referência, é feito da seguinte forma, os usuários encaminhados vão na Secretaria Municipal de Saúde com a solicitação de encaminhamento feita pelos profissionais da UBS e a secretaria é quem realiza o processo de encaminhamento e agendamento das consultas especializadas. Em nosso serviço o usuário recebe acompanhamento do plano terapêutico quando é encaminhado para outro nível do sistema de saúde e também é acompanhado pelo médico, enfermeiro e ACS quando está em situação de internamento domiciliar. Também se realiza notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, esta atividade é desenvolvida pelo enfermeiro e ACS, mas não realizamos busca ativa de doenças de agravo e notificáveis.

Por enquanto, na UBS se realizam atividades de grupos com pessoas com hipertensão e diabetes e idosos, também se realizam atividades sobre aleitamento materno, combate ao tabagismo, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, prevenção de câncer de colo de útero, saúde da mulher e da criança e saúde bucal. Destas atividades participam o médico, o enfermeiro, o odontólogo, o ACS e o auxiliar de consultório dentário. Apesar do trabalho realizado, temos limitações para executá-lo, por exemplo, a distância que moram os usuários da zona rural dificulta o acesso nesta área, bem como os cadastros e as visitas domiciliares para os usuários que não podem se deslocar até a UBS. Já foi solicitado à prefeitura transporte para os usuários da zona rural.

Temos uma população de 1.084 usuários, destes, quase 49 % mora na zona rural e o restante na zona urbana. O perfil demográfico da população da área de abrangência é de 416 homens, 668 mulheres, 46 crianças de 1 a 5 anos, 230 de 5 a 14, 701 pessoas de 15 a 69 e 53 maiores de 60 anos. O tamanho da população e

constituição da equipe é suficiente para nossa área de abrangência, o atendimento é feito com qualidade e de maneira adequada.

Em relação à demanda espontânea, nossa UBS está preparada para fazer um atendimento de qualidade, não existe excesso de demanda, o atendimento é realizado nos dois turnos, como já dito, a principal dificuldade que temos para fazer nosso trabalho é a estrutura da UBS quanto às barreiras para o acesso de usuários cadeirantes e deficientes motores e o acesso dos usuários que moram na zona rural, que têm que viajar a pé longas distâncias para chegar ao serviço.

Com relação à saúde da criança, na UBS temos 22 crianças com menos de um ano, isto corresponde com a estimativa do CAP que é 22 o que corresponde a 100% das crianças cadastradas. Todas elas estão com as consultas em dia, é importante destacar que apesar de termos crianças que moram na zona rural, muito distante, as 22(100%) delas recebem atendimento, 15 (72%) realizaram o teste do pezinho, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, 100% tem o esquema de vacinas atualizado. Todas as mães receberam orientação sobre aleitamento materno e para prevenção de acidentes em cada consulta e também orientação sobre alimentação saudável. Como deficiência, posso sinalizar um problema com as consultas antes dos 7 dias e também atrasos com as consultas agendadas, já que como temos muitas famílias que moram longe da UBS, mas estamos tentando aumentar este indicador negativo com as visitas domiciliares realizadas com o enfermeiro e ACS na zona rural.

Nossa UBS conta com protocolo de atendimento de puericultura fornecido pelo Ministério da saúde (MS), os atendimentos são registrados na ficha espelho de vacinas. Não contamos com um registro específico para os atendimentos de puericultura, mas todos os registros são preenchidos com dados atualizados em cada consulta pelos profissionais da unidade. Realizamos atividades educativas de promoção e prevenção com grupos de mães das crianças no âmbito da UBS onde participam 80% das mães, e participam o médico, a enfermeira, o odontólogo e o técnico de enfermagem. Porém, nosso objetivo é fazer com que 100% delas participem, estamos trabalhando para isso.

Em nossa UBS a cobertura do atendimento pré-natal temos 60(100%) grávidas cadastradas esta cobertura respeita a estimativa do CAP que é 60, ao total, destas, 22(36,6%) estão no 1º trimestre de gestação, 28(46,6%) no 2º trimestre e 10(16,6%) no 3º. Todas têm as consultas em dia e exames do 1º trimestre

solicitados na primeira consulta, as que estão no 3º trimestre também tem seus exames solicitados. Todas estão vacinadas de acordo com o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde e recebem orientação sobre aleitamento materno, 45(75%) estão com avaliação de saúde bucal e com pré-natal iniciado no primeiro trimestre. Na unidade o atendimento pré-natal é feito pelo enfermeiro e médico, as grávidas saem todas da consulta com a próxima agendada.

Utilizamos avaliação e classificação de risco gestacional e os protocolos para regular o acesso das grávidas a outros níveis de atenção, se preciso. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulários especiais do pré-natal e ficha espelho das vacinas. Sempre é solicitado o cartão de pré-natal nos atendimentos, o qual é preenchido com todos os dados atualizados e todas as informações da gestação, a unidade tem um arquivo específico para os registros dos atendimentos as grávidas, que é revisado mensalmente com a finalidade de verificar grávidas faltosas, data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco e verificar também a completude dos registros. Essa revisão é feita pelo enfermeiro e médico. Em cada consulta se realiza orientação sobre aleitamento materno, alimentação saudável, cuidados do recém-nascido, planejamento familiar, a importância das consultas de pré-natal. Nossa equipe da saúde na UBS faz atividades de promoção e prevenção com as grávidas no posto ou outros espaços da comunidade, como as escolas, onde geralmente participam 54(90%) das gestantes, tem o objetivo de ampliar seus conhecimentos sobre seu estado, em todas as atividades participam a enfermeira, o técnico de enfermagem e o médico.

Quanto ao atendimento puerperal, a cobertura é de 28(100%) puérperas cadastradas a estimativa do CAP e de 22

, também temos algumas fora da área de cobertura que são visitadas pelos ACS e recebem orientações sobre aleitamento, cuidados com o recém-nascido, mamas, alimentação saudável, acidentes do lar. Na UBS temos 28 (100%) puérperas e todas receberam orientações sobre planejamento familiar, foi feito atendimento antes dos 42 dias, receberam orientações sobre o cuidado ao recém-nascido, aleitamento, e todas tiveram as mamas e abdômen examinados.

Nossa principal deficiência é a dificuldade que apresentam as grávidas e as puérperas da zona rural para comparecer às consultas, elas moram longe da UBS e tem que caminhar muito, até mais de 15 quilômetros para chegar ao serviço, por enquanto não existe transporte que entre nas comunidades rurais. Outra deficiência

é o quadro básico de medicamentos para esta consulta, quase inexistente, principalmente os medicamentos para anemia. Todas estas deficiências são conhecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e prefeitura, que por enquanto não tem resposta para dar solução ao problema. Da nossa parte, quanto aos medicamentos, se realizou um pedido deles levando em conta a realidade de nossa cobertura de grávidas e puérperas, esperamos pela reposta da gestão.

Com respeito ao Controle de Câncer do colo do Útero, na UBS temos 156 (69%) mulheres de 25 a 64 anos cadastrada na UBS, a estimativa pelo CAP é de 227. O exame citopatológico é feito em nossa UBS pela enfermeira da equipe, ela é responsável pelo programa. A equipe trabalha com conversa e palestras nas escolas e em nossa unidade para as mulheres ente 25 e 64 anos, chamando a atenção sobre a importância do programa e de fazer o exame no tempo previsto, fazemos atividades de educação e promoção onde explica-se os fatores de risco e como evitar esta doença. A unidade tem um sistema de retroalimentação, o que permite o seguimento adequado dos exames positivos e chamamos a atenção das mulheres faltosas ou que estão atrasadas.

Com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia estão 31(49%) das mulheres cadastradas, 17(27%) estão com exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso, 156(100%) tiveram orientação sobre prevenção de Câncer de colo de útero e sobre DST, não dispomos de registros para calcular os demais indicadores.

Quanto ao câncer de mama, temos 54(100%) de cobertura das mulheres em acompanhamento, mesmo valor estimado pelos cadernos das ações. Do total de mulheres entre 50 e 69 anos de idade, 33(52%) delas tem avaliação de risco realizada e receberam orientação sobre a prevenção do câncer de mama e a importância de fazer a mamografia no tempo e quando indicada pelo médico ou enfermeira responsáveis pelo programa, 21(33%) estão com a mamografia em dia e 61(95%) com mais de 3 meses em atraso. Nossa UBS realiza ações de promoção e educação para promover a prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, para controlar o peso corporal e evitar a obesidade, também orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e outras drogas e o hábito de fumar, as consequências e ação deste hábito no câncer. As atividades de promoção, orientação e educação são feitas pela enfermeira e médico toda semana em todos os turnos, existindo um protocolo para ele produzido pelo Ministério da Saúde. São

realizadas na UBS e escolas, destas participam a enfermeira, o técnico de enfermagem, o odontólogo e o médico. As consultas feitas às mulheres que realizam mamografia são registradas no livro de registro e no prontuário clínico, na UBS não tem um arquivo específico para o registro dos resultados.

Em nosso município temos dificuldade para realizar as mamografias pela distância do centro que as realiza, o município fica na fronteira, o que dificulta viajar para fazer o exame. A secretaria conta com uma camionete que leva as usuárias para realizar, mas nem sempre está disponível, este problema é conhecido pela prefeitura e ainda está sem reposta. Também temos falta de material como spray fixador, espéculos e paletas coletoras para fazer os exames citopatológicos. Acho que para ter um adequado seguimento das mulheres com o exame alterado, deveria ser feito um registro específico, onde se registraria não só as mulheres em idade de risco, mas também dados como fatores de risco, diagnóstico, data da última consulta, tratamento indicado e data da próxima mamografia.

O planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama são feitos pelo enfermeiro e o médico, são realizadas reuniões mensalmente para a avaliação da qualidade do programa e planejar as estratégias para seguir melhorando o atendimento e os indicadores de qualidade da atenção a estas doenças, desta reunião participa toda a equipe de saúde, já que este é um trabalho de todos, a fonte de informação utilizada é o prontuário clínico.

Quanto ao atendimento às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), nossa UBS tem um programa bem constituído com base nos protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento e acompanhamento destas doenças. Por enquanto, a estimativa que temos do número de pessoas com HAS na área não corresponde com a realidade, por conta da existência da população que mora muito longe nas áreas rurais, de muito difícil acesso, o que dificulta o cadastramento por parte dos ACS. A estimativa do CAP é de 191, só temos 65(34%) cadastrados em nossa unidade, acredito que tenha uma subnotificação dessas doenças em nossa UBS o que nos leva à reflexão do que acontece na realidade. A estimativa está calculada de acordo com o índice de prevalência e incidência desta doença no Brasil, portanto uma população de 1084 habitantes não pode ter um percentual de cobertura como esse, não tenho dúvida que a equipe de saúde ainda tem que trabalhar mais para conseguir um cadastro de

acordo com a realidade do estado de saúde da população de nossa área de abrangência.

