

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Elpídio Moreira Sousa, Rio Branco/AC

Geisell Martinez Torres

Pelotas, 2016

Geisell Martinez Torres

Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Elpídio Moreira Sousa, Rio Branco/AC

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T693q Torres, Geisell Martínez

Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Elpídio Moreira Sousa, Rio Branco/AC / Geisell Martínez Torres; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 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. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico meu trabalho a minha família que se encontra longe, mas mesmo assim me apoia em cada obra que tenho realizado nestes dois anos no Brasil, em especial aos meus filhos amados.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a DEUS porque ele é responsável por eu conseguir estar aqui hoje, com saúde e muita vontade de me superar a cada dia.

Agradeço a minha tutora Simone Damásio pelo apoio incondicional durante o curso, pela paciência, sabedoria e carinho com que me tratou sempre, e pelo grande conhecimento que me transmitiu durante todo o curso de especialização. Por tudo, muito obrigada.

Agradeço a meu tutor Ailton Gomes Brant por seu total apoio na última etapa da especialização, por compartilhar o seu conhecimento e me transmitir os melhores conselhos.

Agradeço pelos meus filhos, pela paciência e o amor que tem tido durante toda esta etapa difícil de minha vida.

Agradeço ao meu esposo por estar sempre do meu lado mesmo nos momentos mais complicados.

Agradeço aos meus companheiros do trabalho e a todos os usuários de minha comunidade por participar de tão proveitosa investigação.

Resumo

MARTINEZ, Geisell Torres. **Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Elpídio Moreira Sousa, Rio Branco/AC.** Ano 2016. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos à saúde, incluindo: mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Já a Diabetes Mellitus (DM) lidera as causas de cegueira, doença renal, amputação e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares. Na USF Elpidio Moreira o número de pessoas com DM residentes na área é de 63 pessoas e o número de pessoas com HAS é de 210 usuários, os quais são os usuários esquecidos da área, pois muitos deles havia mais de dois anos sem fazer exames de rotina de acordo com o protocolo e não eram avaliados pelos especialistas correspondentes. Além disso, esses usuários, especialmente aqueles com DM se alimentam de maneira errada, tanto em qualidade como em quantidade de alimentos assim como horários de alimentação. Muitos são tabagistas; não realizam atividades físicas; não conhecem sobre higiene dental; o índice de massa corporal está acima de 29, em quase todos; não possuíam carteira de acompanhamento, registro na unidade ou ficha espelho. O objetivo da intervenção foi qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS. Esta intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas com os adultos acima de 20 anos portadores de HAS e DM que faziam parte dos cadastros da UBS. A coleta de dados utilizou uma ficha espelho elaborada de acordo com o que estava previsto no protocolo e a sistematização desses dados se deu por meio da planilha de Coleta de dados. Esse processo compreendia o uso de diversas ações elencadas nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Conseguimos atingir uma cobertura de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência. A intervenção teve uma grande importância para o serviço revendo as atribuições da equipe e viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Houve uma grande melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizando a otimização da agenda da UBS. Conseguimos cifras importantes, de modo que 210 usuários hipertensos (100%) e 63 portadores de diabetes (100%) ficaram com o exame clínico em dia; todos estes usuários tiveram a solicitação dos exames complementares em dia e tiveram priorização dos medicamentos da Farmácia Popular. Quanto a nossa equipe, podemos destacar que a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado entre todos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia do Mapa do estado de Acre.....	13
Figura 2	Fotografia do Mapa de Rio Branco, capital de Acre.....	13
Figura 3	Fotografia da fachada da frente da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.....	14
Figura 4	Fotografia da fachada da frente da USF Elpídio Moreira Sousa.....	15
Figura 5	Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Elpídio Moreira Sousa.....	59
Figura 6	Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da UBS Elpídio Moreira Sousa.....	61
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AC	Acre
ACS	Agente comunitário da Saúde
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CAP	Caderno de Ação Programática
DM	Diabetes mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio na saúde da família
PCCU	Preventivo do câncer de Colo de Útero
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URAP	Unidade de Referência à Atenção Primária de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	Erro! Indicador não definido. 6
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	Erro! Indicador não definido.
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	Erro! Indicador não definido. 7
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	Erro! Indicador não definido. 7
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	Erro! Indicador não definido. 7
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	81
Anexos.	82
Anexo A - Documento do Comitê de Ética	83

Anexo B - Planilha de Coleta de Dados	-
Anexo C - Ficha espelho	85

Apresentação

O trabalho de conclusão de curso transcreve uma intervenção executada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Elpídio Moreira Sousa, na cidade de Rio Branco, estado de Acre (AC), no ano 2015. Este é parte integrante para aquisição do título de especialista em saúde da família.

Está dividido em Análise situacional, que mostra como era a situação da unidade de saúde antes da intervenção. Na Análise Estratégica é exposta a justificativa da escolha em trabalhar com hipertensos e diabéticos e aponta as direções metodológicas que se seguiu para atingir as metas e objetivos propostos durante todo esse trabalho. Posteriormente, é observado o Relatório da Intervenção, documento importante por avaliar a trajetória percorrida ao longo das 12 semanas de intervenção, considerando nisso a possibilidade das ações pactuadas, as dificuldades e restrições examinadas, as facilidades e os cumprimentos das ações, de forma integral ou parcial ao longo desse período. Em seguida, aparece a Avaliação da Intervenção no qual os resultados obtidos estão devidamente executados e observados, a partir dos gráficos e explanações qualitativas, bem como uma discussão que relata sobre o significado dos resultados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos do que se sucedeu durante todo esse período, bem como os próximos passos para incorporar e viabilizar as ações na rotina do serviço.

Mais a frente do trabalho desenvolvido, há dois relatórios curtos que foram construídos, um para a comunidade, outro para os gestores. O intuito é dar um retorno às partes que participaram do projeto, compartilhando o que foi conseguido e do que ainda pode ser obtido com a extensão dessa proposta de melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos. Por fim apresentamos uma reflexão crítica sobre a jornada desde o começo do curso até a conclusão da intervenção. Uma conclusão sobre os conhecimentos e interpretações dos vários frutos extraídos por meio dessa especialização.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Quanto à situação da unidade onde eu trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF) Elpidio Moreira Sousa, localizado no município de Rio Branco estado do Acre. Sobre a estrutura temos sala de espera, farmácia, um consultório para a médica, um consultório para a enfermeira, um consultório para a técnica de enfermagem e um consultório para o dentista, tem uma sala de vacina, uma sala de curativo e medicação, uma sala para a coordenação, uma cozinha, um almoxarifado e uma sala para reunião, e dois banheiros, a equipe está formado por um médico, um técnico em enfermagem, uma enfermeira, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e uma assistente do dentista, uma coordenadora e uma auxiliar de serviços gerais.

Quanto às funções: a médica faz consulta respondendo a demanda livre, além das consultas agendadas pelos ACS nos dias de segunda-feira e quinta-feira, terça-feira é para atender usuários com hipertensão e diabetes e de fazermos puericultura, quarta-feira é dia de atenção a crianças com algum problema de saúde, os dias de quinta-feira são para fazer visitas domiciliares e cada semana temos uma reunião para planejar o nosso trabalho da próxima semana. Nossa USF tem só três anos de construída, tem uma estrutura muito boa, a acho muito linda e acolhedora, fato que ajuda para desempenhar o nosso trabalho com mais facilidade. A equipe de trabalho é maravilhosa, gostamos de trabalhar todos juntos e desse jeito tudo funciona de forma perfeita.

A população é variada, tem umas zonas com usuários de drogas e álcool, onde temos usuários com tratamentos para tuberculose, alguns terminando o tratamento e outros começando, parte da população tem pouco estudo situação que em ocasiões dificulta para a compreensão da importância de cumprir direitinho com

os tratamentos indicados no posto de saúde tanto por o médico como pela a enfermeira.

A equipe programa atividades de palestra cada manhã sobre diferentes temas de saúde de interesse para a população, os ACS cada dia atendem bolsa família e mantem informados ao médico e enfermeira sobre a situação de saúde das pessoas da área de abrangência de cada um deles. Cada dia são atendidos casos com urgências que tem prioridade ao chegar ao posto de saúde. Quando o a situação de saúde não é possível se resolver na unidade, o usuário é encaminhado a uma unidade melhor, com melhores condições de serviço e atenção. A equipe também faz atividade planejada de vacinas em escolas, creches, se atende também estrangeiros haitianos que moram pertinho da nossa unidade e tem uma grande demanda, pois chegam de viagem com diversas doenças e damos prioridade a eles.

Quanto à enfermeira ela planeja seu trabalho de uma forma muito organizada, tem dois dias da semana para fazer exame preventivo e planejamento familiar, e outros dois dias para fazer atenção pré-natal e tem um dia par fazer a visita domiciliar junto com a médica e os ACS, em quanto à técnica de enfermagem é a pessoa encarregada de cumprir com a vacinação das crianças. Ela faz curativo, cumpre com os injetáveis indicados pelo médico e ajuda na triagem dos usuários antes de entrar a consulta verificando pressão arterial, glicemia e temperatura.

Como podem observar, as atividades estão todas bem planejadas cada um de nós tem sua função. E o único propósito é dar a melhor atenção a nossa população que e nossa razão de ser.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A unidade de saúde onde trabalho como médica do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) está localizada no município de Rio Branco, capital do estado do Acre, no norte do Brasil. Identificada com o nome de USF Elpidio Moreira Sousa, no endereço rua Santa Mônica, s/n, na entrada do bairro Defesa Civil, perto do cemitério do bairro Tancredo Neves. A equipe da USF trabalha com muito comprometimento e dedicação, o que tem possibilitado os resultados até hoje apresentados, razão pela qual, todo o pessoal tem o reconhecimento da população e dos líderes da comunidade, o mesmo da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

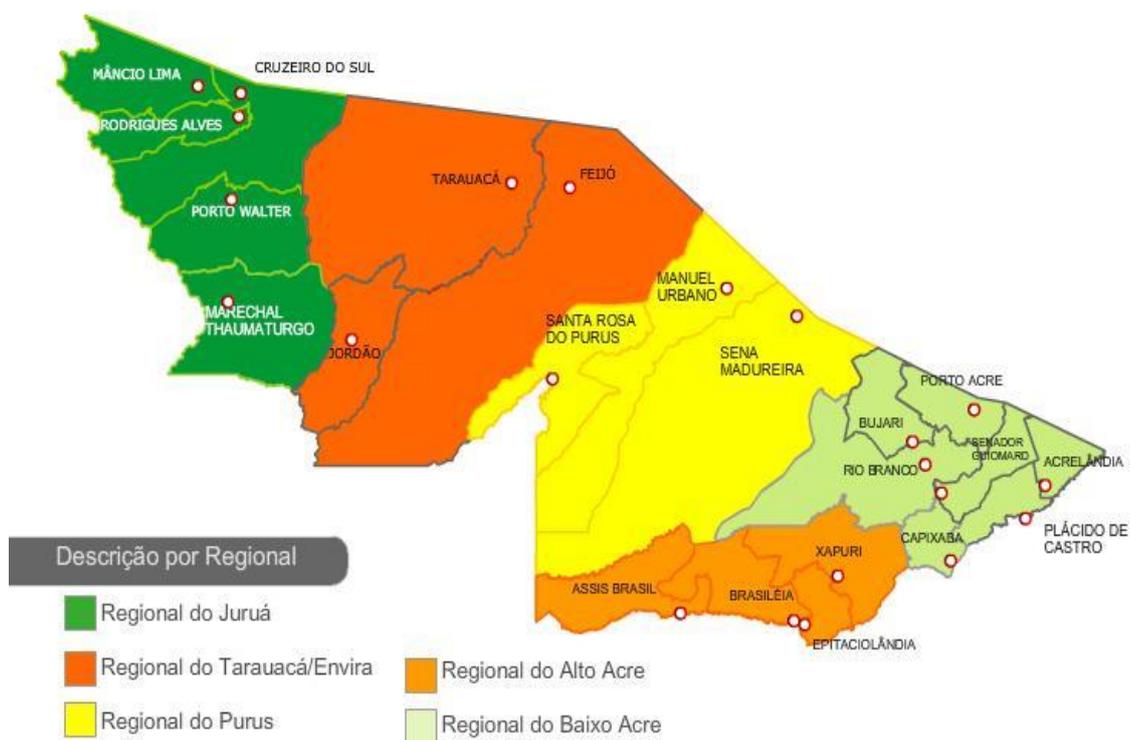


Figura 1: Fotografia do Mapa do estado de Acre.

Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=mapa+de+acre&biw=1366&bih=623&tbm=isch&imgil=2FWo2RqK9a6eqM%253A%253B1SDIXzCKr2GDIM%253Bhttp>



Figura 2: Fotografia do Mapa de Rio Branco, capital de Acre.

Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=mapa+de+acre&biw=1366&bih=623&tbm=isch&imgil=2FWo2RqK9a6eqM%253A%253B1SDIXzCKr2GDIM%253Bhttp>



Figura 3: Fotografia de fachada da frente da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.
Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=secretaria+municipal+de+saude+acre+fotos&biw=1366&bih=667&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ve>

O município conta uma população estimada de 305.000 habitantes, (SEMSA, 2010) localizados às margens do rio que leva o nome do estado, o rio Acre. No município encontra-se a SEMSA que computa um total de 88 instituições onde são oferecidos serviços de saúde à população de Rio Branco e outras que moram nas periferias. Existem cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF), 13 UBS tradicionais; três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A população do município tem acesso à atenção especializada num Centro “Doutora: Cláudia Vitorino”; conta com quatro serviços de atendimento hospitalar: Hospital de Saúde Mental de Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana. Os exames complementares estão acessíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), CAD Imagem 2º distrito e Laboratório Central (LACEN) (SEMSA, 2010).

A USF Elpidio Moreira Sousa localiza-se numa região urbana, com área de abrangência de atendimento de 4000 usuários (SEMSA, 2015). Utiliza seus protocolos de atendimento na execução de ações de saúde, na prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e tratamento de doenças assim como a interação com as famílias na comunidade e na resolução dos principais problemas de saúde que são potencialmente modificáveis, oferecendo também acompanhamento da Bolsa Família. A equipe está composta por médico (clínico geral), enfermeiro, técnico enfermagem, seis ACS, um odontólogo, uma técnica de odontologia e uma auxiliar de serviços gerais. É importante descrever que a ESF não tem vínculo com nenhuma instituição de ensino.



Figura 4: Fotografia de fachada da frente da USF Elpídio Moreira Sousa.

Fonte: <http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/lai/encontre-em-rio-branco/unidades-saude-familia/>

De forma geral a USF é uma construção recente do ano de 2012, de planta baixa. Contamos com uma Farmácia, Sala de Vacinação, Consultório Odontológico, Sala de Curativo, Sala de atendimento para medição e triagem aos usuários com DM e HAS, Sala de Esterilização, Almoxarifado, Sala da administração, Copa, um Banheiro para Funcionários, Sala de espera onde também estão os arquivos e se realiza a regulação e sala de Recepção, escovódromo, um Consultório Médico, um Consultório de Pré-natal e de coleta para de exame de controle de câncer uterino (PCCU), Sala de Medicação, sala de reunião que é usada para aconselhamento aos fumantes e usuários de álcool.

Dispomos de uma estrutura física boa, reformada e “bonita”, existem algumas barreiras arquitetônicas como as condições inadequadas para o acesso os idosos na UBS, especialmente os portadores de deficiências físicas é importante destacar as condições do banheiro para usuário, pois não tem portas que garantam o acesso de cadeirantes e não é possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. Não temos cadeira de rodas para atender usuários que precisem delas para se movimentar e as calçadas para garantir o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas que têm necessidades especiais são consideradas como inexistentes. Estas dificuldades afetam diretamente ao usuário e

dificultam o trabalho dos profissionais na UBS. Tendo em vista que a faixa etária que mais predomina na unidade é de adultos e idosos. Não contamos também com banheiro no consultório do médico.

Relacionado às visitas domiciliares temos dificuldades, pois a equipe não conta com carro próprio da unidade para fazer o seguimento dos acamados, idosos e deficientes com dificuldade para se locomover até à unidade. A coordenadora solicita um carro a SEMSA em dias prévios e quando o carro é liberado para a equipe podem dar solução a essas demandas.

Os medicamentos da farmácia básica não são abastecidos pela SEMSA de forma satisfatória, frequentemente faltam alguns medicamentos, sobre tudo os usados em portadores de doenças crônicas, o qual gera uma dificuldade para o usuário, pois é obrigado a andar por várias unidades até encontrar a medicação que precisa e em ocasiões deixa de se medicar por não encontrar o medicamento, o que pode gerar descompensação da sua doença, constituindo uma dificuldade para o médico, pois logo o usuário volta na consulta descompensado por não cumprir o tratamento indicado.

Os ambientes possuem sinalizações, porém não existe área de recepção independente, o espaço destinado à informação, registro, agendamento e encaminhamento é na sala de espera e os prontuários ficam neste mesmo espaço, o qual constitui um risco de perda ou extravio por falta de segurança. Na UBS somente existe um computador e uma impressora, o serviço de internet é péssimo, o qual dificulta o acesso aos profissionais para fazer revisão de temas importantes e atualizações. A maior dificuldade que temos na unidade é a falta de recursos humanos, pois não temos uma pessoa que trabalhe na farmácia da unidade, de modo que todos têm acesso e o controle sobre os medicamentos e não temos uma pessoa responsável pela recepção e acolhimento dos usuários. Até o momento essa função tem sido delegada aos ACS e os mesmos reclamam de realizarem esta atividade e ficam exigindo seu direito de trabalharem na função a qual estão locados.

Na UBS é oferecida ao usuário uma explicação desde que chega ao local na procura de atendimento e dos serviços que se oferecem, fazendo a triagem de todos, o que possibilita um atendimento mais completo. Temos como estratégia de desenvolver a disponibilização de informações relacionadas nos prontuários que sejam requeridas pelos usuários para levar a outros níveis de atendimento,

aumentar o número de atendimentos domiciliares aos acamados e deficientes fundamentalmente e capacitação aos ACS para o desenvolvimento de palestras nas comunidades.

Dentro das atribuições da ESF, além dos serviços médicos, de enfermagem e outros estão à realização de encaminhamentos de forma detalhada sempre descrevendo cada aspecto que o profissional acha significativo e possa ajudar no diagnóstico do especialista, sempre que por critério médico seja necessário, e muitas vezes temos apresentado dificuldades na hora de dirigir o atendimento para outras especialidades, pois existe muita demora na fila de espera, isso acontece pela superlotação que existe no SUS nas principais consultas especializadas e no processamento dos resultados dos exames complementares no CAD e no Laboratório Central (LACEN) dos quais dispõe o município. Para tentar dar uma melhorada nesse tempo que, inevitavelmente, acontece temo-nos baseado em nosso conhecimento e experiências profissionais medicar o usuário para que ele não fique todo esse tempo sem tratamento, também, baseados em dados clínicos realizamos diagnósticos e deixamos o resultado do laboratório para reafirmar ou mudar conduta, quando for preciso.

Nossa USF tem desenhada uma estratégia para tentar diminuir as quantidades de encaminhamentos, na identificação precoce, seguimento, pesquisa daqueles portadores de doenças crônicas que podem evoluir a outras complicações que só são da competência de especialidades hospitalares, daí sai à intensificação na vigilância e observação desde as comunidades por esse pessoal aos usuários com doenças crônicas diagnosticadas e atendidas pela ESF, assim contribuimos na diminuição da quantidade de casos encaminhados.

A nossa área de abrangência compreende uma população de 4000 habitantes, aproximadamente, sendo 63% da população mulheres e 36% restante os homens, em cifras são 2526 e 1474 respectivamente (SEMSA, 2015). Nesse total encontra-se uma mistura nas raças, sendo ela representada na sua maioria por pardos, brancos, e negros; embora tenha população indígena, mas é numa proporção bem menor já que são poucos e espalhados.

Temos procurado facilitar a atenção à demanda espontânea que nem sempre ultrapassa a disponibilidade de atendimento, pois geralmente acontece no horário da manhã e são poucos os casos, já que quando se faz uma análise comparativa e se sabe que por perto da área de abrangência, temos uma Unidade de Referência à

Atenção Primária de Saúde (URAP) e mais outra USF, isto junto contribui para que não exista muito excesso de demanda espontânea na nossa USF. Além disso, existe uma política para atender possíveis excessos, priorizando o atendimento com classificação de riscos, a necessidade do usuário durante a triagem é feita pelo pessoal do acolhimento e avalia os parâmetros vitais.

Garantir o ótimo desenvolvimento da criança é uma das prioridades da saúde no país, sendo assim a equipe na USF é treinada especialmente para fornecer um atendimento integral sendo capazes de identificar problemas oportunamente. Nossa USF tem um total de 31 crianças menores de um ano, todas elas têm feito o teste do pezinho antes de sair do hospital da maternidade e já saíram de lá com a consulta marcada para ser atendidos pelo especialista em pediatria, antes de ter sete dias de nascido. Na URAP que coordena a USF temos dois pediatras que atendem todas as crianças da área de abrangência, sendo em ocasiões insuficientes eles dois. A estimativa no Caderno de Ações Programáticas (CAP) foi de 80 crianças menores de um ano.

Não dispõe de Sala específica para Criança, este serviço é feito na consulta médica com o clínico geral, ainda assim garantimos as avaliações de puericultura, e são utilizados os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para tais fins que permitem sua utilização para avaliar crescimento e desenvolvimento da criança, são feitas ações em palestras para educar aos pais e outros familiares que desejem. As ações feitas respondem ao cronograma que de forma programática é desenvolvido e monitorado, apoiados com os ACS que frequentemente realizam visitas nos domicílios de cada um fazendo uma pesquisa nas condições, atuações e ações que as famílias fazem para garantir a saúde da criança. Não podemos deixar de dizer que é fornecido o serviço de vacinação como é estabelecido no Brasil em correspondência à idade. Nosso desafio para a saúde da criança é que após a realização de todas as atividades fornecidas e ações realizadas, os pais e familiares saibam o que fazer, como sua criança vai desenvolver-se, como identificar precocemente alterações seja na saúde ou no seu desenvolvimento e assim garantir uma criança saudável.

Em relação ao pré-natal, nós ficamos satisfeitos. São utilizados os protocolos para este grupo populacional e as ações são periódicas e sistemáticas. São organizadas na unidade atividades com as grávidas onde recebem orientações em palestras, fazem atividades próprias da sua condição o que contribui na

conscientização delas e de suas famílias para a futura chegada de um membro que necessita amor, dedicação e muito carinho. Nossa USF acompanha atualmente 28 gestantes. A estimativa do CAP foi de 40 gestantes, podemos dizer que cresceu o número de gestantes nos últimos tempos cerca de 75% das grávidas que regularmente assistiam às consultas para um 92% que agora ficam motivadas. Isso é um resultado significativo que temos obtido. A USF faz acompanhamento de 61 puérperas, valor que fica maior ao valor estimado no CAP. Ambos os grupos, ou seja, gestantes e puérperas não tem dificuldade para fazer os exames indicados na consulta e tem seguimento pelo obstetra responsável das usuárias da área de abrangência. Quando determinamos uma grávida de alto risco realizamos encaminhamento para o hospital da maternidade e lá é atendida rapidamente, garantindo a melhor solução para a situação de saúde que tenha a usuária.

Importante ressaltar que existem registros específicos de ações programáticas que complementam os protocolos de atuação e servem para avaliar tudo. Não podemos deixar de dizer que a participação do dentista contribui na qualidade das atividades e complementa sua realização.

O Câncer de colo uterino é um problema de saúde pública mundial, especialmente nos países em desenvolvimento onde os programas de prevenção desta patologia têm menor abrangência. Segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram de doença invasiva, um estágio mais avançado. Atualmente 44% dos casos são de lesões pré-malignas, chamadas *in situ*. Mulheres com lesões iniciais, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura. (BRASIL, 2013a).

Na USF, baseados nos protocolos estabelecidos e de forma regular e programática, são desenvolvidos ações na prevenção e diagnóstico precoce dessas doenças que tanto afetam as mulheres. Disponibilizamos para a população o serviço de Preventivo do câncer de Colo de Útero (PCCU) que é feito diariamente pelas manhãs na USF e existe um registro específico onde são analisados os dados estatísticos das consultas e ações desenvolvidas.

A USF acompanha 547 mulheres com idades entre 25 e 64 anos para realizar o PCCU. Sendo a estimativa do CAP de 842 mulheres. E, além disso, acompanha 131 mulheres com idades entre 50 e 69 anos para prevenção de câncer

de mama. A estimativa do CAP foi de 200 mulheres. São feitas ações de promoção pela ESF para dar conhecimento às mulheres sobre quais são os fatores de risco, como fazer o autoexame de mama e quais são os achados que podem ser suspeitos devendo procurar pelo atendimento especializado o mais rápido possível. Em relação às ações desenvolvidas na prevenção do câncer de mama (CM) é aplicado protocolo estabelecido e utilizado o manual de procedimentos que existe para esta doença. Temos realizado palestras onde explicamos da importância que tem o autoexame de mama como indicador precoce da aparição de algum tipo de lesão ou caroço nas mamas. As atividades têm recebido a aprovação das usuárias do SUS e o trabalho feito pelo pessoal da enfermagem e os médicos são importantíssimos já que são os profissionais mais preparados nesse tema. No caso das mulheres com 50 anos e mais, é indicado na consulta o exame de mamografia como está indicada pelo MS, mas o acesso das usuárias é um pouco difícil, pois demora, mas de três meses em ocasiões para que a usuária consiga fazer o exame indicado, mesmo assim o acesso aos especialistas também fica complicado, pois contamos com poucos especialistas no município e a demanda é muito grande.

Ainda temos que intensificar mais as atividades de promoção, as palestras, incluir elas quando sejam feitas as visitas domiciliares, se for possível nestas últimas realizar o exame de mama por profissionais na sua própria casa, aproveitar cada espaço, pois o câncer não problema do doente, é problema da família que vai ter que apoiá-lo, da comunidade e da sociedade.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013b). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (BRASIL, 2013b). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. (BRASIL, 2013c).

A HAS e a DM são as doenças que mais padecem a população, merecendo uma atenção especial. Além da triagem que é estabelecida para o atendimento na unidade de saúde, na sala de triagem faz-se um acompanhamento prévio do usuário, quando são avaliadas as curvas de pressão e glicêmicas no histórico e prontuário do usuário, recebendo orientações por pessoal qualificado na área. As ações não somente procuram monitorar os parâmetros como aproveitam para fornecer conselhos para mudar seus estilos e hábitos de vida. Na consulta oferecida pelo clínico geral faz-se uma avaliação baseada nos informes feitos no serviço anterior e atual para a atenção integral do usuário. Importante dizer que as normativas e protocolos usados são os que disponibilizam a SEMSA para este tipo de atendimento, o usuário recebe o tratamento que é fornecido pela farmácia em correspondência a suas necessidades e eficácia da medicação.

A avaliação nesse aspecto é positiva, pois se cumprem cada uma das pautas do protocolo de atendimento. As maiores dificuldades são o abandono e as mudanças que os usuários fazem às vezes sem a aprovação do médico, para isso nós adotamos como estratégia que periodicamente e sem aviso seja supervisionado o usuário na sua casa pelo ACS para conhecer realmente a situação. Nosso maior desafio é como diminuir a quantidade de usuários que evoluem para estas doenças, sabendo que se pode prevenir, sendo que a intensificação nas ações de promoção, na vinculação à prática sistemática de exercícios físicos e uma dieta balanceada contribuem para evitar a aparição dessas doenças, claro que nosso papel está focado na prevenção.

A equipe acompanha 156 usuários com hipertensão, para uma estimativa de 703 usuários no CAP, e acompanha 52 usuários com diabetes para uma estimativa de 201 usuários. O acesso aos exames é relativamente bom porém o acesso aos especialistas é mais complicado primeiramente pela falta de especialistas no município como já descrevi no texto anterior, e outra dificuldade que temos é a demanda exagerada de usuários.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento

populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa. (CARVALHO; GARCIA, 2003).

De acordo com (BRASIL, 2006), no Brasil existem atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) no período de 1950 a 2025 o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando em 2025 cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010). A USF acompanha 162 pessoas com 60 anos ou mais, para uma estimativa de 256 pessoas no CAP.

Cabe responsabilidade à ESF intensificar as ações, para conseguir melhorar estes indicadores. Com este objetivo é feito na USF atividades de promoção encaminhadas à população idosa, dentre elas podemos citar: palestras sobre os principais problemas da idade e coisas normais que acontecem como evitar quedas e a importância de não consumir medicamentos sem indicação médica; todas estas ações vêm desenhadas em protocolos disponibilizados pela SEMSA e seu monitoramento é feito em atividades de consulta programática e em visitas domiciliares. Nessas atividades participam familiares deles porque o envelhecimento não é só responsabilidade da ESF, mas também da família.

Em relação à Saúde Bucal, a capacidade instalada para prática clínica é ótima, como a capacidade instalada para ações coletivas. Olhando os dados do CAP, a avaliação que eu fiz da média de procedimentos clínicos por habitante mês na minha UBS em relação a minha capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo MS na realidade acredito que são bons. A atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na minha UBS em minha opinião está um pouco reduzida, acho que a população da nossa área de abrangência é muito ampla e os atendimentos são poucos.

O desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na minha UBS é quase em zero. A razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados está quase na mesma proporção. A atenção à saúde bucal pode ser

melhorada na minha UBS aumentando o número de usuários a ser atendidos diariamente. Priorizando os grupos de risco, começando a fazer atividades de promoção e prevenção na comunidade. As ações de saúde são planejadas e feitas periodicamente. Contam com a presença do médico, enfermeiro, técnico e ACS além da técnica de odontologia que se junta a nós para trabalhar.

O maior desafio que a gente tem pela frente é melhorar ainda mais a qualidade nos atendimentos sem perdê-la nos serviços já oferecidos, contando para isso com o capital humano altamente disposto e comprometido com a saúde do povo brasileiro. A saúde da população é uma conquista que nos obriga a lutar pela manutenção dela, estando cada dia mais dispostos para enfrentar as situações que apareçam no futuro, somente assim vamos possibilitar continuar com serviços de qualidade em correspondência aos de hoje e aos sonhos de amanhã.

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

Ao elaborar a tarefa da semana 02 da Unidade de Ambientação, eu fiz um texto sem uma análise mais aprofundada, assim, descrevi a estrutura da unidade de saúde, a composição da equipe, algumas atividades realizadas no dia a dia, como era o planejamento do trabalho na semana. Após realizar o Relatório de Análise Situacional, é possível notar que, a minha visão foi ampliada, uma vez que hoje consigo enxergar como posso atuar para melhorar os indicadores de saúde e dar à população uma atenção de qualidade. O acesso aos manuais do Ministério da Saúde, ao Caderno de Ações Programáticas, aos questionários disponibilizados e a discussão nos fóruns, tudo isso fez com que eu adquirisse mais conhecimento e pudesse atuar em busca da melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

A situação da UBS desde o início tinha a estratégia de melhorar todos os indicadores e aspectos acima descritos. Quando aconteceu o primeiro contato com a ESF tivemos a possibilidade de avaliar, reconhecer e testar os serviços, não tinha uma realidade tão perto como a de hoje. Com orgulho podemos dizer que temos mudado muito e positivamente os resultados apresentados, isso foi possível graças ao preenchimento do caderno de ações programáticas. Após fazer um análise detalhada dos indicadores da área de abrangência se tornou mais fácil direcionar nosso trabalho para priorizar as debilidades e avaliar quais ações eram precisas para conseguir um maior impacto no trabalho com a população.

Um exemplo de melhoria de indicadores e a diminuição da incidência de usuários diagnosticados com tuberculose nas áreas de maior risco que estava aumentando cada dia e hoje podemos dizer que aqueles que já estão doentes estão cumprindo tratamento adequadamente e a equipe supervisiona todos eles direitinho com a ajuda e orientação do pessoal da vigilância epidemiológica.

O aumento das palestras, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, com os diferentes grupos prioritários, como os que têm doenças crônicas, os idosos, as grávidas, as puérperas com crianças pequenas, os usuários de drogas, álcool, tabagismo tem ajudado muito a melhorar o modo e estilo de vida dessas pessoas e sobre tudo ajudado a todos a aprender a conviver com a doença de base. As atividades desenvolvidas tem tido a aceitação da população e da comunidade, sendo reconhecida e parabenizada a SEMSA que faz o possível para manter um serviço de qualidade na ESF.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM têm grande importância por serem doenças crônicas não transmissíveis que são muito frequentes em nossa população adulta e podem provocar um grande número de complicações, como a insuficiência cardíaca, infarto agudo de miocárdio, insuficiência renal, enfermidade cérebro vascular. Além disso, ao ter um melhor controle dessas doenças, é possível realizar ações que permitam uma adequada avaliação e seguimento dos usuários para manter uma saúde adequada e evitar complicações (BRASIL, 2013b,c).

A USF Elpidio Moreira Sousa localiza-se numa região urbana, com área de abrangência de atendimento de 4000 usuários (SEMSA, 2015). A equipe está composta por médico (clínico geral), enfermeiro, técnico enfermagem, seis ACS, um odontólogo, uma técnica de odontologia e uma auxiliar de serviços gerais. A unidade foi construída no ano 2012, conta só com planta baixa, contamos com uma farmácia, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de curativo, sala de atendimento para medição e triagem, sala de esterilização, almoxarifado, sala da administração, copa, um banheiro para funcionários, sala de espera onde também estão os arquivos e se realiza a regulação e sala de recepção, escovódromo, um consultório médico, um consultório de pré-natal e de coleta para PCCU, sala de medicação, sala de reunião que é usada para aconselhamento aos fumantes e usuários de álcool.

O número de pessoas com DM residentes na área é de 52 pessoas, e o número de pessoas com HAS é de 156 usuários. O grupo de usuários com hipertensão e diabetes que são atendidos na UBS está esquecido na assistência, existindo usuários com mais de dois anos sem fazer exames de rotina, que não são avaliados pelos especialistas correspondentes, que se alimentam totalmente de maneira errada, tanto em qualidade como em quantidade de alimentos, assim como

horários de alimentação. A maioria não conhece as complicações que podem desenvolver, o índice de massa corporal estão acima de 29 em quase todos, não possuem carteira de acompanhamento, nem registro na unidade, nem ficha espelho, enfim, em minha opinião este grupo de usuários está precisando de uma atenção melhor, necessário um atendimento correto.

O foco desta intervenção na comunidade prevê modificar estilos de vida das pessoas com Hipertensão e Diabetes atendidas na UBS, ensinando estas pessoas, como se alimentar de uma maneira mais saudável, que conheçam a importância da prática de exercício físico, diminuir o estresse, assim como outros temas de importância para eles. Desse jeito vamos melhorar a qualidade de vida dos usuários incluídos no estudo, diminuindo a incidência de complicações devido ao descontrole dessas doenças crônicas que eles sofrem. Ademais, propõem-se uma reorganização da assistência que é oferecida na UBS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Elpidio Moreira Sousa, no Município de Rio Branco, no Estado do Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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 solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/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 UBS.