No que tange aos indicadores de qualidade calculados para HAS, todos os usuários realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e foram orientados sobre prática de atividade física regular e nutrição para uma vida saudável, 25(38%) estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 39(60%) com exames complementares periódicos em dia e 22(34%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Com relação à atenção de pessoas com Diabetes Mellitus (DM), temos 16(30%), usuários acompanhados com esta doença, visto que o estimado para a área, segundo os cadernos das ações, é de 54 pessoas com DM. Também acredito que esta não seja a realidade, pois acontece o mesmo que com a HAS, em nossa opinião existe uma subnotificação desta doença. Os indicadores de qualidade encontrados foram: todos estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e foram orientados sobre prática de atividade física regular e nutrição para uma vida saudável, 30(56%) estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 34(63%) com exames complementares periódicos em dia e 23(44%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Para a atenção à estas doenças, em nossa UBS não há um registro específico, os dados dos usuários são preenchidos no prontuário clínico do atendimento individual, a UBS utiliza os protocolos para estas doenças estabelecidos pelo Ministério da saúde. O atendimento na unidade é feito pela enfermeira, técnico de enfermagem e o médico, em todas as consultas se preenchem os dados atualizados do usuário, e estes recebem orientações sobre os cuidados com estas doenças, como por exemplo, a alimentação saudável que deve ser seguida para prevenir as crises, quanto a diabetes também se orienta o cuidado com os pés e as mãos para evitar as infecções e o pé de diabético. Nossa UBS faz atividades de orientação e educação no marco da UBS e nas escolas, destas atividades participa a equipe toda. Todos os usuários recebem orientações sobre a importância das consultas e as realizações dos exames complementares de rotina para avaliar seu estado e ter um melhor controle de sua doença, também se

realizam atividades de promoção e orientação sobre alimentação saudável e atividade física como estilo e modo de vida saudável.

Temos vários fatores que dificultam nosso atendimento para estas doenças, os quais também consideramos como deficiências: o difícil acesso de parte da população que mora em zonas rurais dentro dos seringais; o pouco conhecimento e nível cultural da população, o que torna difícil a conscientização da importância do acompanhamento destas doenças; o pouco conhecimento dos fatores de risco e não costume de hábitos e estilos de vida e de uma alimentação saudável para prevenir estas doenças; as condições de inoperância do laboratório municipal, o que impede a realização dos exames complementares necessários para o controle adequado destas doenças e a quase inexistência de um quadro básico de medicamentos adequado e de qualidade.

Nossa equipe está em uma luta total para melhorar os indicadores destas doenças, temos como algumas metas para dar um melhor atendimento para todos os usuários cadastrar 80% dos usuários com HAS e DM, para esta tarefa é vital o trabalho dos ACS; planejar e realizar visitas naquelas comunidades de difícil acesso, para chegar a todos usuários, que por sua condição física, não podem ir a nossa unidade de saúde; fazer todas as ações possíveis para dar solução ao problema da resolutividade laboratorial e fazer mais atividades de educação e orientação para mudança dos hábitos e estilo de vida da população, para que sejam mais saudáveis e assim previnam as crises, bem como, o aparecimento de novos casos de usuários com estas doenças

Tenho ciência que o trabalho a fazer é grande, assim como nossas metas, que são ambiciosas, mas acho que são todas possíveis com muito trabalho, esforço e a cooperação de todos os membros da equipe de saúde e também com a ajuda da secretaria e prefeitura. Também com a conscientização de todos os usuários que sofrem destas doenças, que estas podem ser controladas e desse modo, podem ter uma vida de qualidade. Para estes usuários é muito importante que aprendam a conviver com essas doenças, essa é outra meta a ser alcançada por nossa equipe de saúde.

Nossa UBS tem uma população total de 1.084 habitantes, a população idosa equivale a somente 53(3%), usuários, visto a estimativa do CAP e de 69 idosos para à área. Destes, 45 (85%) tem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 32(60%) estão com acompanhamento em dia, 20(38%) tem HAS e 11(21%) DM, 15(28%) estão com

avaliação de saúde bucal em dia e todos têm realização de Avaliação Multidimensional Rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular.

O atendimento dos idosos é feito todos os dias da semana em todos os turnos, participando ativamente o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o médico, nossa unidade realiza atendimento para usuários fora da área de abrangência. Trabalhamos com o protocolo de atendimento para idosos produzido pelo ministério de saúde, após a consulta o idoso sai com a próxima consulta agendada, existindo demanda para idosos com problema de saúde agudos, não temos excesso de demanda. Nossa UBS faz promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Contamos com protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde como, por exemplo, o encaminhamento para outras especialidades e encaminhamento para serviços de pronto atendimento e pronto socorro.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, o qual é preenchido com todos os dados atuais, principalmente pelo enfermeiro e médico, não temos um registro específico. Em cada consulta explicamos para o usuário idoso, bem como para os familiares, como reconhecer sinais de risco das principais doenças que afetam essa idade como a HAS, DM e depressão. Fazemos atividades de grupo no âmbito da UBS onde participa toda nossa equipe, temos dificuldade com a adesão dos idosos, só participam nelas de 10 até 18 idosos do total, mas estamos trabalhando para conseguir a participação da totalidade. Também fazemos o cuidado domiciliar do idoso, feito pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e os ACS.

Como deficiência posso citar o cadastro da população idosa da área de abrangência, pois acho que temos mais pessoas nessa faixa etária, também temos problemas com o acompanhamento em dia, já que a maioria não vai à consulta na data agendada, com a avaliação de saúde bucal e com a realização de avaliação multidimensional também acontece o mesmo, mas estamos trabalhando em conjunto com a secretaria para melhorar estes indicadores. Para toda nossa equipe a promoção e prevenção são ferramentas indispensáveis para melhorar o atendimento desta faixa etária, em nossa área de abrangência as principais

dificuldades para alcançar o 69(100%) de cobertura são os fatores subjetivos como o costume da população de apenas procurar atendimento quando tem uma doença, mas estamos trabalhando para mudar o pensamento da comunidade, a distância que tem a unidade da população que mora na zona rural é outra dificuldade que nos impede de ter o total da cobertura, para isso os ACS são nossa principal ajuda. Acho que pela importância que tem essa faixa etária para a comunidade, é vital realizar um atendimento e seguimento adequado dessa população que representa a experiência acumulada da vida e nossa história vivida e por viver.

No tocante à saúde bucal, este serviço é novo em minha UBS, só têm 3 meses funcionando, a pesar de já existirem a sala e o equipamento básico para oferecer o atendimento não tínhamos o profissional, agora contamos com um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário. O atendimento se realiza todo dia em todos os turnos para toda a população, se oferece atendimento também aos usuários fora da área de abrangência. São realizados atendimentos a usuários com problema agudos de saúde bucal, pelo fato de ser um serviço novo e o material para trabalhos ser insuficiente, temos excesso de demanda, por conta disso, os usuários são encaminhados para outros postos de saúde com menor demanda dentro do mesmo município.

O consultório do dentista tem uma cadeira odontológica e o material de consumo é insuficiente, só dá para fazer 6 atendimentos cada turno, divididos em quatro de demanda espontânea e dois atendimentos agudos. Temos dificuldade com o material descartável, como as luvas, que são poucas e quase nunca do tamanho adequado para trabalhar, apesar disso, oferecemos atendimento prioritários as grávidas, idosos, pessoas especiais e crianças.

Pelo motivo trazido acima, foi impossível preencher o caderno das ações programáticas, pois não dispomos dos dados solicitados. Nossa UBS está trabalhando para aumentar a qualidade do atendimento, o que não depende só da vontade da equipe, precisamos de ajuda da secretaria de saúde e da prefeitura, que tem conhecimento de todas as deficiências, como a falta quase total de medicamentos para tratamento odontológico, antibióticos, analgésicos, anestésicos para usuários com HAS. A UBS realiza atividades de promoção de saúde bucal, aplicação de flúor, orientação e educação de costumes adequados para ter uma adequada saúde bucal, como uso correto da escova de dente, estas atividades se realizam no âmbito da UBS e nas escolas. Todavia, trabalhamos no cadastro de

toda a população com problemas de saúde bucal, para realizar um atendimento de qualidade como a comunidade merece, porém, ainda temos muito trabalho por fazer para conseguir isso.

Para toda a equipe de saúde de nossa UBS o usuário é o mais importante, sua opinião, o que pensa, como se sente com nosso trabalho, que acha que deve ser melhorado para fazer um atendimento adequado e de qualidade, por isso que sempre que um usuário quer trazer alguma ideia ou faz alguma reclamação toda a equipe escuta e avalia a proposta para melhorar o atendimento. Em todo este tempo de trabalho com a equipe, acho que o trabalho da UBS melhorou muito, pois antes não tinha médico nem odontólogo e a equipe não tinha os protocolos do ministério de saúde para nortear os atendimentos. A unidade neste ano de trabalho conseguiu o cadastro de quase toda a população de nossa área de abrangência que sofre de algum tipo de DCNT, assim como o trabalho de educação e orientação aos usuários com doenças agudas, toda população aceita nosso trabalho e seus costumes, hábitos e estilos de vida estão mudando para melhor.

As doenças diarreicas agudas, parasitárias e alérgicas estão diminuindo, as mães praticam o aleitamento exclusivo até os 6 meses, a população agora tem hábitos de alimentação mais saudáveis e realiza mais atividades físicas, os indicadores de saúde em geral estão muito melhores. Sabemos que falta muito a se fazer, mas não ficamos tristes nem desanimados, pelo contrário, isso nos serve de incentivo para seguir trabalhando mais e melhor e com mais vontade e desejo, para oferecer um atendimento de qualidade de excelência.