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

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.

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.

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.

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

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.

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 a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Elpidio Moreira Sousa, no Município Rio Branco, no Estado do 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.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

A médica irá monitorar o número de pessoas cadastradas semanalmente, através dos dados da ficha espelho que serão preenchidos durante as consultas clínicas na unidade de saúde e revisando os prontuários individuais, organizando o trabalho por áreas de abrangências.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro e fitas de HGT) na UBS.

Detalhamento:

O cadastro será realizado semanalmente pela médica e enfermeira da UBS, os ACS e técnicos de enfermagem auxiliaram no preenchimento dos dados de identificação e antropometria das fichas espelhos. Às terças-feiras será o dia escolhido no cronograma para atender os usuários com HAS e DM. Toda a equipe irá melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, aqueles que comparecerem na UBS terão a sua consulta agendada de forma facilitada, haverá também espaço na agenda para os casos de demanda espontânea. Para garantir o material e insumos adequados de forma suficientes para a intervenção a enfermeira irá solicitar através de ofício de solicitação para a SEMSA todo o material necessário.

Engajamento Público

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e a DM na 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:

A comunidade será esclarecida através de reuniões mensais sendo fortalecida com os ACS a importância do acompanhamento. A médica e os ACS farão contato com as lideranças locais para apoiarem as ações de promoção de saúde. Serão colhidas sugestões para melhorarmos as ações, toda a equipe ficará responsável pela organização destes encontros. As reuniões acontecerão na sala de reuniões da UBS uma vez ao mês, e serão organizadas palestras nas igrejas e escolas. E as informações serão fornecidas pela médica e enfermeira da UBS.

Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS. Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Os ACS serão capacitados pela médica e pela enfermeira da unidade, na primeira e segunda semana da intervenção. A capacitação vai ser na unidade de saúde nas duas últimas horas do expediente. A médica irá solicitar apoio do NASF para auxiliar na capacitação da equipe.

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

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

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

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

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos 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% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

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

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico

Detalhamento:

A médica vai realizar o exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes e, com ajuda da enfermeira, vai realizar o exame dos pés das pessoas com diabetes, aproveitando o espaço da consulta de cada usuário incluído na intervenção, esta ação será realizada a cada semana. O Monitoramento será através da revisão dos prontuários e fichas espelhos, semanalmente, a médica e a enfermeira serão as responsáveis por esta ação.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão, diabetes e no exame dos pés dos diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés. Organizar a agenda para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das buscas domiciliares. Solicitar a referência e contra referência (realizar a

coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

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 da consulta odontológica das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

A médica e a enfermeira vão definir atribuições de cada membro, na primeira semana da intervenção, na unidade de saúde; será realizado o exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes e o exame dos pés das pessoas diabéticas na consulta cada terça-feira, sendo responsável dessa ação a médica com apoio da enfermeira. Os profissionais serão capacitados na unidade de saúde, de forma organizada, de acordo com os protocolos adotados pela UBS, nas primeiras duas semanas, após o começo da intervenção e vão se estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e, além disso, temos que dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Providenciaremos junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés e organizaremos a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares que serão realizadas na primeira semana anterior à intervenção, bem como, durante toda a intervenção, quando necessário. A referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes e com hipertensão, que necessitem de consulta especializada, vai ser solicitada em cada semana de atendimento e, enquanto dure a intervenção, garantiremos a solicitação dos exames complementares em cada consulta. A equipe, com o apoio do gestor municipal, vai garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecendo

sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Este sistema de alerta será estabelecido na primeira semana da intervenção.

A equipe organizará a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes a cada terça-feira, que é o dia marcado para consulta de portadores de HAS e DM na UBS, e vai ser organizada a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes, também na primeira semana da intervenção. Para fazer esta ação, a médica e a enfermeira reunirão com o odontólogo e com a auxiliar de odontologia, na primeira semana da intervenção.

A equipe tem que realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes, cadastrados na UBS, esta ação será realizada semanalmente, e os responsáveis são a técnica de enfermagem e a enfermeira.

Engajamento Público

Ações:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes. 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.

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

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

Detalhamento:

A comunidade será orientada quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; garantiremos que as pessoas sejam orientadas quanto à necessidade de realização de exames complementares e sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Esta orientação será realizada a cada semana, usando o

espaço da pré-consulta de portadores de HAS e DM; serão organizadas palestras na igreja a cada 15 dias, e também usaremos o espaço das escolas para realizar palestras mensais.

Orientaremos as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. As pessoas serão orientadas pela médica e pela enfermeira a cada semana, usando o espaço da consulta clínica e a pré-consulta com a equipe de enfermagem.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico e exame dos pés apropriado.

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

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

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

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

Detalhamento:

Capacitaremos, semanalmente, a equipe baseando-nos no estudo semanal do manual de atenção de saúde a pessoa com hipertensão e diabetes, fornecido pelo MS no ano 2013. A capacitação será feita pela médica da UBS e também pela enfermeira.

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

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

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento:

Este monitoramento será realizado pela médica e pela enfermeira semanalmente, fazendo a revisão de cada prontuário das pessoas incluídas na intervenção. A revisão será na unidade de saúde, na sala de reuniões. Também se utilizará a ajuda das pessoas que trabalham na recepção para fazer revisão do livro de consultas agendadas e realização das mesmas, dessa forma o controle será muito mais fácil.

Organização e Gestão do Serviço**Ações:**

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Organizaremos as visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares. Esta busca será realizada semanalmente pelos ACS, com prévia capacitação feita pela médica e pela enfermeira da UBS.

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).

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

Detalhamento:

A comunidade será informada a cada duas semanas sobre a importância de realização das consultas, sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). A equipe esclarecerá as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Esta informação será

dada pelos ACS, com prévia orientação da médica e da enfermeira. Os ACS vão atuar na área de abrangência de cada um deles.

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 nas primeiras duas semanas, para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes, sendo que esta capacitação será feita pela médica na UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento:

Este monitoramento será feito pela enfermeira e pela médica, semanalmente na unidade de saúde. Nas quintas-feiras, na sala de reunião da UBS, vamos revisar cada ficha de acompanhamento dos usuários atendidos naquela semana e avaliaremos se todos os dados que precisam estar preenchidos estão incluídos na ficha e com a qualidade exigida. Desta forma, monitoraremos a qualidade dos registros semanalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Manter as informações do e-SUS atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não

realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Os ACS serão responsáveis pelo monitoramento dos registros e organizaremos 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. Estas últimas ações terão como nas quintas-feiras.

Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento:

As pessoas com hipertensão e diabetes, na comunidade serão informados semanalmente pelos ACS, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Todos os ACS atuarão na área de abrangência onde eles são os responsáveis.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.

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

Detalhamento:

A equipe da UBS será capacitada no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta capacitação será feita pela médica e pela enfermeira, na unidade de saúde.

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

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

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

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 médica e a enfermeira monitorarão a cada terça-feira os prontuários e as fichas espelhos dos usuários, buscando verificar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. A revisão será na unidade de saúde.

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:

A enfermeira e a técnica de enfermagem priorizarão cada semana o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes, avaliadas como de alto risco. Será organizada a agenda para o atendimento desta demanda em qualquer dia da semana, caso estes usuários necessitem de atendimento de urgência. No caso do atendimento que não tenha caráter de urgência será priorizada a consulta nas terças-feiras de cada semana, sendo eles os primeiros a serem atendidos. O planejamento será feito na sala de reuniões da unidade de saúde.

Engajamento Público

Ações:

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

Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

A médica e a enfermeira orientarão os usuários e esta ação será realizada nas terças-feiras durante as palestras planejadas pela equipe, o lugar vai ser na unidade de saúde e nas consultas que serão realizadas em outros locais como igrejas, por exemplo.

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:

Capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, nas duas primeiras semanas da intervenção, na unidade de saúde, sendo a médica a responsável. A equipe será capacitada também sobre a importância do registro desta avaliação e serão abordados outros temas, como as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional e atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

A enfermeira e a médica monitorarão, semanalmente, nas terças-feiras de manhã, na pré-consulta de portadores com HAS e DM, a realização de orientação nutricional e sobre a importância de realizar atividade física regular para todas as pessoas com hipertensão e diabetes, que seja atendida. Realizaremos, além disso, a orientação sobre riscos do tabagismo assim como a orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes. Sempre serão realizadas as orientações na consulta, semanalmente, na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista e educador físico nestas atividades.

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

A equipe organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação sobre realização de atividade física uma vez ao mês. A enfermeira, que é a coordenadora da UBS, na segunda semana da intervenção, demandará junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nestas atividades e a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS. O odontólogo organizará, semanalmente, tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público

Ações:

Orientar pessoas com hipertensão, 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.

Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

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

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

Detalhamento:

A médica e a enfermeira orientarão, semanalmente, as pessoas com hipertensão e com diabetes assim como seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Também orientarão sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e de diabetes. A médica orientará semanalmente as pessoas com hipertensão e diabetes, tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. O odontólogo orientará, semanalmente, as pessoas com hipertensão e com diabetes e a seus familiares sobre a importância da higiene bucal. As orientações serão dadas durante a consulta individual, na unidade de saúde, e em outros momentos como palestras, reuniões, etc.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes. Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A médica capacitará a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e sobre a promoção da prática de atividade física regular e específica para pessoas com diabetes e com hipertensão. Esta capacitação será feita na primeira e segunda

semana da intervenção, na unidade de saúde, no salão de reuniões. Além disso, a enfermeira será responsável pela capacitação da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde, na primeira semana da intervenção, esta capacitação também será realizada na unidade de saúde no salão de reuniões. A médica será responsável de capacitar a equipe, na segunda semana da intervenção, para o tratamento de pacientes tabagistas, na unidade de saúde. O odontólogo será responsável pela capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal, na segunda semana da intervenção, também na unidade de saúde, no salão de reuniões.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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 apropriado de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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).

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

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

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.8: Proporção de pessoas hipertensas 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 cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.9: 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 cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos 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.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

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

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com Diabetes residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos 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.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos 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.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional. Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional. Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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 no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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 no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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 no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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 pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus, adotaremos o manual de hipertensão e diabetes do MS, 2013. Serão revisados dados registrados na SEMSA do ano de 2010 a 2015, analisaremos os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2010; para as capacitações, revisaremos os cadernos de atenção básica tanto de hipertensão como diabetes mellitus, assim como os cadernos referentes aos cuidados de pessoas com doenças crônicas. Estas revisões serão feitas pela médica e pela enfermeira toda semana, em horários após atendimento, para ter uma preparação ótima para o melhor desenvolvimento das capacitações.

Com apoio da gerente da unidade, equipe do NASF e representantes da SEMSA, na primeira semana da intervenção, será garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, três (esfigmomanômetro, manguitos, e uma fita métrica) na UBS e para a realização do hemoglicoteste. A secretaria municipal fornecerá 60 unidades de monofilamento 10g para exame dos pés. Utilizaremos a ficha-espelho de hiperdia disponíveis no município e solicitaremos a impressão de 300 fichas.

Estimamos alcançar com a intervenção o atendimento dos 156 hipertensos e 52 diabéticos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de dados disponibilizada pela UFPel.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que os usuários com hipertensão e diabetes comparecerem à consulta para atendimento clínico, será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção. A mesma será completada pela enfermeira com base nos registros existentes nos prontuários dos usuários e no sistema de registro de vacina da UBS.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS, a partir da definição do foco começamos a realizar reuniões semanais para conversarmos sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes que será utilizado durante a intervenção. Estas reuniões de capacitação da equipe ocorrerão, semanalmente, na própria UBS, nas duas horas ao final do expediente, em horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Será preciso o uso de um equipamento de áudio e vídeo, o qual pertence a nossa unidade.

Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e realizará exposição do conteúdo aos outros membros da equipe. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem pelos ACS. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento. Hipertensos e diabéticos que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. Os hipertensos e diabéticos que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos usuários com hipertensão e diabetes não há necessidade de alterar a organização da agenda, estes serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da consulta de acompanhamento aos

portadores de HAS e DM. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a adaptação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Para realizar essas reuniões vamos providenciar 40 cadeiras, 10 cartazes, 10 folders, 40 cadernos, 40 canetas, 10 pacotes de café, 10 pacotes de bolacha, 10 garrafas de água, sendo que este material será usado durante toda a intervenção e, caso haja necessidade, solicitaremos o material que faltar.

Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se dez por semana, totalizando 40 por mês. Esta busca será feita pelo ACS, enfermeira e técnica de enfermagem, e será feita usando o veículo disponibilizado pela secretaria, de acordo com o prévio agendamento. Ao fazermos a busca já agendaremos o usuário hipertenso e/ou diabético para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida, mas por causa de algumas dificuldades umas foram cumpridas parcialmente.

Nos três meses foram atendidos 210 pacientes com hipertensão e 63 pacientes com diabetes mellitus. Como podem apreciar aumentaram os valores, com respeito à quantidade de usuários que tínhamos registrado na unidade de saúde. Agora já foram atendidos todos os usuários hipertensos incluídos no programa e também todos os usuários diabéticos.

Conseguimos fazer o registro de todas estas pessoas hipertensas e diabéticas de nossa área de abrangência, que foram avaliadas durante a intervenção.

Nas duas primeiras semanas foi reunida a equipe e foram realizadas palestras sobre o protocolo de hipertensão e diabetes que é usado no SUS atualmente, conseguindo com isso melhorar os conhecimentos da equipe de saúde, e aumentar a qualidade de atenção aos usuários que portam essas doenças crônicas e pertencem a nossa área de abrangência. A capacitação abordou os protocolos adotados pela UBS. Os ACS foram capacitados pela médica e pela enfermeira da unidade para o cadastramento e atualização da população da área da UBS e a equipe da UBS foi capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Além disso, os ACS preencheram todas as fichas espelho de cada área. Para eles preencherem as fichas foi feito o cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes da área onde eles estão trabalhando.

Nas duas primeiras semanas foi capacitada a equipe e todos aprenderam como realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e aprenderam, além disso, a importância do registro desta avaliação. Assim como as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Além disso, a enfermeira realizou a capacitação da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Todas as capacitações feitas foram muito proveitosas. Aumentou o conhecimento da equipe e com isso melhorou muito a qualidade de atenção aos usuários que são atendidas na unidade.

Melhoramos muito no acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, garantindo o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS e para a realização do hemoglicoteste durante as 13 semanas de trabalho. Em relação ao acolhimento foi preciso fazer capacitação sobre este tema, pois existia muita dificuldade, por desconhecimento da equipe, principalmente, mas hoje quase 100% dessas dificuldades foram resolvidas.

Os ACS fizeram o registro de pessoas com hipertensão e diabetes, cadastradas no Programa que pertencem à comunidade e os que não eram da área de abrangência da UBS Elpidio Moreira Sousa foram orientados a procurar a Unidade de Saúde pertinente a sua comunidade.

Foi impressa a versão atualizada do protocolo na UBS na primeira semana da intervenção e foram definidas as atribuições de cada membro da equipe da UBS, também na primeira semana da intervenção.

A coordenação providenciou junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés e foi organizada a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares desde a primeira semana de trabalho e até agora não tivemos dificuldade. Só no final da semana passada acabou material para fazer teste de glicemia nos usuários e até hoje não está resolvido esta situação, pois de fato a maioria das unidades está com essa situação, mas estamos esperando uma solução por parte da coordenação.

Foi priorizado o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes, avaliadas como de alto risco e foi organizada a agenda para o atendimento desta demanda desde a primeira semana de trabalho até hoje. A dificuldade que

encontramos ao fazer esta organização foi com respeito ao resto da comunidade que procuravam atendimento, pois foi preciso utilizar as terças-feiras de manhã só para atender os usuários com hipertensão e diabetes. Para dar atendimento a todos os usuários sem ficar ninguém afetado fizemos um planejamento melhor do trabalho onde cada grupo de usuários, tipo grávidas e puérperas, crianças, idosos, tivessem um dia só de atendimento para cada um deles, deixando sempre as tardes para livre demanda, e em cada horário, ou seja, de manhã e de tarde sempre deixamos livre um mínimo de três consultas para os usuários que precisarem atendimento de urgência.

Quase todas as terças-feiras foram dias de grupos de hipertensos e diabéticos em nossa unidade, foram realizadas palestras com os usuários hipertensos e diabéticos que estavam agendados para se consultar cada semana. Oferecíamos palestra sobre o tema de importância de nutrição adequada e importância da prática regular de exercícios físicos. Deram-se, além disso, orientações sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e diabetes, e, além disso, foi falado sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e foi feita a orientação sobre higiene bucal por parte do odontólogo, de forma parcial, pois existiram semanas em que o odontólogo esteve viajando para outro estado, fazendo um mestrado.

Registrou-se nos prontuários o peso de cada usuário, a estatura para calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC), foi medida a PA e a Glicemia capilar e foram registrados todos os dados nos prontuários cada semana.

Foram indicados para a totalidade de usuários os exames de rotina e conseguimos avaliar os resultados da maioria, mas ainda uns 27% não fizeram exames por falta de interesse. Outros, por dificuldade de locomoção e/ou por falta de apoio familiar. Dos resultados de exames avaliados na consulta foram tomadas medidas para resolução dos itens alterados e o resultado até hoje tem sido ótimos.

Foi perguntado para cada pessoa sobre o acesso dos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e foram orientadas as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, bem como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

A referência e contra-referência para todas as pessoas atendidas até hoje com diabetes e hipertensão que necessitavam de consulta especializada foi

solicitada. Mesmo assim, até hoje, poucos usuários conseguiram ser atendidos pelos especialistas que precisavam, pois o município infelizmente tem poucos profissionais e muitos usuários. Ainda estão atendendo usuários que estão na fila desde 2013. Por incrível que pareça esta é a situação e não está em nossas mãos resolver.

Foi realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, assim como se valorizou a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.

A médica e a enfermeira monitoraram o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O odontólogo fez monitoramento de todas as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitavam de atendimento odontológico.

E cada semana ao sair da consulta o ACS que estavam encarregados de fazer o acolhimento nesse dia encaminhava todos os usuários para a consulta da odontologia, aonde fizeram o prontuário odontológico dos usuários e fizeram avaliação de cada um deles.

Não foi preciso fazer busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos, pois não tivemos usuários faltando na consulta.

Foi realizada cada quinta-feira o monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

A equipe com o apoio do gestor municipal garantiu agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecíamos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Foram registradas as informações na quinta-feira, esta ação foi cumprida pelos ACS e as pessoas com hipertensão e diabetes. A comunidade foi orientada pelos ACS sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, quando necessário.

Fizemos visitas domiciliares para os usuários acamados e deficientes incluídos na intervenção, fizemos consulta nas igrejas da localidade, nos reunimos com os líderes da comunidade. Conseguimos o apoio de todos eles para continuar avançando na intervenção. Mas esse apoio só foi conseguido verbalmente, pois em verdade não cumpriram com o prometido. Mesmo assim a equipe conseguiu levar a intervenção adiante.

A equipe do NASF demonstrou total sensibilidade e compromisso em apoiar a intervenção, fizemos duas reuniões para discutir os casos mais preocupantes da área de abrangência, em especial os usuários que estão incluídos na intervenção. Após as duas reuniões fizeram visita domiciliar para alguns usuários que precisavam. Na equipe do NASF tem um psicólogo que trabalha no ministério de saúde, o qual aportou muitas ideias de planos, estratégias para resolver as situações que hoje eles vivenciam. A nutricionista falou com as famílias sobre a forma correta de alimentação destes usuários, o fisioterapeuta marcou consulta e avaliou a necessidade de cada um deles. A assistente social orientou sobre o que cada familiar tem que começar a fazer, legalmente, para resolver certas situações.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas, mesmo que algumas foram desenvolvidas parcialmente, mas foi possível desenvolver cada ação planejada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em diversas ocasiões tivemos dificuldade na hora de preencher a planilha de coleta de dados, mas sempre foi por dificuldade na compreensão. Toda vez que tinha dúvidas a tutora nos esclarecia com clareza e conseguimos assim fechar as planilhas e calcular os indicadores sem grande dificuldade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto já estão incorporadas a rotina do serviço e já esta viabilizada a ação programática como rotina, independentemente da finalização do curso, pois os resultados obtidos foram ótimos e para continuar com o excelente controle que temos atualmente dos usuários com Hipertensão e Diabetes é necessário manter todos os cuidados que tivemos durante as 12 semanas da intervenção. Temos planejado fazer revisão exaustiva dos usuários com exames complementares pendentes para dar uma força nas palestras e visitas domiciliares, incluindo a participação da família do usuário, para desta forma cumprir totalmente com esta ação. Temos também revisto nos reunir novamente com os líderes da comunidade quantas vezes que seja necessário até conseguir o apoio real deles na intervenção. A respeito da consulta dos usuários alvo da intervenção com

especialistas temos o plano de levar um relatório para a secretaria de saúde, para garantir a priorização desses usuários na hora de marcar consulta na regulação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes, na área adstrita a UBS Elpídio Moreira Sousa, na cidade de Rio Branco, Acre. Na área adstrita a UBS o número de pessoas acompanhadas com DM era de 52 pessoas, e o número de pessoas com HAS era de 156 usuários, ao final da intervenção a equipe conseguiu atender 210 usuários com hipertensão e 63 usuários com diabetes, ampliando a cobertura de atendimento.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

No primeiro mês a equipe atendeu 66 usuários com hipertensão (31,4%), no segundo mês de intervenção foram atendidos 98 usuários com hipertensão (46,7%) e no mês 3 atendemos 210 hipertensos (100%) da cobertura (Figura 5).

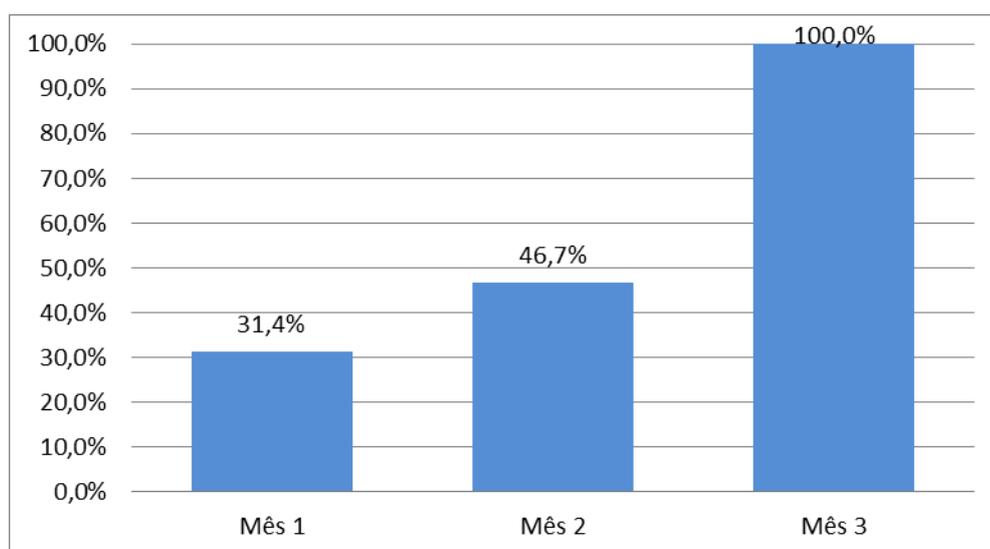


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Elpídio Moreira Sousa.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Para cumprir com a meta foi preciso realizar uma série de ações e toda a equipe participou de cada uma delas. Para começar é importante destacar que o cadastro dos usuários com hipertensão arterial pertencente a nossa unidade foi realizado semanalmente pela médica da unidade, com apoio da enfermeira e técnica de enfermagem que auxiliaram no preenchimento dos dados de identificação e antropometria das fichas espelho. O dia escolhido no cronograma para atender os usuários com HAS foram às terças-feiras. Foi melhorado o acolhimento para estes usuários graças ao treinamento realizado nas primeiras semanas na unidade de saúde, quando toda a equipe participou. As consultas foram agendadas pelos ACS, priorizando sempre aqueles usuários com maior risco e deixando sempre espaço para consultar as demandas espontâneas que aparecerem nesse dia.

A enfermeira garantiu o material adequado para a tomada de pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e nas quintas-feiras a médica realizava sempre a monitorização do número de pessoas cadastradas semanalmente utilizando os dados da ficha espelho que eram preenchidos durante as consultas clínica na unidade de saúde. Também eram utilizados os prontuários dos usuários atendidos na consulta e para fazer o trabalho era realizada toda a revisão por área de abrangência.

Conjuntamente com as ações anteriormente detalhadas a comunidade foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e a DM na UBS e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Foram realizadas múltiplas palestras orientando os usuários que pertencem a nossa UBS sobre os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial e sobre a importância do rastreamento para DM nos adultos com cifras de pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

A comunidade foi esclarecida através de reuniões mensais, sendo fortalecida com os ACS a importância do acompanhamento. A médica e os ACS fizeram contato com as lideranças locais para apoiarem as ações de promoção de saúde, mesmo assim não conseguimos muito apoio das lideranças, mas não desanimamos.

A equipe foi capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Em conclusão foram estas ações que fizeram possível os excelentes resultados obtidos no cadastro dos usuários com HAS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de

Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

No mês 1 foram cadastrados 11 diabéticos (17,5%), no mês 2 foram acompanhados 26 usuários (41,3%) e no final do mês 3 foram 63 diabéticos (100%) (Figura 6).

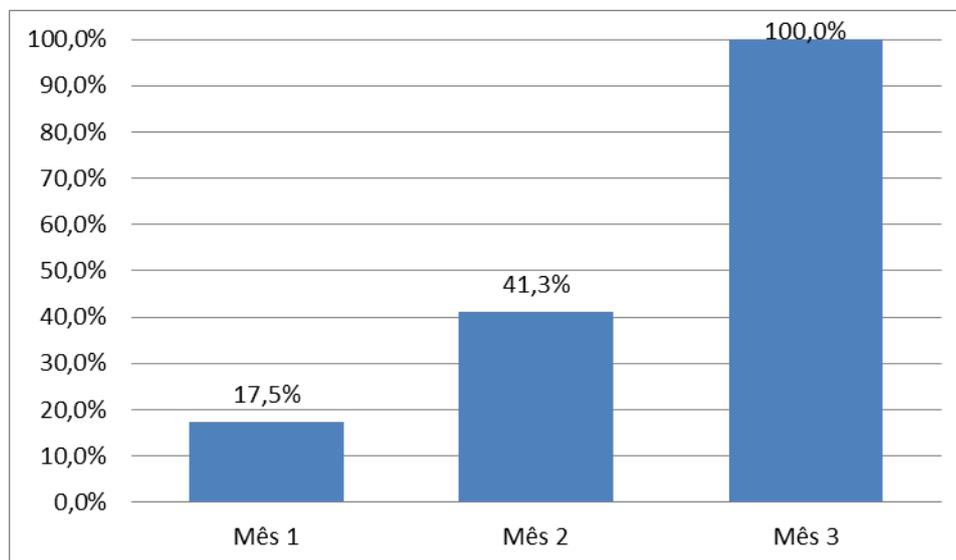


Figura 6: Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da UBS Elpídio Moreira Sousa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

O alcance da meta somente foi possível devido ao empenho de toda a equipe em especial das buscas realizada pelos ACS. Em relação ao cadastro dos usuários com DM, foi realizado semanalmente pela médica da unidade, com apoio da enfermeira e técnica de enfermagem que auxiliaram no preenchimento dos dados de identificação e antropometria das fichas espelho.

O dia escolhido no cronograma para atender os usuários com DM foram às terças-feiras. Foi muito grande a melhoria no processo de acolhimento na unidade e as consultas foram sempre muito bem organizadas, pois os ACS agendavam cada semana os usuários que eram para ser atendidos na semana seguinte, priorizando sempre aqueles usuários com maior risco e deixando sempre espaço para consultar as demandas espontâneas que apareceram nesse dia.

A enfermeira garantiu o material adequado para a medição da glicemia capilar (glicosímetro e fitas de HGT) e nas quintas-feiras a médica realizava sempre a monitorização do número de pessoas cadastradas semanalmente utilizando os dados da ficha espelho que eram preenchidos durante as consultas clínica na unidade de saúde. Também eram utilizados os prontuários dos usuários atendidos

na consulta e para fazer o trabalho organizado era realizada revisão por área de abrangência.

Conjuntamente com as ações anteriormente detalhadas, também a comunidade foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e a DM na UBS. Foram realizadas múltiplas palestras também orientando aos usuários que pertencem a nossa UBS sobre os riscos para o desenvolvimento de diabetes e sobre a importância do rastreamento para DM nos adultos com cifras de pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

A comunidade foi esclarecida através de reuniões mensais sendo fortalecida com os ACS a importância do acompanhamento. A médica e os ACS fizeram contato com as lideranças locais para apoiarem as ações de promoção de saúde, mesmo assim não conseguimos muito apoio das lideranças, mas não foi motivo para desanimar.

A equipe foi capacitada para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

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

No tocante a meta 2.1, tivemos no mês 1, aproximadamente, 66 hipertensos (100%) examinados. No mês 2 foram 98 hipertensos (100%) e no mês 3 finalizamos com 210 usuários (100%).

Em relação à meta 2.2 no mês 1 foram examinados aproximadamente 11 diabéticos (100%), no mês 2 foram 26 diabéticos (100%) e no mês 3 finalizamos com 63 diabéticos (100%).

O alcance das metas durante os 03 meses foi devido à capacitação da equipe e o cuidado de prestar a assistência de forma adequada.

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).

No mês 1 foi realizado o exame dos pés dos 11 diabéticos (100%), atendidos na UBS, no mês 2 foram examinados os pés de 26 diabéticos (100%) e no mês 3 foram examinados os pés dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 03 meses devido ao trabalho realizado desenvolvendo ações que facilitaram obter os resultados acima, entre estas ações vale a pena assinalar que a médica realizou o exame clínico apropriado das pessoas com diabetes semanalmente e com ajuda da enfermeira realizou o exame dos pés das pessoas com diabetes, aproveitando o espaço da consulta de cada usuário incluído na intervenção. O Monitoramento foi feito pela médica através da revisão dos prontuários e fichas espelhos, semanalmente.

Foi providenciado junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés e foi organizada a agenda para as pessoas diabéticas serem acolhidas cada semana, provenientes das buscas domiciliares que foram realizadas na primeira semana anterior à intervenção, bem como durante toda a intervenção. A comunidade foi orientada quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Foi capacitada, semanalmente, a equipe baseando-nos no estudo semanal do manual de atenção de saúde a pessoa com diabetes. A capacitação foi feita pela médica da UBS e também pela enfermeira. O trabalho organizado junto à colaboração dos usuários ajudou muito também.

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

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

Para a meta 2.4, no mês 01 foram realizados os exames complementares dos 66 hipertensos (100%), atendidos na UBS, no mês 2 foram realizados os exames complementares dos 98 hipertensos (100%) e no mês 3 foram realizados os exames dos 210 hipertensos (100%). Em relação às pessoas com diabetes (meta 2.5) foram realizados os exames complementares dos 11 diabéticos (100%) atendidos no mês 01 na UBS, no mês 2 foram realizados os exames complementares dos 26

diabéticos (100%) e no mês 3 foram realizados os exames dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 03 meses, pois se trabalhou intensamente para obter excelentes resultados. É válido destacar que foi feita a solicitação pela médica a cada semana dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos incluídos na intervenção. Sempre foi feita a solicitação nas consultas realizadas nas terças-feiras e foi garantido com o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, e foram estabelecidos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Este sistema de alerta foi estabelecido na primeira

Graças às palestras realizadas cada semana a equipe orientou as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

A equipe completa teve vital participação nas ações, mas a comunidade foi muito receptiva e isso ajudou muito.

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

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

Para a meta 2.6, no mês 01 foi realizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos 66 hipertensos (100%) atendidos na UBS no mês 01, no mês 2 realizou-se a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos 98 hipertensos (100%) e no mês 3 realizou-se a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos 210 hipertensos (100%). No que tange a meta 2.7, relacionada aos usuários com diabetes, tivemos no mês 1 a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos 11 diabéticos (100%) do mês. No mês 2 foi realizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos 26 diabéticos (100%) e no mês 3 a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 03 meses pois, foi monitorizado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia pela medica e enfermeira. Além disso, a equipe realizou controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e foi mantido o registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes, cadastrados na UBS. Esta ação foi realizada

semanalmente, pela enfermeira e técnica de enfermagem. Além disso, foram orientadas as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Foram usados os espaços das palestras cada semana na UBS e também foram realizadas as orientações em igrejas e nas visitas domiciliares realizadas na comunidade periodicamente. Os resultados foram ótimos devido ao trabalho realizado por todos, muito bem organizado.

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.

No que tange aos usuários com HAS, no mês 1 realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 56 hipertensos (84,8%), no mês 2 de 98 hipertensos (100%) e no mês 3 a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos 210 hipertensos (100%) (Figura 7).

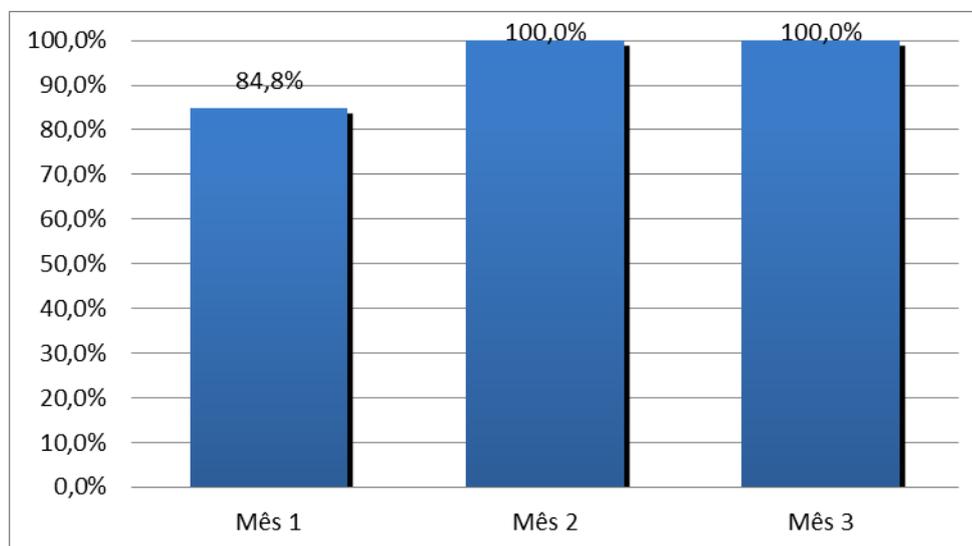


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Se tratando dos usuários com diabetes, na meta 2.9, no mês 1 ocorreu a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos 11 diabéticos (100%) atendidos no mês, no mês 2 a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi dos 26 diabéticos (100%) e no mês 3 a avaliação da necessidade

de atendimento odontológico foi para os 63 diabéticos (100%) acompanhados. Para desenvolver esta meta a equipe organizou ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes a cada terça-feira, que foi o dia marcado para consulta de portadores de HAS e DM na UBS e foi organizada a agenda de saúde bucal, para um melhor atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes. Estas ações de organização foram feitas na primeira semana da intervenção. Para fazer esta ação, a médica e a enfermeira se reuniram com o odontólogo e com a auxiliar de odontologia na primeira semana da intervenção.