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

Acho que comparativamente a situação e o trabalho de nossa unidade e de nossa equipe tiveram uma mudança e uma evolução que foi para bem, a aceitação da população é muito melhor, e a população agora tem mais conhecimento de nosso trabalho buscando o serviço para receber orientação sobre como mudar seu estilo e hábitos de vida, para ter uma melhor alimentação e cuidar sua saúde. Antes a população procurava as consultas somente quando estava doente, isso mudou,

pois, a comunidade sente mais o serviço como sua UBS e buscam pelo ótimo atendimento. Por outra parte nossa equipe está mais unida trabalha junta numa única ideia e objetivo o de fazer um atendimento de qualidade para os usuários. Do ponto de vista da estrutura da UBS não mudou, mas nossa equipe melhora as condições de trabalho e fiz mudanças organizativas, os usuários já não tem que esperar no quintal, mudamos a área de triagem para dentro da unidade agora fica perto das consultas de enfermeira e odontologia. O banheiro para usuários foi reparado na área de estar foi colocado teto de telha e se colocaram vários bancos para usuários. Em quanto aos medicamentos tive uma ligeira melhora que ainda é insuficiente, mas o abastecimento é muito mais perto ao real que precisa a unidade assim como o equipamento odontológico que também foi aumentado.

Nossos ACS trabalham mais unidos entre eles e com a unidade, agora se realizam reuniões e encontros a cada duas semanas para avaliar o trabalho realizado, orientar o novo e planejar as novas estratégias de trabalho. Como se pode observar a evolução foi muita, mas ainda achamos que faltam coisas por fazer e mudar e estamos fazendo nosso maior esforço para fazer essas mudanças e a população assim receber um atendimento de maior qualidade.

Sabemos que o que falta por fazer é muito maior do que já foi feito, mas não ficamos tristes nem desanimados, ao contrário isso nos serve de incentivo para seguir trabalhando mais e melhor e com vontade e desejo para fazer e oferecer um atendimento de qualidade de excelência.

A análise situacional permitiu um maior aprofundamento sobre o conhecimento da UBS e suas ações programáticas o que não ocorreu ao realizar o texto inicial na semana de ambientação, dessa forma o relatório da análise situacional foi mais aprofundado levando a uma maior reflexão do serviço de saúde.

Na unidade de análise situacional a partir do preenchimento dos questionários, do CAP e leitura de alguns protocolos da Atenção Básica disponibilizados pela UFPEL os arquivos, fichas e prontuários dos usuários com HAS e/ou DM foi atualizado o que facilitou o trabalho na UBS e melhorou a qualidade do atendimento para os usuários e já contamos com um arquivo específicos para estas doenças

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países especialmente os de baixa e média renda (BRASIL, 2012). Estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008, as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90. Assim, as DCNT são hoje consideradas grandes problemas de saúde pública que afetam um número proporcionalmente significativo da população mundial (BRASIL, 2006).

Infelizmente não existem referências bibliográficas de estudos similares no município de Assis Brasil que permitam comparar o comportamento da HAS e DM com o âmbito mundial e nacional. A única concorrência e similaridade é que o índice de prevalência e incidência é maior em áreas urbanas do que em áreas rurais.

Os fatores antes mencionados são mais que suficientes para justificar a implementação de um projeto de intervenção que tem como objetivo melhorar o atendimento da saúde das pessoas com HAS e/ou DM, um grupo populacional que hoje mostra indicadores de cobertura insuficientes na minha UBS (34% e 30%, respectivamente). Na UBS Antônio Alves Cavalcante existe uma capacidade clínica

e odontológica instalada adequada para oferecer um melhor atendimento aos usuários alvo deste projeto. Nossa UBS é uma casa adaptada, a construção é de alvenaria e madeira, contém uma sala de enfermagem, sala de vacinas, consultório odontológico e médico, uma sala de curativos e procedimentos, uma farmácia, dois banheiros, também conta com uma área para fazer refeição e área de estar. A equipe é constituída por um médico clínico geral, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar farmacêutica, um dentista e um auxiliar em saúde bucal e uma técnica que fica na sala de vacina. Uma dificuldade é a falta de nutricionista e instrutor para a prática de exercício físico.

A UBS conta com uma população total de 1.084 habitantes e segundo o caderno de ação programática, a estimativa de pessoas com hipertensão é de 191 e com diabetes de 54 diabéticos, porém, só temos cadastrados 65 (34%) usuários com HAS e 16 (30%) com DM, o que sugere que exista um sub-registro. Não há excesso de demanda espontânea, o que permite dedicar tempo a outros programas.

A população alvo deste projeto é toda a população da área da abrangência de nossa unidade, tanto da zona urbana quanto rural. Quanto à adesão, temos muita dificuldade devido a certa vulnerabilidade da UBS quanto à assistência, retorno e acompanhamento, que é a única forma de oferecer um bom controle sobre estes usuários. O principal desafio está na busca dos faltosos, pois a maioria deles é da zona rural.

A qualidade da atenção neste grupo específico no momento carece da qualidade necessária. Avaliando os dados oferecidos no parágrafo anterior concluímos que a UBS Antônio Alves Cavalcante tem um problema de saúde que merece prioridade, a situação atual do atendimento as doenças crônicas degenerativas deixam um grupo populacional vulnerável a riscos, que na realidade podem ser controlados mediante a intervenção da equipe de saúde, aumentando as atividades de promoção de saúde, que envolve todos, e seguindo as recomendações preconizadas pelos protocolos do MS para a atenção às pessoas com HAS e DM.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS Antônio Alves Cavalcante, no município de Assis Brasil/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

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. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

Meta 2.5 Garantir a 100% do das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% d das pessoas diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional 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 hipertensas.

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 12 semanas na USF Antônio Alves Cavalcante no Município de Assis Brasil e estado de Acre. Participarão da intervenção os adultos acima de 20 anos que sejam portadores de hipertensão e/ou diabetes e que façam parte dos cadastros da UBS e moram em nossa área de abrangência. As ações estarão em compatibilidade com os eixos pedagógicos propostos pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1. Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 1.1: Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Metas 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: Os ACS realizarão em todas suas visitas domiciliares o cadastro e atualização das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a enfermeira e o médico farão o mesmo na UBS e acompanharão o indicador de cobertura.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: Criar um registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para realizar atualização e avaliação do cadastro e a cobertura e que seja mais fácil o acompanhamento destes.

Ações

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

Detalhamento: Fazer a capacitação do pessoal que trabalha na recepção para que o acolhimento dos usuários seja feito com a melhor qualidade.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Ações

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Buscaremos ter na UBS todos os aparelhos necessários para a medida de pressão arterial e realização de hemoglicoteste e que os mesmos tenham ótimas condições para seu uso para isso solicitaremos auxílio da gestão.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

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

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

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

Detalhamento: Todas estas ações de informação e orientação a comunidade serão feitas com palestras educativas semanalmente e propagandas educativas sobre todos os temas antes sinalados já que os mesmos estão muito vinculados entre eles.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados mensalmente pelo médico e a enfermeira sobre prevenção dos fatores de risco e cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ações

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

Detalhamento: Planejar a capacitação de toda a equipe da UBS no uso adequado dos aparelhos para medir pressão e realizar o hemoglicoteste (esfigmomanômetro e glicômetro).

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e diabetes.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Realizar mensalmente o monitoramento e avaliação dos prontuários das pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O controle da pressão das pessoas com mais de 18 anos será feito pela enfermeira, além disso, também será feito o hemoglicoteste dos usuários diabéticos, seguindo o critério médico.

Ações

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Os profissionais serão capacitados mensalmente.

Ações

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: A unidade já tem a versão impressa do protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

- Orientar e educar os usuários e a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão feitas palestras educativas e orientadoras no marco da UBS e nas consultas individuais, os ACS farão o mesmo em cada uma de suas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Estas ações serão planejadas para ser realizadas mensalmente e a capacitação de toda a equipe na realização de um exame clínico adequado terá supervisão médica.

Metas2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico será o responsável pelo monitoramento da realização do exame dos pés de todas as pessoas com diabetes cadastradas na UBS, o mesmo será feito na unidade e nas visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: A realização do exame dos pés das pessoas diabéticas será feito somente pelo médico, enfermeira e os técnicos de enfermagem, estes últimos o farão com supervisão do médico ou da enfermeira.

Ações

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

Detalhamento: Todos os profissionais da unidade serão capacitados mensalmente de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Ações

- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Detalhamento: Solicitar à secretaria de saúde o monofilamento 10g para o exame dos pés das pessoas portadoras de diabetes, isso será responsabilidade da coordenadora da unidade.

Ações

- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A coordenadora da unidade junto com o médico e a enfermeira organizarão a agenda para que tenha espaço para as pessoas provenientes da busca domiciliar.

Ações

- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Para toda pessoa com diabetes que precise consulta especializada será solicitada a referência e contra referência, essa coordenação será realizada pela enfermeira e a coordenadora da unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

Detalhamento: Serão realizadas palestras sobre os dois temas assinalados na UBS e nas visitas domiciliares, além disso, se utilizará propaganda gráfica educativa.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Toda a equipe da unidade será capacitada pelo médico e a enfermeira no exame apropriado dos pés das pessoas diabéticas.

Metas 2.4 e 2.5: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e periodicidade recomendada.

Detalhamento:

Os prontuários clínicos serão avaliados mensalmente pela enfermeira e médico para identificar os usuários com exames laboratoriais solicitados, seguindo a periodicidade estabelecida no protocolo adotado pela UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Os exames complementares serão solicitados pelo médico de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Ações

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

Detalhamento: O gestor municipal será o responsável por garantir a realização dos exames complementares solicitados pelo médico da UBS.

Ações

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Fazer um registro dos usuários identificados com necessidade de exames adicionais e fazer a revisão do mesmo mensalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Estas ações serão complementadas com as palestras educativas na UBS e as realizadas pelos ACS nas orientações nas consultas individuais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Toda a equipe da UBS fará a capacitação para a solicitação dos exames complementares mensalmente, e cada solicitação feita será avaliada pelo médico na UBS.

Metas 2.6 e 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O acesso dos usuários hipertensos e diabéticos aos medicamentos da farmácia popular cadastrados na UBS será monitorado quinquenalmente pelo médico, a coordenadora e a auxiliar de farmácia na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A coordenadora da unidade realizará um controle do estoque dos medicamentos na farmácia da UBS mensalmente junto com a farmacêutica, onde, além disso, será avaliada a validade dos medicamentos.

Ações

- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento: Um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS será criado e mantido pela farmacêutica, em colaboração com a coordenadora da Unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Toda a equipe será responsável de orientar e informar a comunidade e todos sobre os direitos acerca do acesso aos medicamentos da farmácia popular e as formas de obtê-los.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Todos os profissionais da unidade serão atualizados no tratamento da hipertensão e a diabetes, a capacitação será feita pelo médico.