Os usuários incluídos na intervenção foram orientados sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, pela médica e pela enfermeira a cada semana, usando o espaço da consulta clínica e a pré-consulta com a equipe de enfermagem.

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.

Durante os três meses de intervenção não tivemos hipertensos e nem usuários com diabetes faltosos às consultas, de modo que não foi necessário a busca ativa de faltosos. Foi possível obter este resultado graças ao intenso trabalho dos ACS na área divulgando a importância da intervenção, assim como a necessidade dos usuários hipertensos e diabéticos em ter um bom controle de sua doença.

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.

No mês 1 foram confeccionadas as fichas dos 66 hipertensos (100%), atendidos na UBS, no mês 2 foram confeccionadas as fichas dos 98 hipertensos (100%) e no mês 3 foram confeccionadas as fichas dos 210 hipertensos (100%). No que tange aos usuários com DM chegamos a 100% ao longo dos 03 meses, com 11,

26 e 63 usuários DM, respectivamente, mês 01, 02 e 03 com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

A meta manteve-se em 100% durante os 3 meses. Para conseguir este resultado foi preciso fazer semanalmente o monitoramento pela enfermeira e pela médica da qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS. Nas quintas-feiras, na sala de reunião da UBS, foi revisada cada ficha de acompanhamento dos usuários atendidos naquela semana e foi avaliado se todos os dados que preenchidos estavam incluídos na ficha e com a qualidade exigida. Mantivemos as informações do e-SUS atualizadas. Implantamos a ficha de acompanhamento. Os ACS foram responsáveis pelo monitoramento dos registros e organizaremos um sistema de registro que viabilizou 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.

As pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade foram informadas semanalmente pelos ACS sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Todos os ACS atuaram na área de abrangência onde eles eram os responsáveis.

A equipe foi capacitada no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.

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.

No mês 1 foi realizada a estratificação do risco cardiovascular dos 66 hipertensos (100%), no mês 2 foi realizado dos 98 hipertensos (100%) e no mês foi realizada a estratificação do risco cardiovascular dos 210 hipertensos (100%). Para a meta 5.2, referente aos usuários com DM, no mês 1 foi realizada a estratificação do risco cardiovascular dos 11 diabéticos (100%), no mês 2 foi dos 26 diabéticos

(100%) e no mês 3 foi realizada a estratificação do risco cardiovascular dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 3 meses. Mas foi necessário fazer uma série de ações onde a equipe trabalhou unida e organizada. Para descrever algumas ações realizadas vale a pena relatar que a médica e a enfermeira fizeram monitoramento semanal dos prontuários e as fichas espelhos dos usuários para verificar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. A revisão sempre foi feita na unidade de saúde. Foi priorizada pela enfermeira e técnica de enfermagem cada semana o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes, avaliadas como de alto risco. Além disso, foi organizada a agenda para o atendimento desta demanda em qualquer dia da semana, caso estes usuários necessitassem de atendimento de urgência. No caso do atendimento que não tinham caráter de urgência foi priorizada a consulta nas terças-feiras de cada semana, sendo eles os primeiros a serem atendidos. O planejamento foi feito na sala de reuniões da unidade de saúde.

Esclarecemos as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) e esta ação foi realizada nas terças-feiras durante as palestras planejadas pela equipe.

Capacitamos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, nas duas primeiras semanas da intervenção, na unidade de saúde, sendo a médica a responsável. A equipe foi capacitada também sobre a importância do registro desta avaliação e foram abordados outros temas, como as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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 a 100% das pessoas com diabetes.

Para a meta 6.1, no mês 1 foi realizada a orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 66 hipertensos (100%) atendidos na UBS, no mês 2 foi realizada a orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 98 hipertensos (100%) e no mês 3 foi realizada a orientação nutricional sobre alimentação saudável

dos 210 hipertensos (100%). Para a meta 6.2 no mês 1 foi realizada a orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 11 diabéticos (100%), atendidos na UBS, no mês 2 foi realizada a orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 26 diabéticos (100%) e no mês foi realizada a orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 03 meses. Entre as ações realizadas é importante destacar que a enfermeira e a médica monitorizaram, semanalmente, nas terças-feiras de manhã, na pré-consulta de portadores com HAS e DM, a realização de orientação nutricional. A equipe organizou práticas coletivas sobre alimentação saudável. A enfermeira, que é a coordenadora da UBS, na segunda semana da intervenção, demandou junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas. A médica e a enfermeira orientaram, semanalmente, as pessoas com hipertensão e com diabetes assim como seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

As orientações foram dadas durante a consulta individual, na unidade de saúde, e em outros momentos como palestras, reuniões, etc.

A médica capacitou a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável. Esta capacitação foi feita na primeira e segunda semana da intervenção, na unidade de saúde, no salão de reuniões. Além disso, a enfermeira foi responsável pela capacitação da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde, na primeira semana da intervenção. Esta capacitação também foi realizada na unidade de saúde na sala de reuniões. Foi preciso a colaboração de toda a equipe para desenvolver estas ações.

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

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

Para a meta 6.3, no mês 1 foi realizada a orientação em relação à prática regular de atividade física dos 66 hipertensos (100%) atendidos na UBS, no mês 2 foi realizada a orientação dos 98 hipertensos (100%) e no mês foi realizada a orientação dos 210 hipertensos (100%). Relacionado à meta 6.4 tivemos a orientação em relação à prática regular de atividade física dos 11 diabéticos (100%)

atendidos na UBS, no mês 2 foi realizada a orientação em relação à prática regular de atividade física dos 26 diabéticos (100%) e no mês foi realizada a orientação em relação à prática regular de atividade física dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 3 meses. Os resultados obtidos obedecem a uma série de ações desenvolvidas no desenvolvimento da intervenção, entre as quais podemos descrever algumas. Para começar, a enfermeira e a médica fizeram, semanalmente, nas terças-feiras de manhã, na pré-consulta de portadores com HAS e DM, a monitorização sobre a importância de realizar atividade física regular para todas as pessoas com hipertensão e diabetes. A equipe organizou práticas coletivas sobre realização de atividade física uma vez ao mês. A enfermeira, na segunda semana da intervenção, demandou junto ao gestor parcerias institucional para envolver educadores físicos nestas atividades. A médica e a enfermeira orientaram, semanalmente, as pessoas com hipertensão e com diabetes assim como seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e de diabetes. As orientações foram dadas durante a consulta individual. A médica capacitou a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular e específica para pessoas com diabetes e com hipertensão. Esta capacitação foi feita na primeira e segunda semana da intervenção, na unidade de saúde.

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.

Em relação à meta 6.5, no mês 1 foi realizada a orientação sobre os riscos do tabagismo dos 66 hipertensos (100%) atendidos na UBS, no mês 2 foi realizada a orientação dos 98 hipertensos (100%) e no mês foi realizada a orientação sobre os riscos do tabagismo dos 210 hipertensos (100%). Para a meta 6.6, relacionada aos usuários com diabetes tivemos no mês 1 realizada a orientação sobre os riscos do tabagismo dos 11 diabéticos (100%), no mês 2 dos 26 diabéticos (100%) e no mês foi realizada a orientação sobre os riscos do tabagismo dos 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 03 meses. Foi preciso fazer semanalmente, nas terças-feiras de manhã, na pré-consulta de portadores com HAS e DM, a monitorização pela médica e enfermeira, a orientação sobre riscos do

tabagismo. Sempre foram realizadas as orientações na consulta, semanalmente, na unidade de saúde. A enfermeira demandou junto ao gestor parcerias institucionais para nos aderir ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS.

A médica orientou semanalmente as pessoas com hipertensão e diabetes, tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Além disso, a enfermeira foi responsável pela capacitação da equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde, na primeira semana da intervenção. Esta capacitação também foi realizada na unidade de saúde na sala de reuniões. A médica foi responsável por capacitar à equipe, na segunda semana da intervenção, para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

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

Finalmente, para as metas 6.7 e 6.8, tivemos no mês 1 realizada a orientação sobre higiene bucal dos 66 hipertensos (100%) e 11 diabéticos (100%), no mês 2 foram orientados 98 hipertensos (100%) e 26 (100%) usuários com diabetes e no mês foi realizada a orientação sobre higiene bucal dos 210 hipertensos (100%) e 63 diabéticos (100%).

A meta manteve-se em 100% durante os 3 meses. O trabalho do odontólogo nesta etapa de intervenção foi intenso e de muita ajuda para a equipe, pois o odontólogo, semanalmente, nas terças-feiras de manhã, na pré-consulta de portadores com HAS e DM, realizou a monitorização e a orientação sobre higiene bucal nas pessoas com hipertensão e diabetes. Além disso, organizou semanalmente, tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, e orientou sobre a importância da higiene bucal as pessoas com hipertensão e com diabetes e a seus familiares. As orientações serão dadas durante a consulta individual e em outros momentos como palestras, reuniões, etc.

O odontólogo foi responsável pela capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal, na segunda semana da intervenção, também na unidade de saúde.

4.2 Discussão

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, dos ACS, do odontólogo e da técnica de odontologia.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos usuários.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento eu penso que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha sendo desenvolvidas no curso com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto.

Agora que estamos no fim do projeto eu percebo que a equipe está integrada. A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns dados. Vamos adequar à ficha dos hipertensos e diabéticos que tínhamos previsto no projeto.

A partir do próximo mês, quando a gerente da UBS voltar das férias será solicitada por escrito à secretaria de saúde do município a incorporação de novos ACS à UBS, necessários para que trabalhem nas micro-áreas descobertas e dessa forma ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal e de puericultura na UBS e oferecer palestras em outras UBS para serem implantadas intervenções similares, para desse jeito melhorarem a qualidade de atenção aos usuários do SUS.

5. Relatório da intervenção para gestores.

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Como é de vosso conhecimento foi realizada uma intervenção para melhorar a saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na USF Elpídio Moreira Sousa.

Na área adstrita à UBS existia um número menor de usuários cadastrados com história de hipertensão e diabetes. A ideia era trabalhar com 150 pessoas com hipertensão arterial e trabalhar com 50 pessoas com história de diabetes, todos pertencentes à UBS Elpídio Moreira Sousa, ao final da intervenção a equipe conseguiu assistir 210 usuários com hipertensão arterial e 63 usuários com diabetes mellitus, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 100%.

Temos que agradecer aos gestores pelo apoio que nos deram para a equipe não ter falta de material e insumos durante a intervenção. A gestão também garantiu que, semanalmente, a farmácia popular fosse abastecida de todos os medicamentos que precisavam esses usuários alvo da intervenção, para assim facilitar o acesso por parte do usuário na obtenção do medicamento. No consultório de odontologia também a gerencia garantiu que cada semana o material que era preciso para trabalhar fosse suficiente para o serviço o profissional ficar ativo no serviço.

A comunidade foi esclarecida sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, suas complicações, prevenções e diversos outros aspectos. Foi realizado o exame clínico apropriado em

todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência e que estavam incluídos na intervenção.

Os profissionais foram capacitados na unidade de saúde, de forma organizada, de acordo com os protocolos adotados pela UBS e foi estabelecido periodicidade para atualização dos profissionais. Além disso, tiveram disponível a versão atualizada do protocolo impressa na UBS e foi a gestão quem garantiu o material que precisava a equipe para fazer todas as impressões.