Ações

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A coordenadora planejará e realizará a capacitação de toda a equipe da unidade para que seja capaz de orientar na comunidade todas as alternativas para ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Metas 2.8 e 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e a enfermeira avaliarão todos os usuários que precisam de atendimento odontológico nas consultas de acompanhamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Aqueles usuários com necessidades de atendimento odontológico serão encaminhados para a consulta de odontologia para agendar as consultas de acordo ao planejamento feito pelo odontólogo e a ACB será a responsável de organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Estas ações serão complementadas com as palestras educativas na UBS e as realizadas pelos ACS nas orientações nas consultas individuais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar a capacitação de toda a equipe na avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Ações

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Os profissionais realizaram atualização periódica dos protocolos de atendimento e brindaram para toda a equipe os conhecimentos necessários sobre a necessidade de atendimento odontológica.

OBJETIVO 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

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

Detalhamento da ação: O monitoramento mensal dos prontuários e das consultas agendadas de acordo com o protocolo será feito pelo médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: O médico e enfermeiro farão revisão periódica dos prontuários médicos para detectar os faltosos ou com atrasos da consulta, comunicarão aos ACS e planejarão as visitas domiciliares para a busca destes.

Ações

- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS realizarão a visita domiciliar para a busca dos usuários faltosos que serão planejadas semanalmente pelo médico e a coordenadora da unidade e informado para eles na reunião mensal da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: A equipe fará uma vez por mês uma palestra com a população na UBS e debater os protocolos de atendimento e a importância de ter as consultas em dia.

Ações

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Se informará a comunidade sobre a importância de ter as consulta em dia, isto será feito pelos ACS e coma ajuda de propaganda informativa sobre o tema.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para que ofereçam orientação para as pessoas com HAS e/ou DM quanto a realização das consultas e sua periodicidade

OBJETIVO 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis por fazer o monitoramento mensal dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento: A responsabilidade por manter atualizados os dados do SIAB será da enfermeira, isto foi concordado por toda a equipe na reunião mensal.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a ficha de acompanhamento na UBS, para isto se realizará uma capacitação de toda a equipe envolvida na sua utilização e preenchimento.

Ações

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Se pactuará com a equipe o registro das informações das pessoas com HAS e/ou DM para que seja feita de maneira adequada.

Ações

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Na reunião mensal se acordará com toda a equipe quem será o responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira.

Ações

- 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

Detalhamento: Comunicar aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se for necessário, isto será obrigação do médico e toda equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e diabética

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

Detalhamento: Será feita a capacitação no preenchimento de todos os registros de acompanhamento do hipertenso e diabético para toda a equipe na UBS.

OBJETIVO 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A avaliação e estratificação de risco cardiovascular a todo usuário portador de HAS e DM será feita pelo médico em cada consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O pessoal que realiza o acolhimento será capacitado sobre o acolhimento aos usuários de alto risco e sobre agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos, levando em conta o critério médico de priorização seguindo o grau de vulnerabilidade de cada usuário, isto será realizado pelo médico e enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A equipe toda fará palestras mensais nas comunidades sobre a importância do acompanhamento regular e adequado controle dos fatores de risco modificáveis e também sobre temas de prevenção e promoção de saúde, se planejará uma atividade de saúde coletiva com três objetivos, importância de assistir as consultas planejadas, importância da adesão ao tratamento e importância da mudança de estilo de vida como forma para o controle dos fatores de riscos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada sobre a estratificação de risco seguindo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis.

OBJETIVO 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes
Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis da revisão e avaliação dos prontuários, que será feita com uma periodicidade mensal, a fim de garantir que todas as pessoas com HAS e/ou DM cadastradas na unidade tenham feito orientação nutricional.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão feitas palestras mensalmente pelo médico e a enfermeira sobre alimentação saudável onde participarão os membros do grupo de usuários hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: O município não conta com nutricionista, assim serão capacitadas a enfermeira e o técnico de enfermagem para fazer atividades de saúde coletiva sobre alimentação saudável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento A enfermeira e os ACS farão palestras sobre nutrição saudável para os usuários hipertensos e diabéticos, assim como a seus familiares

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação - Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

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

Detalhamento: O médico fará a capacitação para todos da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A avaliação e revisão dos prontuários serão feita pelo médico e a enfermeira mensalmente para garantir que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS tenha orientação sobre a prática regular de atividade física.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação - Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Serão realizadas palestras sobre a importância das atividades físicas por agentes comunitários e médico da unidade de saúde.

Ação

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Solicitar junto com o gestor municipal o envolvimento de educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: O coordenador da UBS irá buscar junto ao gestor municipal a possibilidade de contar com um educador físico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação - Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: O médico fará a capacitação para toda equipe da UBS sobre a promoção de atividade física para todos os usuários hipertensos e diabéticos, já que nosso município não conta com educador físico.

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

Detalhamento: O médico fará a capacitação para todos da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação - Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A avaliação e revisão dos prontuários serão feitas mensalmente pelo médico e a enfermeira mensalmente a fim de garantir que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS tenham orientação sobre os riscos do tabagismo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde

Detalhamento: A consulta contra o tabagismo é uma consulta centralizada que será feita em uma UBS de referência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação - Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Será responsabilidade de toda a equipe orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência do programa para abandonar o tabagismo existente no município.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada sobre os procedimentos médicos no município com usuários tabagistas.

Ação

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

Detalhamento: O médico fará a capacitação para todos da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A avaliação e revisão dos prontuários será feita pelo médico e a enfermeira mensalmente para garantir que todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS tenham orientação sobre higiene bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

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

Detalhamento: As consultas dos usuários hipertensos e diabéticos serão planejadas e agendadas de maneira que o tempo seja suficiente para oferecer orientações de forma individual e personalizada com cada um deles

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Em todas as visitas domiciliares os ACS orientarão sobre higiene bucal para os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares, o médico e a enfermeira farão o mesmo em cada consulta agendada.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Toda a equipe na UBS será capacitada pelo dentista da unidade para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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 à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento às pessoas hipertensão e/ou diabetes realizado na UBS.

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

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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 pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.5: Proporção pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS faltosas às consultas.

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 pessoas com diabetes faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na UBS faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus utilizaremos os Cadernos número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Será utilizada a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família da UFPel. Pretendemos alcançar com a intervenção 80% dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, para este trabalho

contaremos com a ajuda dos ACS e de toda a equipe da UBS. Planejamos contar também com a ajuda do gestor municipal para que disponibilizem os materiais impressos (ficha espelho para a coleta dos dados). Para o acompanhamento mensal da intervenção utilizaremos a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, para isso será utilizado meu computador pessoal e o da UBS.

Em nossa UBS já foi analisado o foco de intervenção e feita a Análise Situacional e toda a equipe participou ativamente e concordaram em todos os aspectos assinalados para a realização do projeto de intervenção, incluindo a capacitação para fazer o trabalho da coleta e preenchimento de dados de maneira eficiente e organizada, também a toda equipe vai ser capacitada quanto ao funcionamento do programa de atendimento aos usuários com HAS e DM, para esta capacitação usaremos a reunião da equipe na UBS que será feita com uma frequência semanal, por enquanto.

A técnica de enfermagem e o enfermeiro serão os responsáveis por organizar o processo de acolhimento na UBS. Todos os usuários que procurarem o serviço serão priorizados junto com aqueles que são cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares através da busca ativa de novos usuários com HAS e DM, para o restante, as consultas serão agendadas ao sair da consulta, assim o usuário terá conhecimento de quando voltará à Unidade.

As fichas espelhos serão examinadas semanalmente pela enfermeira e o médico com o objetivo de identificar os usuários faltosos e aqueles que necessitam realizar exame complementar e atendimento de saúde bucal, os mesmos serão informados pelos ACS, que farão busca ativa de todos os usuários faltosos. Os dados coletados serão repassados para a planilha eletrônica semanalmente. Faremos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática no foco de Hipertensão e Diabetes solicitando apoio para a captação destes usuários e para as demais estratégias que serão realizadas. Apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle dos fatores de risco das doenças crônicas, da importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, das periodicidades das consultas, os riscos do tabagismo e álcool, promovendo, além disso, a participação comunitária nas modificações dos estilos de vida com a prática de atividade física regular. Serão usados para a capacitação da equipe de saúde os protocolos de atendimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM do MS (formato impresso) também os documentos onde será feita a

coleta de dados (ficha espelho) o computador da unidade que tem formato digital dos protocolos e onde serão digitados os dados coletados para atualização dos dados do SIAB, todo o material impresso que se utilizara será fornecido pela secretaria de saúde.

Nosso trabalho não pode ser feito sem a ajuda da comunidade, assim também faremos contato com os líderes da comunidade para solicitar seu apoio para realizar o projeto, falaremos com eles sobre o trabalho e as estratégias que faremos e planejaremos com eles novas estratégias, realizaremos apresentação do projeto de intervenção e serão esclarecidas todas as dúvidas sobre o mesmo. Também conversaremos sobre o programa de atendimento para usuários com HAS e DM e a importância do controle dos fatores de risco para estas e todas as DCNT, como o tabagismo, o álcool, o consumo excessivo de comidas gordurosas e o consumo inadequado do sal, assim como a necessidade da prática de atividade física de maneira regular, de uma dieta e alimentação saudável e promover estilos e modos de vida saudáveis.

Na busca ativa e visita nas comunidades rurais serão usados o transporte fornecido pelo gestor municipal de saúde (camioneta e caminhão) e a associação de pescadores (barcos) assim como os alimentos (arroz, carne, peixe, açúcar, água, café, pão, leite em pó, sucos em pó, galinha caipira, carvão, colchão, barraca). Nesta atividade de busca ativa participara todo a equipe de saúde. Para as atividades de palestra pública nas comunidades serão utilizados pôster e propagandas fornecidos pela secretaria de saúde e de esporte municipal também as cadeiras(50) fornecidas pela comunidade e a associação de pescadores também serão feitos bancos improvisados na mesma comunidade.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação de toda a equipe sobre o protocolo do atendimento aos usuários com HAS e DM	■											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	■											
Capacitação da equipe sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.	■											
Capacitação para toda equipe sobre o registro da estratificação de risco cardiovascular feita e a avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.	■											
Ensino na prática para todos os profissionais da UBS sobre procedimentos do exame clínico e físico.	■											
Capacitação para todos os profissionais da UBS sobre os valores adequados dos exames complementares e medições antropométricas.	■											
Capacitação sobre as técnicas de medição e registro dos sinais vitais e seus valores normais	■											
Ensino prático sobre a técnica e utilização do glicômetro.		■										
Palestra educativa sobre fatores de risco modificáveis.			■									
Disponibilizar na UBS dos protocolos atualizados.	■											
Disponibilizar na UBS os materiais impressos para coleta de dados	■											
Cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência do Programa.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Disponibilizar do estoque de esfigmomanômetro e acessórios dos glicômetros completos na UBS.	■											
Atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reunião mensal com o coordenador municipal de medicamentos e juntos planejar as estratégias para garantir os tratamentos da consulta de "abandono ao tabagismo".		■				■				■		

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção iniciou no dia 19 de setembro quando tínhamos um total de 81 usuários deles 65 (34%) com HAS e 16 com DM (30%) isto e tendo em conta a estimativa pelo CAP de 191 usuários com HAS e DM. Depois de 12 semanas de intervenção temos cadastrados um total de 198 usuários deles 178 (93,2%) com HAS e 70 (100%) com DM e em respeito foi alcançado os 100% da meta planejada.

No início encontramos dificuldades com a realização dos exames complementares pelos usuários para serem avaliados na consulta pelo que o indicador neste item no primeiro mês foi baixo 26 (40,6%) para os usuários com HAS e 22 (68,8%) para DM também com a quantidade de documentos impressos que era insuficiente. Assim como o estoque de aparelhos para verificar a pressão e com as fitas para coletar a mostra de sangue e as lancetas para furar o dedo para medir a glicose, também tivemos dificuldades com o estoque de medicamentos para os usuários portadores de HAS e DM cadastrados na UBS, pois o estoque antigo era insuficiente e não concordava com as necessidades reais do serviço. Também o município não tinha profissionais para a realização de atividades esportivas.

Muitas das dificuldades foram resolvidas, referente a realização dos exames complementares foi traçada uma estratégia com a secretaria de saúde e o laboratório da unidade mista municipal se concorda que todos os usuários alvos do projeto foram atendidos com prioridade no laboratório, as solicitações dos exames deles foram identificados pelo carimbo da secretaria municipal e assinatura do gestor municipal e o médico da UBS. Referente a isso fiz que o indicador melhorasse-nos outros meses e fosse muito mais alta a quantidade de usuários com os exames prontos para serem avaliados na consulta com os documentos impressos

que precisávamos. A secretaria realizou a impressão de todos os documentos que precisávamos para o trabalho exemplo a ficha espelho e as solicitações dos exames complementares, todos em quantidades suficientes para realizar o projeto também foi completado o estoque de aparelhos e insumos para verificação da pressão e a glicose. Referente ao estoque de remédios para os usuários portadores de HAS e DM cadastrados na UBS e alvos do projeto se realizou um levantamento de todas as necessidades reais do serviço por parte da gestora de medicamentos da secretaria municipal e a técnica de farmácia, onde foi analisada e corrigida as necessidades reais e completado o estoque de acordo com a realidade da UBS. Para realização das atividades de promoção a atividades física o profissional do esporte foi contratado um que imediatamente foi incluído na equipe de saúde do projeto e participou de todas as atividades planejadas pela UBS, fossem esportivas ou não exemplo as palestras públicas e as reuniões da equipe mensal.

Foram realizadas orientações nutricionais de maneira individual com cada usuário na consulta e nas palestras públicas para isso foi utilizada propaganda gráfica educativa que mostram hábitos e modos de alimentação saudáveis assim como os alimentos que podem e os que devem ser evitados entre as pessoas com HAS e/ou DM. Também foi realizada atividades de orientação sobre saúde bucal pela dentista na UBS incluindo as técnicas de escovação dos dentes todas as atividades foram realizadas no marco da UBS e também nas escolas.

A busca dos usuários faltosos foi feita por toda a equipe de saúde, mas os que mais realizaram esta atividade foram principalmente os ACS eles são os protagonistas principais desta tarefa. Pesquisamos em todos os prontuários que tínhamos na UBS os usuários com HAS e DM identificando-os por sexo, idade e seu endereço para visitar suas casas e conversar com eles sobre a existência do novo projeto, importância de buscar a UBS e realizar regularmente as consultas e sua periodicidade para ter um melhor controle de suas doenças. Realizamos muitas visitas domiciliares em nossas comunidades de zonas rurais, conhecemos o estilo de vidas dos usuários, enfrentamos dificuldades de acesso rural, mas sempre com muita vontade de realizar um bom trabalho (Figuras 1; Figura 2; Figura 3; Figura 4).



Figura 1. Fotografia de realização de atendimentos na comunidade, compartilhando temas como estilo de vida.



Figura 2. Fotografia de momento de deslocamento da equipe até as comunidades rurais.



Figura 3. Fotografia de conserto de uma bomba de água, durante as viagens as comunidades distantes, para uso da equipe de saúde.



Figura 4 Fotografia de percursos até as zonas mais distantes da UBS.

Em todas as consultas dos usuários com DM foi feita a avaliação e exame dos pés deles foi avaliado sua cor, temperatura, sensibilidade, estado das unhas se tinha ferimentos e os pulsos tibiais posteriores e pediosos sua presença e intensidade dos batimentos.

Todas as capacitações planejadas foram realizadas integralmente a equipe fica mais bem preparada para a realização do trabalho e também mais motivada, a equipe foi capacitada conforme o protocolo do atendimento aos usuários com HAS e DM, sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Neste caso foi fundamentalmente a capacitação para médico e enfermeira, mas participou a equipe toda para ter conhecimento do processo se capacitou no registro da estratificação de risco cardiovascular feita e foi feita a avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Também se realizou ensino na prática para todos os profissionais da UBS sobre procedimentos do exame clínico e físico principalmente para o médico e a enfermeira e capacitação sobre as técnicas de medição e registro dos sinais vitais e seus valores normais e também ensino prático sobre a técnica e utilização do glicômetro e dos aparelhos para a verificação da pressão. Foram realizadas 8 palestras públicas educativas e orientação sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS, a importância de aferir 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 sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM e orientação sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM em especial a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente para as pessoas com DM. Orientamos a comunidade quanto a

necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, também orientamos as pessoas com HAS e DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Na figura 5 visualizamos uma farmácia de Hiperdia improvisada na comunidade no dia do atendimento na mesma, assim garantíamos que os usuários tivessem acesso aos medicamentos que são necessários para o controle de suas doenças.



Figura 5.Fotografiade Farmácia improvisada com medicamentos do HIPERDIA, disponibilizada nas comunidades de zonas rurais.

A dentista da UBS orientou a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes, foi realizada palestra pública e de orientação sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.



Figura 6.Fotografia de Cadeira móvel do dentista, para atendimento odontológico nas zonas rurais.

A comunidade e os usuários com HAS e DM foram orientados quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) e bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Ao chegar em cada domicílio observávamos as condições de vida e hábitos da população.



Figura 7. Fotografiada Residência de usuários da UBS, mostrando o uso de fogão a lenha, típico na região.

Os usuários alvo da intervenção também foram orientados sobre a existência do programa do tabagismo e tratamento realizado em sessões e em grupo, estas atividades foram realizadas no marco da UBS nas escolas que existente em nossa área de abrangência e os centros comunitários como a associação de pescadores e o ginásio municipal e em todas, teve aproximadamente 75% de participação da comunidade, uma ótima adesão.



Figura 8 Fotografiada Coordenadora da UBS junto ao médico e uma criança que recebe atendimento numa escola na zona rural que foi usada como consultório médico improvisado.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas integralmente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Referente a coleta de dados no início tivemos dificuldades pela insuficiente preparação da equipe para fazer o trabalho, mas depois tudo isso mudou com as capacitações realizadas. A equipe foi capacitada em protocolo do atendimento aos usuários com HAS e DM, sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e como coletar e preencher os dados de maneira correta e com qualidade o que garantiu que as atualizações dos dados estatísticos no SIAB fossem com qualidade e de maneira certa, a cada 3 semanas.

Na coleta de dados final ficou da seguinte maneira o número total de usuários portadores de HAS 178(93,2%) usuários com DM 70(100%) número de pessoas com HAS 178 e DM 70 (100%). Só não se alcançou o 100% em os usuários com exames complementares no dia acordo ao protocolo que foi da seguinte maneira usuários com HAS 139(78,1%) e DM 61(91,4%) o resto dos indicadores ficaram-nos 100% de cumprimento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações previstas no projeto foram incorporadas na rotina do serviço da UBS no atendimento na comunidade e garantido sua viabilidade na rotina da unidade desta maneira fica garantido que quando finalizamos o projeto continua sendo feito o atendimento com a qualidade que merece a comunidade seguindo os protocolos usados no projeto e as ações da plataforma programática.

Temos como novidade o início da construção de uma nova UBS, o que vai melhorar as condições de trabalho para toda a equipe e de comodidade para os usuários a nova UBS e maior pelo projeto realizado e unidade padrão.

Em final toda a equipe está feliz e motivada com o projeto também a comunidade que aceitou o projeto com muita vontade, expectativas que foram todas superadas pela realidade e o trabalho feito por toda a equipe de saúde da unidade.

Abaixo apresento o registro fotográfico da atividade realizada nas futuras instalações da nossa UBS, no qual vai ser uma UBS padrão nacional.



Figura 9. Fotografia de Espaço para construção da nova estrutura da UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados aqui apresentados foram alcançados durante a implementação do projeto de intervenção na unidade de saúde Antônio Alves Cavalcante pertencente ao município Assis Brasil, estado de Acre, nos meses de Outubro 2015 a Janeiro de 2016, com objetivo de aumentar a cobertura e a qualidade do atendimento aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Nossa área de abrangência possui uma população total de 1.084 pessoas, com uma estimativa de 191 usuários com HAS e 54 usuários com DM de 20 anos ou mais. Verificamos com a intervenção que a estimativa oferecida pelo CAP para os usuários portadores de DM não estava de acordo com a realidade a estimativa do CAP e de 54 esta estimativa e baixa pela realidade que tem os usuários com DM em nossa área de abrangência pelo que foi preciso adaptar a estimativa da PCD, assim tivemos que mudar nosso denominador para os usuários com DM que fico em 70, dado real da área. Nossa área de abrangência está distribuída em 6 assentamentos populacionais urbanos deles dois são na zona urbana e quatro nas zonas rurais. Para o projeto foi selecionada o total da população de nossa área de abrangência.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus da UBS.

O primeiro indicador que vemos se refere a cobertura do programa de Atenção a HAS e DM na UBS. No primeiro mês os resultados não foram tão bons, acho que isso foi pelo desconhecimento do projeto, nos meses seguintes foi melhorando de maneira significativa até alcançar o 100% no caso dos usuários com DM. No Mês 1 um total de 64 (33,5%) pessoas com HAS foram encaminhadas, elevando-se esse indicador para 133(69,6%) e 178 (93,2%), nos segundo e terceiro mês respectivamente (Figura10).