A referência e contra-referência para pessoas com diabetes e com hipertensão, que necessitavam de consulta especializada foi solicitada em cada semana de atendimento, enquanto durou a intervenção. Também foi garantida a solicitação dos exames complementares em cada consulta e a equipe com o apoio do gestor municipal garantiu agilidade para a realização dos exames complementares, definidos no protocolo. Ficou estabelecido sistema de alerta para os exames complementares preconizados.

Foram realizadas todas as orientações previstas pelo protocolo durante a consulta individual, na Unidade de Saúde e também foi usado o espaço nas igrejas e nas escolas.

O fato de não ter transporte em todas as ocasiões impedi-nos de circular para alguns lugares onde podíamos ter feito palestras sobre os temas em questão assim como atendimento a população alvo. Seria ótimo que a gestão avaliasse a possibilidade de disponibilidade de transporte, ao menos uma vez por semana para fazer atendimento em locais que pertencem a nossa UBS, mas que estão distantes.

Também é preciso pedir apoio à gestão para que sejam priorizadas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos com os especialistas, uma vez que os mesmos devem avaliar estas pessoas ao menos uma vez ao ano. Inclusive, esse foi o indicador mais afetado da intervenção, em geral só foram atendidos 10% dos usuários que foram referidos aos especialistas. Consideramos que com ajuda da gestão esse indicador pode melhorar. Uma grande maioria dos usuários alvo têm obesidade e transtornos no lipidograma, precisando ser avaliado pelo nutricionista e pelo endocrinologista.

Ainda que tenhamos diversos aspectos para ser melhorada a intervenção surtiu efeito positivo desde a sistematização e organização das ações da UBS, até mesmo a interação desse nosso serviço com os demais que pertencem à rede municipal de saúde.

Continuamos trabalhando em nosso serviço, melhorando os pontos que ainda precisam de ajustes. Há outras dificuldades encontradas em nossa intervenção e que necessitam fundamentalmente da gestão para funcionamento ótimo, de modo que estamos à disposição para discutir como continuar melhorando essa ação programática.

Atenciosamente, equipe da USF Elpídio Moreira Sousa

6. Relatório da intervenção para comunidade

Prezada comunidade,

Durante 12 semanas compreendidas entre os meses de setembro a dezembro de 2015, foi realizada uma intervenção educativa para melhorar a saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes modificando os estilos de vida das mesmas, na USF Elpidio Moreira Sousa. Ao final da intervenção a equipe conseguiu assistir 210 usuários com hipertensão arterial, e 63 usuários com diabetes mellitus. Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos aumentar o número de atendimentos de usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF Elpidio Moreira Sousa.

Agradecemos a comunidade que participou das atividades planejadas dentro da unidade e na área. Nessas ações a população foi esclarecida sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Além de participar nas ações planejadas a comunidade também deu a equipe diversas sugestões para a equipe melhorar nas ações, o qual reforçou a relação entre a equipe e comunidade.

A comunidade também foi favorecida pela intervenção, pois melhoramos a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe realizou exame clínico apropriado em todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência e que estavam incluídos na intervenção, assim como garantimos que todos os hipertensos e diabéticos realizassem os exames complementares, de acordo com o protocolo. Por fim, a comunidade foi orientada sobre diversos

aspectos, com destaque para a prevenção das complicações decorrentes da Hipertensão e Diabetes e o controle desses agravos. Observa-se que os familiares e a comunidade geral receberam também informações ligadas ao controle e prevenção da Hipertensão e da Diabetes.

Destacamos a todos da comunidade a participação e importância do dentista nas atividades relacionadas à prevenção e controle das complicações decorrentes da Hipertensão e Diabetes.

A comunidade também deve se alegrar com a melhoria na relação de nossa UBS com os demais serviços de saúde do município, facilitando assim o acesso de cada usuário aos mesmos.

Acreditamos que todos vocês da comunidade ganharam muito conhecimento com o desenvolvimento da intervenção. Mas, durante a intervenção foi preciso diminuir a quantidade de pessoas que eram atendidas na Unidade de Saúde por demanda livre, pois foi preciso priorizar o atendimento do grupo de usuários com Hipertensão e Diabetes. Em compensação, hoje temos um melhor controle dos usuários hipertensos e diabéticos e a demanda deles por consulta não programada diminuiu, pois ao estarem compensados só procuram a UBS uma vez ao mês para só medir a pressão e a glicemia.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, ou seja, vamos continuar cuidando da saúde dos hipertensos e diabéticos, assim como vamos fazer a mesma ação com outros grupos de pessoas na Unidade, como as grávidas, adolescentes, crianças e idosos. A comunidade pode apoiar o serviço para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor, tendo melhor compreensão como a forma que a equipe organiza o atendimento, participando nas atividades educativas que planejamos cada semana para assim aprenderem como melhorar a qualidade de vida de todos. E para que continuemos desempenhando um bom trabalho é necessária a participação efetiva de todos vocês nas atividades promovidas pela UBS, com o intuito, justamente, de envolvê-los na reflexão sobre questões relacionadas à promoção da saúde e bem estar de todos.

Por fim, obrigado por todo apoio dado e seguimos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente, equipe da USF Elpidio Moreira Sousa.

7. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar a intervenção eu recém comecei a trabalhar na unidade. No início eu não tinha experiência em trabalhar em unidade básica de saúde aqui no Brasil. No princípio foi um pouco difícil trabalhar na equipe, pois não conhecia o resto da equipe, nem eles me conheciam, havia muita desunião na unidade e também muita desorganização, pois estavam há muito tempo sem ter médico na UBS. Os usuários do grupo de Hipertensos e Diabéticos estavam à maioria descompensados, sem muito conhecimento sobre sua doença de base, e até era difícil para eles receber atendimento, pois não estavam priorizadas as consultas para este grupo de pessoas.

A intervenção me ajudou a conhecer melhor os protocolos de atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes. Esse conhecimento que ganhei ajudou para que depois eu conseguisse ensinar melhor a equipe a trabalhar com os usuários incluídos na intervenção, melhorou um 100% minha relação com os usuários, com seus familiares, bem como com a equipe.

Atualmente às consultas dos hipertensos e diabéticos estão atualizadas, cada pessoa tem um melhor controle da doença crônica que sofre e tem mais confiança para me procurar sempre que precisam. Melhorou o conhecimento dos ACS sobre a hipertensão e diabetes e também estão mais organizados no trabalho. As relações entre a equipe e a gerência também estão muito mais fortes.

Sendo estrangeira admito que o trabalho realizado me aproximou mais da minha comunidade, aprendi mais da cultura brasileira, da vida familiar dos usuários de minha comunidade e graças a isso sou capaz de resolver de forma mais fácil a maioria das situações de saúde de cada pessoa. Também ganhei a confiança de minha população e hoje estou trabalhando com os idosos e as crianças para conseguir resultados iguais ou melhores, sinceramente foi uma experiência

maravilhosa. Só posso dizer que aprendi a amar meus pacientes e cada dia fico mais próxima de cada um deles.

Referências

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 124p.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 160 p.

_____. _____. _____. _____. **Rastreamento**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. 95p.

_____. _____. _____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

CARVALHO, J.A.M, GARCIA, R.A. O Envelhecimento da população Brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. 2003.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure. **The JNC 7 report**. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p. Disponível em:
<<http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206.long>> Acesso em: 10 fev. 2016

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Aba Dados da UBS

D10	
4	<p>Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)</p> <p>→ Considere o total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS, independentemente se frequentam o Programa de atenção à hipertensão na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, não sendo lá ACATIF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, prioridade sua atualização.</p>
5	<p>Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)</p> <p>→ Considere o total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS, independentemente se frequentam o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, não sendo lá ACATIF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, prioridade sua atualização.</p>
9	<p>Pessoas com hipertensão Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>Pessoas com diabetes Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>→ Observações: Considere as pessoas que tem APENAS hipertensão e não residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa na UBS. Você pode obter este dado consultando o Índice de pessoas com hipertensão (Índice espelho 1) e o Índice de pessoas com diabetes (Índice espelho 2).</p>
19	<p>*Estimativa no território</p> <p>População total</p> <p>→ Digite a população total desta cidade de acordo com sua realidade; e os coeficientes serão calculados automaticamente. Utilize estes valores se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.</p>
23	<p>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM HIPERTENSÃO (22,7%) (VIGITEL, 2011)</p> <p>→ Este valor é o número total estimado de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar um número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.</p>
24	<p>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM DIABETES (5,6%) (VIGITEL, 2011)</p> <p>→ Este valor é o número total estimado de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este valor como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.</p>

Aba Mês 1, ou 2, ou 3

J6																			
Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1																			
2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Nome do usuário</th> <th>Idade do usuário</th> <th>O usuário tem hipertensão?</th> <th>O usuário tem diabetes?</th> <th>O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?</th> <th>O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?</th> <th>O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?</th> <th>O usuário recebeu medicamento prescritos pelo Profissional? Pílulas?</th> <th>Todo os medicamentos prescritos pelo Profissional? Pílulas?</th> <th>O usuário foi avaliado quanto à ocorrência de complicações?</th> <th>Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?</th> <th>Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?</th> <th>Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?</th> <th>O usuário recebeu orientação sobre riscos de hipertensão?</th> <th>O usuário recebeu orientação sobre riscos de diabetes?</th> <th>O usuário recebeu orientação sobre riscos de hipertensão?</th> <th>O usuário recebeu orientação sobre riscos de diabetes?</th> </tr> </thead> </table>	Indicador	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário recebeu medicamento prescritos pelo Profissional? Pílulas?	Todo os medicamentos prescritos pelo Profissional? Pílulas?	O usuário foi avaliado quanto à ocorrência de complicações?	Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?	Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?	Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de hipertensão?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de diabetes?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de hipertensão?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de diabetes?
Indicador	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário recebeu medicamento prescritos pelo Profissional? Pílulas?	Todo os medicamentos prescritos pelo Profissional? Pílulas?	O usuário foi avaliado quanto à ocorrência de complicações?	Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?	Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?	Faltou ao atendimento de acordo com o protocolo?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de hipertensão?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de diabetes?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de hipertensão?	O usuário recebeu orientação sobre riscos de diabetes?		
3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome</th> <th>Ensaio</th> <th>0 - Não</th> </tr> </thead> </table>	Nome	Ensaio	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
Nome	Ensaio	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não		
4	1																		
5	2																		
6	3																		
7	4																		
8	5																		
9	6																		
10	7																		
11	8																		
12	9																		
13	10																		
14	11																		
15	12																		
16	13																		
17	14																		
18	15																		
19	16																		
20	17																		
21	18																		
22	19																		
23	20																		
24	21																		
25	22																		
26	23																		
27	24																		
28	25																		
29	26																		

Aba Indicadores

U16		=Mês 3\1H706		
INDICADORES HIPERTENSÃO E/OU DIABETES				
3	<p>1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde</p> <p>Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>0 0 0</p>	<p>Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde</p> <p>0,0% 0,0% 0,0%</p> <p>N6x1 N6x2 N6x3</p>	<p>1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde</p> <p>Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>0 0 0</p>	<p>Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde</p> <p>0,0% 0,0% 0,0%</p> <p>N6x1 N6x2 N6x3</p>
10	<p>2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</p> <p>Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>0 0 0</p>	<p>Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</p> <p>0,0% 0,0% 0,0%</p> <p>N6x1 N6x2 N6x3</p>	<p>2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</p> <p>Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>0 0 0</p>	<p>Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</p> <p>0,0% 0,0% 0,0%</p> <p>N6x1 N6x2 N6x3</p>
14	<p>Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia</p> <p>Mês 1 Mês 2 Mês 3</p> <p>0 0 0</p>	<p>Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia</p>		