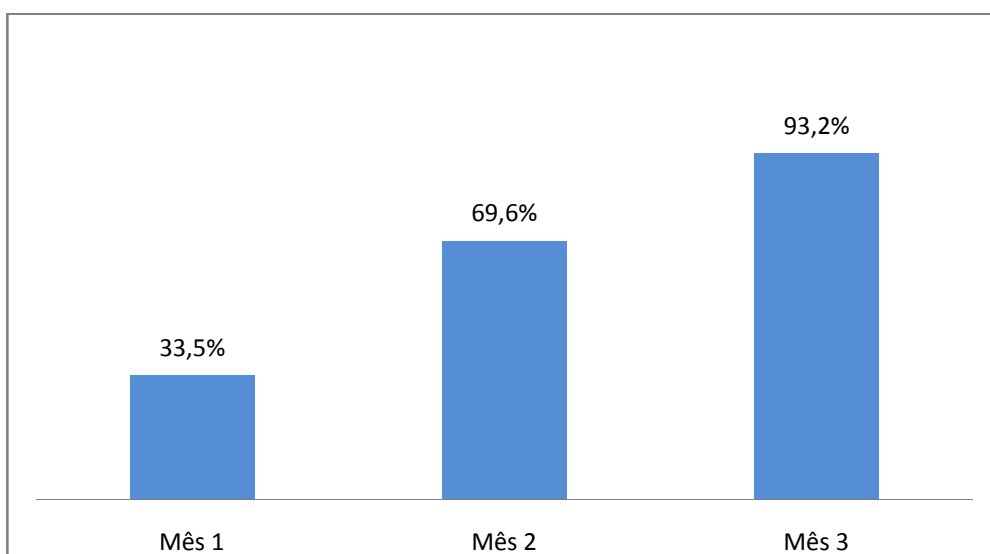


Figura 10. Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde, UBS Antônio Alves Cavalcante Assis Brasil / Acre.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas1.2.Cadastrar o 100% das pessoas com diabetes no Programa a Hipertensão arterial Sistêmica e a Diabetes mellitus da UBS.

Para DM, tivemos no primeiro mês de intervenção 32 (47,5%) pessoas acompanhadas, sendo que no segundo mês 70 foram acompanhadas, mantendo-se estes dados no terceiro mês de intervenção. Dessa forma percebemos que na área atualmente temos 70 pessoas com DM o representa o nosso valor real, assim obtivemos 100% de cobertura (Figura 11).

Acho importante sinalizar que no caso dos usuários com DM aconteceu que no mês 2 a cobertura foi maior que o denominador, assim foi alterado o mesmo para 70. Em reunião da equipe analisamos os dados do mês 3 e detectamos que

tínhamos incluído no projeto usuários que não moravam em nossa área de abrangência, mas tinham familiares em nossa área e assim acabaram sendo incluídos no projeto, mas posteriormente estes usuários foram excluídos da planilha de coleta de dados, mas continuaram recebendo atendimento em nossa UBS do mesmo jeito que os outros só que não foram incluídos no programa. O indicador ficou fixo com mesmos valores nos meses 2 e 3, pois não foram verificados novos casos de DM na área.

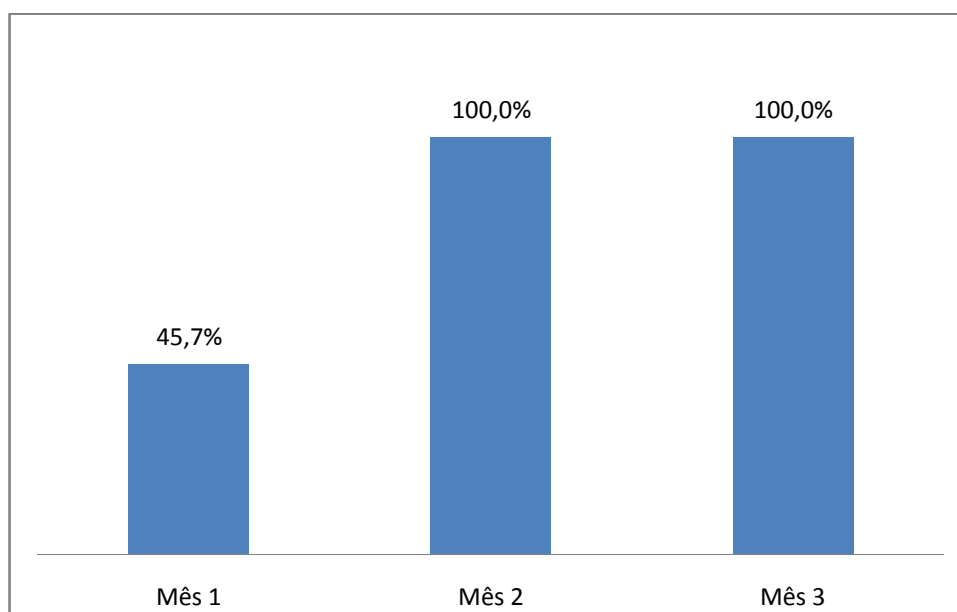


Figura 11. Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves Cavalcante Assis Brasil / Acre

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão

Metas2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Outro indicador analisado foi a proporção de pessoas com HAS e DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Neste indicador foi alcançado 100% em todo os 3 meses de intervenção. Todas as pessoas com HAS e DM foram examinadas e avaliadas nas consultas segundo o protocolo de atendimento para pessoas com HAS e DM. Para HAS no mês 1 foram, 64 (100%) pessoas receberam

exame clínico, seguidos mês 2, 131 (100%) e mês 3, 173 (100%) nos meses seguintes. Para DM 32 (100%) no mês 1 e 70 nos meses seguintes.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade.

Neste indicador também se alcanço o 100%, pois todos os usuários com diabetes tiveram seus pés examinados nas consultas com o médico, segundo o protocolo de atendimento para pessoas com DM. Mês 1: 32 (100%) com DM acompanhados; Mês 2: 70 (100%)Mês 3: 70 (100%) com DM acompanhados.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Metas2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Este indicador achamos que foi um dos mais difíceis de cumprir, pois há tempos o município não conta com bioquímico no laboratório municipal, dependemos do laboratório da Unidade Mista Municipal que realiza os exames dos usuários internados, mais os de urgência e também os de todos os usuários do município que precisam do serviço. Para melhorar este indicador tivemos que planejar uma estratégia que foi tornando-se efetiva pouco a pouco e foi que os usuários alvo do projeto fossem atendidos com prioridade e que seus resultados não demorassem para que fossem avaliados na primeira consulta. Para isso foi desenhado uma solicitação de exame especial com assinatura do gestor municipal e do médico e com carimbo da secretaria municipal, com isso fiz que o indicador melhorasse. No mês 1 tivemos 26 (40,6%) dos usuários com HAS com exames complementares em dia, seguidos de 99 (74,4%) no segundo e 172 (96,6%) no terceiro mês (Figura 12). Para DM tivemos 22 (68,4%) pessoas com DM acompanhados e com exame complementar em dia esse dado aumentou 64

(91,4%) no segundo mês e alcançou 100% (70) no último mês de intervenção (Figura 13).

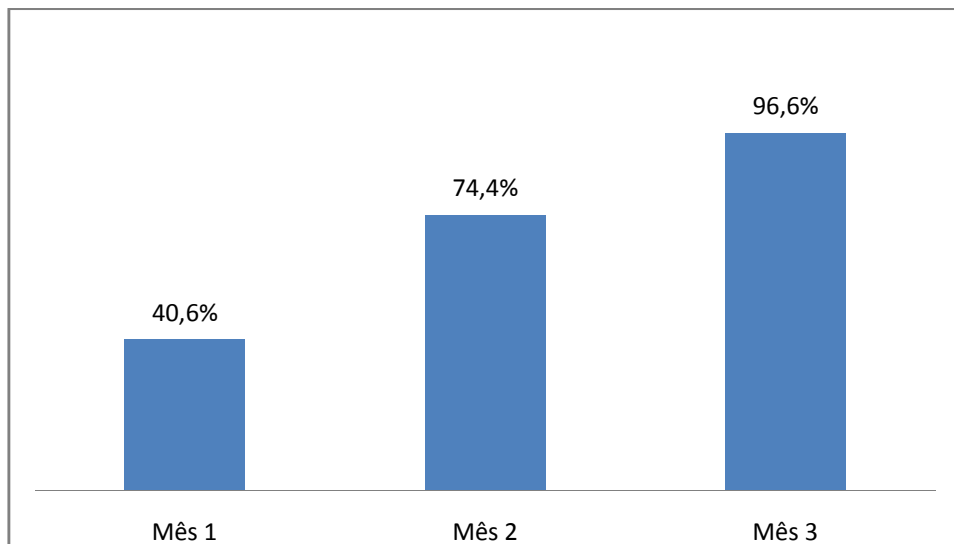


Figura 12. Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Antônio Aves Cavalcante Assis Brasil / Acre

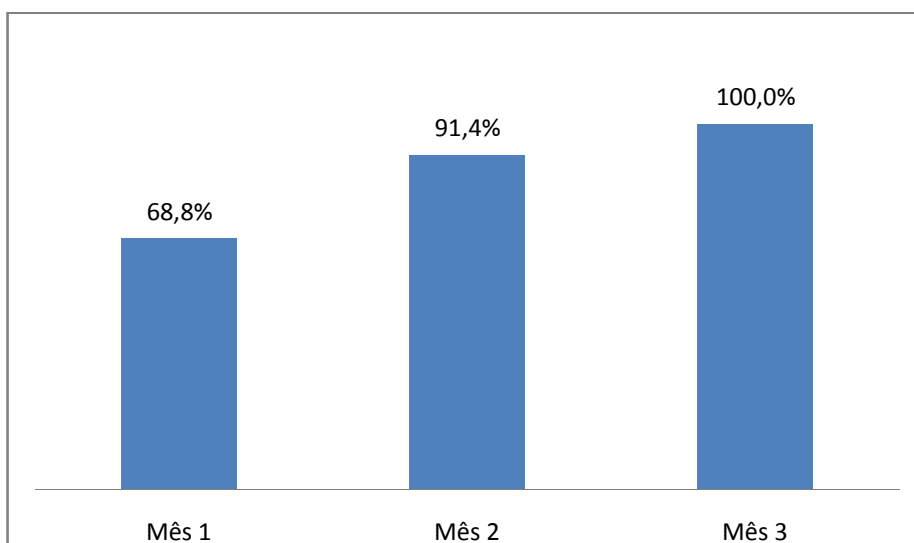


Figura 13. Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Antônio Aves Cavalcante Assis Brasil / Acre

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Metas2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Neste indicador se alcançou 100% nos 3 meses de intervenção. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual a todos os usuários cadastrados com a prescrição de medicamentos da farmácia popular Hiperdia priorizada. No primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro 173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados estavam com a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Para atingir esta meta tivemos que realizar um grande trabalho, foi necessário fazer um levantamento das necessidades reais da unidade, pois o que existia era de há 3 anos e nunca foi modificado pelo que o estoque de medicamentos era insuficiente. Com ajuda da gestora municipal de medicamentos e a funcionária da farmácia da UBS foi feito o levantamento e corrigidas e atualizada as necessidades reais da unidade, desta maneira a nova demanda pelo aumento do cadastro dos usuários alvos do projeto foi avaliada e fornecida pela secretaria e se concordo realizar uma avaliação anual das necessidades para atualizar o estoque de medicamentos da UBS. Esta e outra das ações prevista no projeto que ficaram como rotina no trabalho da UBS depois de finalizado o projeto.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Metas2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

O seguinte indicador analisado é a proporção de pessoas com HAS e DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Nestes indicadores, 2.8 e 2.9 se alcançou 100% nos 3 meses de intervenção, todos os usuários alvo do

projeto tiveram avaliadas suas necessidades odontológicas pela equipe de Saúde bucal de nossa unidade oferecendo orientações em cada consulta, esta e outra das ações prevista no projeto que ficam como rotina da UBS depois de finalizado o projeto. No primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro 173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados foram avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Metas3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Metas3.1: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Os indicadores 3.1 e 3.2 se referem a proporção de pessoas com HAS e/ou DM faltosas as consultas com busca ativa. Esta ação demandou um grande esforço principalmente dos ACS, eles foram os que realizaram quase toda a tarefa com suas vistas domiciliares fundamentalmente os ACS das zonas rurais. Para realizar este trabalho foi preciso realizar uma pesquisa de todos os prontuários da unidade buscando todos os usuários faltosos, identificando-ose buscando-os em seu endereço para vista-los casa por casa. Também os ACS e o resto da equipe da UBS foram capacitados para oferecer as orientações necessárias e esclarecer as dúvidas dos usuários referente ao projeto e suas doenças também sobre os fatores de risco modificáveis e o referente à importância do acompanhamento regular para estes usuários, os ACS chegaram até os lugares mais distante de nossa área de abrangência para levar o mensagem da existência do programa de atendimento as pessoas com HAS e DM. Isso foi um trabalho grande acho que é importante sinalizar isso, neste indicador também se alcanço o 100% nos três meses de intervenção, no início tivemos muitos usuários faltosos mas depois que foram avaliados na primeira consulta com ajuda da equipe de saúde da unidade em especial dos ACS estes usuários foram recuperados e deixaram de ser faltosos e ficaram ao dia com suas consultas. Mês 1: 30 (100%) com HAS acompanhados; Mês 1: 14 (100%) com DM

acompanhados; Mês 2: 56 (100%) com HAS acompanhados; Mês 2: 32 (100%) com DM acompanhados; Mês 3: 80 (100%) com HAS acompanhados; Mês 3: 33 (100%) com DM acompanhados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Neste indicador também foi alcançado os 100% nos 3 meses, No primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro 173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados. Para alcançar estas metas foi realizada a capacitação de toda a equipe no preenchimento dos dados e informações coletadas de maneira correta e com qualidade estas capacitações foram feitas cada 15 dias também no dia a dia foi tirada toda dúvida que foram aparecendo na trabalho já que esta atividade era nova para o pessoal da unidade também foi atualizada as bases de dados estadísticas do SIAB cada 3 semanas. Esta e outra das ações previstas como rotina da unidade e que seguiram depois de finalizado o projeto.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Metas5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

Neste indicador também se alcanço o 100% nos 3 meses, No primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro 173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados este trabalho foi feito pela enfermeira e o médico da unidade pelo qual foram capacitados, todos os usuários foram avaliados nas consultas

segundo o protocolo da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

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

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

Nestes indicadores 6.1 e 6.2 também foi alcançado a meta de 100% dos resultados nos 3 meses. No primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro 173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados. A orientação nutricional foi oferecida de várias maneiras, nas consultas individualmente com cada usuário, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS e o resto da equipe de saúde e nas palestras públicas no marco na UBS, nas escolas e nos centros comunitários como o ginásio municipal e associação de pescadores. Também com a utilização de propaganda gráfica onde se mostra os alimentos saudáveis e os alimentos que devem ser consumidos com maior e menor regularidade entre usuários com HAS e em especial a dieta que devem seguir as pessoas com DM.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

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

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

Neste indicador também foi alcançado o 100% dos resultados nos 3 meses, no primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro

173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados, isso foi possível com a ajuda do novo profissional da secretaria municipal de esporte, no início do projeto não contávamos com um profissional na área de esporte, mas depois foi contratado e imediatamente foi informado do projeto e vinculado com o mesmo ele foi de muita ajuda para o cumprimento desta ação. Participando nas palestras públicas e oferecendo orientação e assessoramento para as pessoas com HAS e DM e para a população geral. Ele também ofereceu palestras no ginásio municipal sobre o tema, esta e outras das ações previstas no projeto que ficam na rotina da UBS e na estratégia da secretaria de esporte municipal depois de finalizado o projeto.

Metas6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensos.

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

Metas6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Neste indicador também foi alcançado o 100% dos resultados nos 3 meses no primeiro mês foram avaliados 64 (100%), no segundo 131(100%) e ao terceiro 173 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%) no segundo mês 70 (100%) e ao terceiro mês os 70(100%) diabéticos cadastrados as orientações foram oferecidas no marco das consultas individualmente com cada usuário, no marco da UBS e nos centros comunitários nas palestras públicas, também o município conta com uma consulta do tratamento do tabagismo isso foi informado para todas as pessoas com HAS e DM e foi garantido o acesso nesta consulta para todos aqueles que são fumantes, esta e outra das ações prevista no projeto que ficam na rotina da UBS e da secretaria municipal depois de finalizado o projeto.

Metas6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Metas6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Para os indicadores 6.7 e 6.8 também se alcançou 100% dos resultados nos 3 meses, este trabalho foi realizado pela equipe de saúde bucal na unidade, eles realizaram palestras públicas no marco da UBS nas escolas e nos centros comunitários com ações sobre a técnica de escovar os dentes e sua periodicidade, ensino de como mastigar os alimentos especialmente para as pessoas com DM e o cuidado da saúde bucal com o atendimento frequentes nas consultas.

Como resumo final da implementação deste projeto, foram cumpridas as metas traçadas, o que repercutiu em uma melhor qualidade no atendimento dos usuários que requerem da sistematização nas consultas, cumprindo com os protocolos de saúde para evitar aumentos na incidência de complicações e oferecendo uma melhora na qualidade de vida individual, familiar e comunitária.

4.2 Discussão

A intervenção, em nossa UBS Antônio Alves Cavalcante, município Assis Brasil/Acre referente à melhoria da atenção da assistência aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários alvo do projeto, a melhoria dos registros e da qualidade da atenção destacando-se principalmente a reorganização dos serviços com a implantação das consultas priorizadas para os portadores dessas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A disponibilidade de serviço priorizado para usuários com DCNT e o mais relevante foi alcançar um índice de adesão da comunidade aos serviços de saúde o que permite dizermos hoje que o atendimento é integral em minha área de abrangência

No início da implementação do projeto foi necessário como primeiro passo a união da equipe de saúde com objetivo de conseguir a integralidade do mesmo já que era vital a participação de cada funcionário. Segundo passo foi levar a cabo a capacitação de todo o pessoal envolvido na implementação deste projeto que foi feita de forma continua durante todo o processo de implementação baseando-se nas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao protocolo de atendimento (rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e/ou DM).

A partir destas primeiras ações de saúde é que o projeto se tornou um instrumento não só de benefício para a comunidade, mas de grande importância para a equipe de saúde que ganhou em organização, conhecimentos e habilidades nas técnicas de acolhimento, cadastro e preenchimento dos dados e tratamento dos usuários portadores de HAS e DM e outras DCN.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários com HAS e/ou DM eram só responsabilidade do médico, e não tínhamos controle ou registro nenhum sobre usuários faltosos ou totalidade do cadastro, um exemplo disso é que a unidade só tinha cadastrado 65 usuários com HAS e 16 com DM. Com uma estimativa pelo CAP de 191 com HAS e 54 com DM tínhamos um grande trabalho pela frente para alcançar nossas metas. No início da intervenção a equipe teve que se unir e cada um dos profissionais trabalhar em suas atribuições para conseguir o aumento da cobertura e melhoria da atenção. A melhoria dos registros foi evidente o qual viabilizou a busca ativa e o agendamento dos usuários alvos do projeto.

A intervenção foi importante para o serviço, pois hoje o mesmo conta com uma melhor qualidade da consulta no atendimento aos usuários com HAS e/ou DM graças a toda organização que gerou a intervenção, prova dele é o aumento na cobertura para 178 usuários com HAS e 70 com DM. A existência de um melhor registro, dados atualizados, disponibilidade do quadro básico de medicamentos de HIPERDIA, o agendamento dos usuários mais próximo a realidade da prevalência destas doenças em nossa área, ressaltam a importância deste projeto para o serviço, que está bem organizado. Com as metas bem esclarecidas e com um objetivo que busca trabalhar com propósito de oferecer um alto grau de satisfação para a população.

O impacto na comunidade foi evidente após a primeira semana da intervenção, já que se notava o interesse da comunidade sempre perguntando sobre o projeto e seus objetivos e quais atividades seriam realizadas, aumentou a educação em saúde e os conhecimentos dos usuários sobre HAS e/ou DM. Além disso, demonstraram muita satisfação com a implantação do atendimento odontológico priorizado e com o interesse da equipe com sua saúde e seus problemas, melhorou o acolhimento dos usuários, a relação equipe-comunidade, facilitou o intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas com a

comunidade, gerando em cada uma destas melhorias e uma melhor qualidade de vida desta população.

Caso fosse fazer a intervenção novamente, a equipe de saúde toda dedicaria mais tempo a promoção da mesma já que isso ajudaria a envolver mais a comunidade, outro aspecto de vital importância seria assegurar a logística que em meu caso representou algumas dificuldades pela falta de recursos materiais. Não iniciaria um projeto sem a totalidade desses recursos que as vezes não atrapalham o desenvolvimento dele mas afetam a qualidade da atenção. Por último faríamos mais atividades coletivas que incentivam e comprometem tanto os usuários como as autoridades de saúde e do governo municipal.

A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço pois ela não tem nenhum proceder que não seja concedido nos protocolos e atendimento, com aceção daquelas atividades que surgem como estratégia de envolver mais a comunidade, que não são tão complexas e que podem ser planejadas como ações de saúde sustentáveis pela unidade, a gestão de saúde e governo. A manutenção deste tipo de atendimento na UBS é a ferramenta mais certa de manter uma atenção de qualidade para os usuários com HAS e/ou DM. Sabemos que ainda falta melhorar aspectos do programa como aumentar a periodicidade das consultas para aqueles usuários com risco cardiovasculares, estabelecer um sistema de visita domiciliar para o acompanhamento dos usuários que apresentam descontrole de suas doenças e por último uma ideia da implantação de um espaço para a prática de saúde coletiva com usuários só para tratar de temas relacionados com HAS e/ou DM, essa ação de saúde já tem um nome (“usuários amigos de sua doença”) e está sendo realizada.

O próximo passo para melhoria do serviço seria continuar com o projeto para alcançar 100% do cadastro dos usuários de HAS e/ou DM o que ofereceria a oportunidade de estender o projeto aquelas comunidades que se encontram em zonas de difícil acesso. Numa segunda etapa ampliar a cobertura de atendimento para outras DCN que impliquem em problema de saúde para nossa área de abrangência.

5 Relatório da Intervenção para gestores

Prezado gestor e Secretaria Municipal de Saúde,

Neste tempo como resultado da implementação do projeto de intervenção na UBS Antônio Alves Cavalcante, a qualidade no atendimento para usuários portadores de HAS e DM melhorou em sua totalidade o que se pode comprovar no alto grau de satisfação da população em geral em particular dos usuários alvos do projeto e seus familiares.

A intervenção fez parte do curso de Especialização em Saúde da Família, buscamos melhorar a cobertura e ações voltadas para o Programa de Atenção a Saúde dos usuários com HAS e DM. Realizamos ações nos eixos de qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação. No primeiro mês de intervenção um total de 64 (33,5%) pessoas com HAS foram acompanhadas, elevando-se esse indicador para 133(69,6%) e 178(93,2%), nos segundos e terceiro mês, respectivamente Para DM, acompanhamos no primeiro mês de intervenção 32 (47,5%) pessoas, e segundo mês 70 foram acompanhadas, mantendo-se estes dados no terceiro mês de intervenção. Dessa forma percebemos que na área atualmente temos 70 pessoas com DM o representa o nosso valor real, assim acompanhamos 100% das pessoas com estas doenças Nesse trabalho tive uma participação muito importante de nosso gestor que nos ajudou nos aspectos dependentes de sua gestão como por exemplo fornecimento dos materiais impressos para trabalhar como fichas e modelos de exames. Também em organizar e planejar e conferir as atividades coletivas nas áreas pertencentes na comunidade como a associação de pescadores e o ginásio municipal em sua intervenção e apoio para a realização dos exames complementares no laboratório da UMM. Referente a falta do bioquímico no laboratório Municipal neste aspecto foi muito importante a atuação do gestor, pois em sua ação e trabalho fez as solicitações dos exames que foi assinada, elaborada

e impressas por ele na secretaria municipal isto garantiu que todos os usuários cadastrados no projeto novos e faltosos tivessem os exames complementares prontos para ser avaliados na consulta o que melhorou a qualidade do atendimento. Outro aspecto que foi importante o seu apoio foi em consertar nosso trabalho com a secretaria de esporte e introdução do profissional de esporte no projeto para a realização de atividades esportivas comunitárias e a realização de exercícios regulares em áreas que estavam abandonadas e graças sua gestão com poucos recursos foram ativadas pela prefeitura para esta ação. O apoio do gestor no cadastro dos usuários na área rural foi importante, pois garantiu os recursos necessários para chegar nessas comunidades (transporte, alimentação, medicamentos, água, cadeira odontológica móvel). Dessa forma tivemos todo o material necessário para levar o atendimento até as casas dos moradores das áreas rurais e realizar o trabalho de cadastro educação, orientação e atendimento nessas comunidades afastadas e de difícil acesso. Também foi útil seu trabalho na atualização e correção do estoque de medicamentos da farmácia de Hiperdia na UBS que estava desatualizada e incompleta, neste momento o estoque conta com todos os medicamentos necessários e com a estratégia de atualização anual segundo o cadastro dos usuários com doenças crônicas. Outro aspecto importante que precisamos de seu apoio foi garantir todo o material descartável necessário para trabalhar na UBS, como: luvas, algodão, gazes e copos o que nos foi garantido. Além de garantir o fornecimento do estoque dos aparelhos para verificação da pressão e glicose (lancetas e tiras com reagentes, pilas para glicômetro, e para os aparelhos digitais da pressão). Ainda tem ações que temos que realizar para manter o que foi conquistado e implementar outras ações para garantir a qualidade dos atendimentos como a contratação de um bioquímico para o laboratório municipal para não estar dependentes dos recursos e o pessoal da UMM, a contratação de outro profissional de esporte e a contratação de um profissional em nutrição para que assessore todo o trabalho referente a dieta e alimentação saudável. A modificação física da UBS já está sendo feita com a construção de uma nova UBS padrão ao lado da unidade atual, é um espaço maior e com uma melhor condição construtiva com fins específicos para cada função e serviço que oferece a UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Alves Cavalcante,

Realizamos na UBS Antônio Alves Cavalcante uma intervenção para melhoria do programa de atenção aos usuários com pressão alta e/ou diabetes mellitus. A intervenção foi iniciada no mês de setembro de 2015 e durou 12 semanas. Com a implementação do projeto de intervenção a comunidade ganhou com a melhora na qualidade do atendimento.

Depois de 12 semanas de intervenção conseguimos cadastrar um total de 198 usuários deles 178 (93,2%) com pressão alta e 70 (100%) com diabetes mellitus, ou seja, conseguimos fazer o acompanhamento de todos os usuários com diabetes da área. Para hipertensão ainda falta alguns usuários a serem cadastrados, mas contamos com a ajuda da comunidade para alcançar este objetivo. Durante a intervenção os usuários receberam orientações nutricionais, da importância da atividade física no tratamento dessas doenças, além disso foram encaminhados para realizar exames complementares. Também foi realizada atividades de orientação sobre saúde bucal pela dentista na UBS incluindo as técnicas de escovação dos dentes. Para os usuários com pressão alta e diabetes mellitus também procuramos manter a garantia dos medicamentos dos programas Farmácia popular/HIPERDIA.

As estratégias e ações previstas e feitas no projeto são usadas em todos os atendimentos de doenças crônicas e agudas, o serviço ganhou na organização e conhecimentos pelas capacitações feitas dentro das ações previstas no projeto isto fez que o atendimento ficasse maior e de qualidade.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) e suas lideranças que sempre são convidadas para participar na reunião mensal da unidade são elos e os porta voz da comunidade e podem ajudar muito com reforçar a aliança da UBS com a comunidade, desenvolvendo o engajamento público que é nossa melhor arma para conhecer o critério da comunidade o que pensa e o precisa para um atendimento de qualidade. Todas as ações previstas no projeto foram incorporadas na rotina do serviço para oferecer um melhor atendimento dos profissionais na unidade. Para este fim trabalhamos de maneira direta com a secretaria de saúde e o gestor pois algumas das ações que ficam como rotina na unidade precisam de recursos como material impresso para o preenchimento dos dados o material descartável e o estoque de medicamentos da farmácia Hiperdia, e o estoque de aparelhos para medir a pressão e a glicose assim como os recursos para continuar visitando as comunidades rurais.

A comunidade pode continuar apoiando a UBS para que o atendimento seja de melhor qualidade com seu critério e dizendo o que precisa para sentir-se melhor atendida e o que a unidade precisa mudar. A participação ativa da comunidade dizendo o que está bom e o que não está, é importante para melhoria do serviço, também é essencial a participação de vocês nas atividades da UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim quando cheguei no Brasil tudo foi novo, primeiramente o idioma, pois nunca falei português, mas como tudo, com o tempo e a prática fui adquirindo habilidade no idioma. Depois chegou a etapa do consenso de trabalho na UBS foi uma experiência nova com novos profissionais e uma nova equipe de trabalho que não conhecia e eles também não me conheciam, mas com o tempo todos nos unimos como uma família e o trabalho foi saindo cada vez melhor. Apesar disso, a unidade não estava oferecendo um bom atendimento de qualidade para os usuários com HAS e/ou DM, pois não contava com um registro nem arquivo para esses usuários tampouco tinha ficha de acompanhamento e os dados que tinham estavam desatualizados, além disso esses usuários não tinham suas consultas priorizadas e nem atendimento odontológico adequado e de qualidade, e os remédios da farmácia de Hiperdia eram insuficientes. Com nosso projeto de intervenção tudo isso mudou, permitiu conhecer de perto a realidade desses usuários a sua quantidade, seus hábitos alimentares e seu estilo de vida. A intervenção me ajudou a conhecer os protocolos de atendimento das pessoas com HAS e DM, preconizados pelo Ministério da Saúde usados na APS e como utilizar eles do jeito mais eficiente para oferecer um atendimento melhor e de qualidade para esses usuários. Também o projeto torna-se uma ferramenta de trabalho para toda a equipe de trabalho em especial para os ACS que ganharam conhecimento sobre essas doenças e sobre como orientar e fazer um trabalho melhor e de qualidade em sua comunidade. Tudo isso fez com que a comunidade confiasse no trabalho dos ACS e que a adesão ao programa fosse maior.

Das expectativas esperadas, foi uma aprendizagem única que me ajudou a conhecer os costumes dos brasileiros, como é seu povo e me ajudou com o idioma e que a comunidade ganhasse confiança e aceitasse meu trabalho. O projeto foi algo único e muito bom, superou minhas expectativas iniciais com o curso, auxiliou para

minha prática profissional foi ótimo. Agora posso dizer que conheço os protocolos de atendimento para usuários com HAS e DM, o curso de Especialização em Saúde da Família está sendo uma experiência inesquecível e única, tanto no âmbito profissional como pessoal, também pelo carinho e afeto que ganhei de minha equipe de trabalho e de minha comunidade. Por fim, posso dizer que aqui no Brasil e em especial aqui em meu município, UBS e comunidade tenho uma família a mais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, pag. 7, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Série G. Estatística e Informação em Saúde, Brasília, 2012. disponível em: [<http://www.index-f.com/para/n18/021d.php>]. Acessado: 04 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de hipertensão e diabetes. Hipertensão arterial e diabetes Mellitus. Brasília, janeiro de 2011.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante