

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes mellitus na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro/AM**

Antonio Miguel Corona Alvarez

Pelotas, 2016

Antonio Miguel Corona Alvarez

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro/AM

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

Orientadora: Fernanda de Oliveira Meller

Pelotas, 2016

A473m Álvarez, Antonio Miguel Corona

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro/AM / Antonio Miguel Corona Álvarez; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

88 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. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, acreditando que o futuro será melhor do que o presente.

Agradecimentos

A toda a equipe de saúde da unidade, pela paciência e pelo trabalho realizado. Também aos gestores municipais.

A minha família pelo apoio que sempre me oferece, apesar da distância.

A meus orientadores Ângela, Adailton e Fernanda, pelo suporte no tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivas.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigado.

Resumo

ALVAREZ, Antonio Miguel Corona. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro/AM.** 2016. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus representam um grande desafio à Saúde Pública. Estima-se que um em cada três adultos (com 25 anos ou mais) tem hipertensão arterial e um em cada dez adultos tem Diabetes Mellitus, estas doenças são muito frequentes no mundo e no Brasil, e quando não são bem tratadas podem ocasionar complicações e até a morte do portador. Ambas as doenças são, por sua vez, fatores de risco para doenças cardiovasculares. Diante disso, o objetivo geral deste trabalho foi melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde Joana Carvalho de Souza, em Careiro, Amazonas. Com base nas recomendações do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica número 36 "Diabetes Mellitus" e número 37 "Hipertensão Arterial" do ano de 2013), toda a equipe da unidade foi envolvida em um projeto de intervenção nessa ação programática, com duração de 12 semanas. Neste tempo a equipe focou em objetivos específicos (ampliar cobertura, melhorar a adesão, a qualidade do atendimento, a qualidade dos registros, mapear hipertensos e diabéticos de risco e promover a saúde), buscando alcançá-los através de metas e ações pré-estabelecidas, nos eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados foram várias mudanças na rotina do serviço com a implementação do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético da Unidade de Saúde. A maioria das metas foi alcançada. Apesar das limitações, a intervenção promoveu uma melhora substancial tanto na cobertura quanto na qualidade de atendimento ao hipertenso e diabético. A cobertura foi ampliada para 94,5% dos hipertensos (103 usuários) e 92,1% dos diabéticos (35 usuários). A maioria das ações para melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi realizada. A realização do exame clínico apropriado, a prescrição de medicamentos da farmácia popular, a busca ativa dos usuários faltosos, o registro adequado na ficha de acompanhamento e a estratificação de risco cardiovascular foram realizadas em 100%. As orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal foi realizada em 100% de hipertensos e diabéticos. Os exames complementares de acordo com o protocolo foram realizados em 73 usuários hipertensos (70,9%) e 25 usuários diabéticos (71,4%). A avaliação odontológica, em 43 hipertensos (41,7%) e 14 diabéticos (40%). Com a intervenção houve melhoria da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. A maioria das ações previstas já foi incorporada à rotina da unidade.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico de cobertura de hipertensos cadastrados.60
- Figura 2 Gráfico de cobertura de diabéticos cadastrados.61
- Figura 3 Gráfico de proporção de hipertensos com complementares em dia de acordo com o protocolo. 62
- Figura 4 Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.63
- Figura 5 Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.65
- Figura 6 Gráfico de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TTG	Teste de Tolerância à Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	82
Anexos	83

Apresentação

O trabalho refere-se a uma intervenção realizada no período de 12 semanas na Unidade de Saúde Joana Carvalho de Souza, no município do Careiro, estado do Amazonas, cujo objetivo geral foi melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM).

O volume está constituído de sete seções, iniciando-se pela análise situacional, com a apresentação do município, a descrição da unidade e uma análise da situação da população da área de abrangência em relação à atenção à saúde.

Na segunda parte, segue a descrição da análise estratégica com a apresentação dos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório da intervenção na terceira parte discorre sobre as ações que foram ou não realizadas segundo o projeto, as dificuldades encontradas para realizá-las e teve ainda uma avaliação da possibilidade de incorporação das ações previstas à rotina da unidade.

Na quarta parte está a avaliação da intervenção, com a análise e a discussão de seus resultados, incluindo gráficos.

Na quinta e sexta seções está apresentado o relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores.

Na sétima seção, encontra-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, são apresentadas bibliografia, apêndices e anexos que deram suporte a este trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalho fica no estado do Amazonas, município do Careiro, está localizada em área rural, com uma população adstrita de 985 usuários, constituindo 217 famílias. Conta com uma equipe de trabalho composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A unidade tem boa estrutura, possuindo uma recepção, sala de espera para os usuários, uma sala para vacinar e fazer curativos, uma sala para consultas de enfermagem, uma farmácia, uma sala para fazer triagem, e duas para consultas médicas, além de cozinha e banheiros, todos com muito boa amplitude, iluminação e ventilação.

O trabalho é organizado, realizando acolhimento por toda a equipe de saúde tanto da demanda espontânea quanto á demanda programada, oferecendo uma atenção de qualidade. Durante o acolhimento da demanda espontânea a equipe realiza avaliação de risco biológico e vulnerabilidade social para determinar se o usuário tem necessidade de atendimento no dia ou atendimento prioritário. Além disso, temos um cronograma para o atendimento das grávidas, crianças, idosos e para as mulheres que precisam fazer exame preventivo do colo do útero. Na quinta-feira de tarde fazemos visita domiciliar para as pessoas mais velhas (idosos) que não podem ir à unidade, as visitas são feitas em conjunto pela enfermeira, ACS e médico para fazer uma boa avaliação do usuário.

O horário de funcionamento da UBS é das 7 às 12 horas pela manhã e das 14 às 17 horas pela tarde, todos os dias de segunda a quinta-feira. Na sexta-feira temos 8 horas para fazer a especialização.

Também fazemos palestras para adolescentes sobre temas importantes e de interesse para este grupo de risco, como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Para as mulheres em idade de maior prevalência de algumas doenças temos feito palestra sobre os fatores de risco de sofrer câncer de mama e útero. Para os idosos fazemos palestras sobre as principais doenças crônicas que os afetam como HAS e DM, a fim de mudar hábitos e estilos de vida, aumentando a qualidade de vida da população e colocando em prática princípios básicos da medicina, como a promoção e prevenção da saúde.

A unidade dispõe de redes de atendimentos. Quando nós não conseguimos resolver na unidade, encaminhamos para o serviço especializado, como Hospital Geral ou Hospital Maternidade.

Na farmácia da unidade temos um quadro básico de medicamentos financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando o tratamento para os usuários que tem doenças crônicas e que não possuem renda suficiente para adquiri-los em outra farmácia. Além disso, contamos com uma farmácia central onde os usuários podem adquirir a medicação, caso tenha acabado na farmácia da unidade.

A secretaria de saúde de nosso município organiza palestras sobre diferentes doenças que afetam a população, por exemplo, Dengue, Malária, Hepatites, Leishmanioses, Hanseníase e Leptospirose, nas quais eu participei, já que elevam nosso nível profissional e nos ajuda a conhecer os protocolos de atendimento mais atualizados em nossa região, depois eu transito toda essa informação para o pessoal de enfermagem e ACS da unidade onde eu trabalho.

A relação profissional e humana com a população é muito boa, já que os usuários falam na sala de espera que gostam do atendimento médico e demonstram para nós sua gratificação.

Estou muito feliz de trabalhar nessa unidade de saúde, tenho uma ótima relação com meus colegas, desde minha chegada fui muito bem acolhido e apoiado por todos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município do Careiro está situado, aproximadamente, a 120 km de Manaus, capital do estado do Amazonas. Tem uma população de aproximadamente 35000 habitantes que mora tanto em área urbana quanto rural (incluindo um Distrito Indígena). O município tem 12 UBS com Estratégica Saúde da Família (ESF) no seu território, mas nem todas as UBS oferecem todos os serviços de saúde. Temos disponíveis duas equipes de Núcleo de atenção à saúde da família (NASF) para todo o município as quais realizam visitas planejadas à UBS. Contamos com um pequeno hospital que está situado na cidade principal do município e não possui atenção especializada. A única atenção especializada que temos em nosso município é oferecida pelo ginecologista que trabalha em uma UBS situada na cidade principal. Temos um laboratório clínico para realizar os exames complementares básicos e um Centro de Atenção à Pessoa Idosa. Nosso município não tem disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

A UBS Joana Carvalho de Souza está situada na zona rural com uma área de abrangência muito extensa, com uma população de 985 habitantes, incluindo população ribeirinha de difícil acesso, está vinculada ao SUS e trabalhamos aplicando a Estratégia de Saúde Familiar. Na nossa UBS contamos com uma equipe básica de saúde que está composta por médico clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, recepcionista e seis ACS. Além disso, contamos com o apoio da equipe do NASF nas áreas de nutrição, reabilitação e saúde mental uma vez por semana. Na nossa UBS não contamos com serviço de odontologia e a mesma também não está vinculada às instituições de ensino.

A construção da UBS é de alvenaria e tem janelas em todas as salas para possibilitar a circulação de ar, mas as janelas não estão protegidas por telas mosquiteira, constituindo uma deficiência que deve ser resolvida já que nossa área é endêmica de doenças infecciosas como a malária e a dengue. A Secretaria de Saúde foi informada desta deficiência e ainda não tem oferecido resposta. Dentro da UBS não temos barreiras arquitetônicas importantes, mas o acesso à UBS é, às vezes, difícil. O caminho para acessar à UBS não está asfaltado e em dias de chuva fica barrento, podendo ser causa de acidentes de carro e de queda de pessoas idosas. A prefeitura tem planejado asfaltar a estrada no próximo ano.

O processo de territorialização, mapeamento da área de abrangência, cadastro populacional, identificação de famílias com risco, assim como trabalhar no cumprimento dos programas de saúde são atribuições dos profissionais da nossa UBS.

Nossa área de abrangência é muito ampla e de difícil acesso, situada em área rural e com várias comunidades ribeirinhas, precisando-se de transporte tanto terrestre quanto fluvial para chegar até essas comunidades (inclusive quando fazemos multidão). O transporte para realizar as atividades é, geralmente, deficiente. Devido a esta situação nem sempre podemos visitar as comunidades que estão longe da UBS nem oferecer um bom atendimento domiciliar a usuários que precisam deste tipo de atendimento. Isso também acontece quando planejamos fazer busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória.

Devido às características de nossa área de abrangência e aos problemas de transporte para visitar essas comunidades, não temos podido realizar 100% das ações programáticas, por isso vários indicadores de saúde não tem sido cumpridos totalmente. Temos que lembrar que a população de nossa área de abrangência tem baixos recursos econômicos e isso é um fator importante já que nem sempre podem pagar transporte de suas comunidades até à UBS para receber atendimento médico.

A equipe de saúde da nossa UBS possui cadastrada uma população de 985 habitantes em nossa área de abrangência, predominando o sexo feminino (520 mulheres) o qual representa 53% do total da população, os homens representam 47% da população (465 homens). Temos em nossa área 11 gestantes e 18 crianças menores de um ano. Segundo as diferentes faixas etárias temos os seguintes dados populacionais: Lactantes (18); de 1-4 anos (47); de 5-9 anos (118); de 10-14 anos (96); de 15-19 anos (115); de 20-24 anos (81); de 25-29 anos (82); de 30-39 anos (145); de 40-49 anos (126); de 50-59 anos (89); de 60 ou mais (68).

Tendo em vista estes dados populacionais podemos considerar que nossa área tem uma população majoritariamente jovem. Achamos suficiente uma equipe básica de saúde para oferecer atenção à população da área adstrita já que não é uma população muito grande, apesar de ser uma área muito extensa geograficamente.

Nossa UBS realiza atendimento todos os dias em dois turnos de trabalho. Realizamos o acolhimento diário na área que está frente à recepção, na maioria das vezes participa o médico, a enfermeira, técnico de enfermagem, os ACS e a

receptionista. Outras vezes é feito só pela enfermeira, técnico de enfermagem e a receptionista. Realiza-se de forma coletiva e depois realizamos acolhimento diferenciado para determinar riscos biológicos e vulnerabilidade social, dando prioridade de atendimento aos casos que precisem atendimento imediato. Muitas vezes a equipe de saúde tem que lidar com o excesso de demanda espontânea, mas mesmo tendo excedido nossa capacidade, sempre prestamos atendimento para todos os usuários. A maioria dos usuários que chegam à nossa UBS para receber atendimento com problemas de saúde aguda são crianças com quadros de infecções respiratórias agudas, diarreias agudas e parasitose intestinal.

A saúde da criança é uma das ações programáticas que realizamos em nossa UBS. Nossa equipe de trabalho realiza as puericulturas das crianças de 0- 72 meses de idade segundo o protocolo do Ministério de Saúde. Nesta faixa temos cadastrados 113 crianças de uma estimativa de 111 crianças. No cuidado das crianças na puericultura são desenvolvidas varias ações que incluem: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde mental e orientações para prevenção de acidentes. Além disso, a equipe básica procura sempre identificar crianças de alto risco para oferecer acompanhamento correto, assim como realizar as atividades educativas para envolver as famílias e a população em geral sobre o cuidado das crianças. Temos um registro para atendimentos de puericultura (especificamente para os lactantes); desta maneira podemos saber quais crianças têm suas consultas atrasadas em relação ao cronograma das puericulturas.

Nossa equipe de saúde possui 18 crianças menores de um ano cadastradas, sendo que a estimativa é de 21 crianças para nossa população (85,7%), delas 14 crianças têm recebido consultas em dia de acordo com protocolo do Ministério da Saúde (78%), todas estão com as vacinas em dia, em todas foi realizado o teste do pezinho nos primeiros sete dias de nascido e não temos tido grandes problemas com o aleitamento materno exclusivo. Este representa uma cobertura de 100% e um atendimento de qualidade de 78%. Em todas as consultas de puericulturas é realizado monitoramento do crescimento e do desenvolvimento da criança e realizamos agendamento da próxima consulta.

Outra ação programática que realizamos na UBS é a atenção á saúde da mulher. Dentre destas ações temos que fazer, primeiramente, uma análise sobre os indicadores e as ações desenvolvida na nossa UBS na atenção ao pré-natal e puerpério.

A equipe de saúde da nossa UBS tem cadastrada 11 gestantes, estando adequada, tendo em vista uma estimativa de 9 gestantes para a área adstrita. O total das gestantes éacompanhado na UBS segundo o protocolo do Ministério de Saúde. Do total das gestantes, 10 delas foram captadas no primeiro trimestre (captação precoce), o que representa 91% das gestantes acompanhadas na UBS. Além disso, a 10 delas foram solicitados os exames laboratoriais preconizados na primeira consulta. Das 11 gestantes, oito delas (73%) têm as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde. Todas as gestantes estão vacinadas, com prescrição de suplemento de sulfato ferroso conforme protocolo e têm recebido orientação para aleitamento materno, sobre os cuidados do recém-nascido e sobre os riscos do tabagismo e do uso de drogas na gravidez. Na primeira consulta nossa equipe de saúde realiza a avaliação para detectar possíveis riscos na gravidez. Mesmo não contando com serviço de odontologia na nossa UBS, 64% das gestantes (7gestantes) tem sido avaliadas pelo dentista da UBS mais próxima da nossa UBS. Os atendimentos odontológicos são registrados pelo dentista na caderneta da gestante para serem do conhecimento do médico que realiza o pré-natal.

Por enquanto não temos puérperas em nossa área de abrangência, mas, nos últimos 12 meses fizeram consulta de puerpério 18 mulheres e receberam orientações sobre os cuidados do recém-nascido, sobre aleitamento materno e sobre planejamento familiar. O acompanhamento das puérperas foi realizado até 42 dias de pós-parto e nenhuma precisou de avaliação quanto intercorrência.

Tanto para o acompanhamento das gestantes e das puérperas quanto das crianças das comunidades afastadas, foi necessário contar com a ajuda dos ACS dessas comunidades.

O controle do câncer de colo de útero e de câncer mama está compreendido nas ações programáticas para a saúde da mulher. Ambos os tumores são frequentes e constituem causa de morbidade e mortalidade na mulher.

Segundo o cadastro realizado pela equipe de saúde de nossa UBS, temos 71 mulheres na faixa etária de 50 até 69 anos, sendo a estimativa de 50 mulheres.

Temos realizado ações para o controle do câncer de mama adotando o protocolo do Ministério da Saúde a essa faixa etária, mesmo que estas ações possam ser aplicadas para outras faixas etárias. Toda mulher, especificamente nesta faixa etária, deve receber avaliação de risco para câncer de mama. Por isso no cotidiano da nossa UBS fazemos esta avaliação e oferecemos orientações sobre prevenção do câncer de mama. Além do exame clínico das mamas e da solicitação de mamografia para o rastreamento do câncer de mama, também realizamos ações de estímulo à prática regular de atividade física e ações que orientam os malefícios do consumo excessivo do álcool. Na nossa UBS realiza-se rastreamento do câncer de mama tanto oportunístico quanto organizado. Tendo em vista as características geográficas e a distribuição da população na nossa área adstrita, temos que ofertar ambos os tipos de rastreamentos para aproveitar quando as mulheres vão à UBS procurando outro tipo de atendimento. Um aspecto muito importante na consulta é orientar a mulher para a realização do autoexame de mamas e para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. Apesar do nosso esforço, só 38% (27 mulheres) tem a mamografia em dia, enquanto 62% (44 mulheres) tem atraso com mais de três meses na realização da mamografia.

Em relação ao controle do câncer de útero temos realizado ações, de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde, destinadas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. Em nossa UBS realizamos rastreamento tanto oportunístico quanto organizado. A coleta de exame citopatológico é realizada todos os dias e em todos os turnos. Além do exame citopatológico, a equipe de saúde realiza atividades educativas com grupos de mulheres. Nestas atividades as mulheres são informadas sobre os fatores de risco do câncer de colo de útero, fazendo ênfases sobre os malefícios do tabagismo e sobre a importância do uso de preservativos em todas as relações sexuais para evitar doenças sexualmente transmissíveis, especificamente a infecção pelo vírus HPV.

A equipe de saúde da nossa UBS tem cadastradas 245 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, sendo a estimativa de 210 mulheres para esta faixa etária. Delas, 159 mulheres (65%) têm o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e têm recebido avaliação de risco para câncer de colo de útero, enquanto 86 mulheres (35%) têm atraso no exame com mais de seis meses. As características geográficas de nossa área adstrita e a ausência de transporte para visitar as

comunidades afastadas impedem a realização de maior quantidade de exames citopatológico de colo de útero.

Na nossa UBS a atenção a pessoas com doenças crônicas, especificamente HAS e DM, está estruturada de forma programada, adotando o protocolo do Ministério da Saúde e é oferecida todos os dias em todos os turnos. O aferimento da pressão arterial a todo usuário adulto que procura nosso serviço tem se convertido no cotidiano para nossa equipe de saúde. Na consulta dos usuários diabéticos e hipertensos são avaliados os fatores de risco que apresenta cada usuário de forma individual e oferecemos orientações para eliminá-los. Segundo o caderno de ações programáticas (CAP), 56% dos usuários hipertensos e 63% dos diabéticos da nossa área de abrangência, têm recebido, ao menos, uma avaliação médica, incluindo a estratificação do risco cardiovascular.

Nossa equipe de saúde realiza atividades de educação em saúde, tanto no ambiente da UBS quanto em outros ambientes (quando visitamos as comunidades que estão afastadas da UBS), focando as palestras nos fatores de risco da hipertensão arterial e da diabetes, já que ambas as doenças têm fatores de risco em comum. As orientações para as mudanças dos estilos de vida nestes usuários constitui um elemento importante nas atividades educativas.

Nossa equipe de saúde possui, segundo estimativa do CAP, 109 usuários hipertensos (18% da população maior de 20 anos) e 38 diabéticos (6% da população maior de 20 anos) na nossa área de abrangência. Dos 109 hipertensos de nossa área de abrangência temos cadastrados 61 deles (56%), e dos 38 diabéticos temos cadastrados 24 (63%). Mesmo que a avaliação bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como da população em geral, continua sendo uma deficiência na nossa UBS, temos avançado nesse aspecto, já existe coordenação com outra UBS que conta com serviço de saúde bucal para receber aos pacientes encaminhados que necessitem tratamento odontológico, incluindo a necessidade protética.

Em relação à saúde da pessoa idosa, nossa equipe de saúde possui, segundo estimativa do CAP, 68 pessoas com 60 ou mais anos cadastradas, o qual representa 7% do total da população em nossa área de abrangência. As ações de atenção à saúde da pessoa idosa estão estruturadas de forma programática. O total dos idosos é acompanhado em nossa UBS, mas é muito difícil ter todos os idosos com acompanhamento no dia. Muitos deles moram em áreas afastadas, outros não vão no dia da consulta agendada. Por isso só 46 idosos (68%) têm

acompanhamento em dia, e 22 idosos (32%) têm atrasado suas consultas. Muitas vezes temos que aproveitar as visitas às comunidades distantes para oferecer atendimento aos idosos e fazer as atividades de grupo com eles (o qual permite descobrir vulnerabilidade). Mas, estas visitas não tem uma sistematicidade adequada, já que tínhamos planejado realizar duas visitas por mês e, às vezes, só conseguimos realizar uma visita por mês.

Do total das pessoas com 60 anos ou mais, 48 delas são hipertensas (70%) e 27 são diabéticas (40%). Vários usuários idosos estão acometidos por ambas as doenças. Todos os idosos na nossa área de abrangência têm recebido, ao menos, uma consulta, na qual temos oferecido orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para realizar atividade física e algumas orientações sobre saúde bucal (e onde procurar este serviço), mesmo que não exista serviço de odontologia na nossa UBS.

Tanto na consulta quanto nas visitas domiciliares, temos aproveitado o momento para fazer, de forma rápida, a avaliação global dos idosos, fazendo ênfase na avaliação da funcionalidade do usuário.

Depois de ter feito o relatório sobre as diferentes ações programáticas que nossa equipe de saúde realiza em nossa UBS, temos avaliado o resultado de nosso trabalho nos últimos meses. Não é um segredo que a saúde da população de nossa área de abrangência tem melhorado com a presença do médico no tempo completo na UBS (anteriormente o médico oferecia consultas esporádicas nessa área), apesar do esforço dos outros integrantes da equipe de saúde. Mesmo que se tenha melhorado os indicadores de saúde na nossa área de abrangência, ainda temos grandes desafios daqui para frente. Não é uma tarefa fácil oferecer atendimento para uma população espalhada por uma área tão extensa como nossa área de abrangência. Não contar com transporte disponível para levar a atenção médica, de maneira sistemática, até as comunidades mais afastadas, constitui uma deficiência em nossa UBS e um grande desafio que devemos resolver. Só dessa maneira poderemos melhorar os indicadores de saúde nos próximos meses (exemplo: o rastreamento do câncer de colo de útero). Não podemos esquecer que a população de nossa área de abrangência não conta com recursos econômicos suficientes para gastos com transporte, o qual dificulta, ainda mais, sua assistência às consultas à UBS.

Outra deficiência que ainda não tem sido resolvida na nossa UBS é a ausência do serviço de odontologia. Não contamos com dados específicos sobre a saúde bucal da população da nossa área. As gestantes, as pessoas idosas e a população em geral, têm que trasladar até outra UBS (na principal cidade do município) para receber atendimento odontológico.

Como último aspecto, comparando a situação da ESF/APS, dos meses anteriores com o período atual em nosso serviço, temos que reconhecer os avanços na qualidade do nosso trabalho. Graças às atividades educativas realizadas podemos perceber uma maior adesão da população às ações de saúde que realiza a equipe básica de saúde. Também queremos sinalizar que tanto os questionários quanto o CAP, preenchidos na unidade Análise Situacional, tem sido de valiosa ajuda e tem-se convertido em um valioso guia para reconhecer dificuldades em nosso trabalho e realizar as ações necessárias para resolvê-las.

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

De modo geral, fazendo uma comparação com o texto da segunda semana do curso e o texto deste relatório, sobre a situação da UBS, posso dizer que através da especialização conheci ainda mais das características estruturais que deve ter as unidades de saúde, dos programas de saúde utilizados no Brasil, dos indicadores de saúde da minha unidade e do modo de trabalho, além de conhecer todos os principais problemas e buscar meios para superá-los. É muito gratificante porque assim elevo a qualidade do meu atendimento e garanto a satisfação dos usuários que procuram minha UBS.

Na situação atual houve uma melhora dos indicadores a partir da chegada do médico a tempo completo, pois anteriormente as consultas na UBS eram realizadas esporadicamente, em um turno de trabalho, quando realizadas. O cadastro dos usuários hipertensos passou de 56% para 94,5% e dos diabéticos de 63% para 92,1%. Anteriormente não se realizava estratificação de risco, atualmente todo usuário hipertenso e diabético recebe atendimento integral, com a realização de estratificação do risco cardiovascular na consulta. Tendo em vista que prévio à nossa intervenção o atendimento médico era esporádico, não se agendava consulta

de retorno, atualmente todo paciente quando sair da consulta, tem agendada sua consulta de retorno, segundo a programação. As atividades de grupo para a promoção e prevenção em saúde não eram realizadas, na atualidade são realizadas de maneira programada, fazendo ênfase nos fatores de risco das doenças. Diferente da situação prévia, na situação atual a comunidade participa ativamente nas atividades realizadas na UBS, existindo um melhor engajamento público. A equipe de saúde não costumava trabalhar com os protocolos, hoje trabalha seguindo as indicações do protocolo do Ministério da Saúde.

Temos de reconhecer os avanços alcançados quando comparamos a situação prévia com a situação atual na nossa UBS, isso repercutirá na melhoria da saúde da população na nossa área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças muito frequentes na nossa área de abrangência. Usuários com essas doenças precisam de atendimento sistemático na atenção primária de saúde e podem apresentar complicações com o decorrer do tempo. A HAS e DM são, por sua vez, fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo estas importantes causas de mortalidade no Brasil e no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, a HAS é uma doença crônica muito prevalente e atinge até 32% da população adulta. Além disso, é importante lembrar que ambas as doenças podem acometer um mesmo usuário e tem fatores de risco em comum. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a hipertensão é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Nossa UBS está situada na zona rural com uma área de abrangência muito extensa, incluindo população ribeirinha de difícil acesso, está vinculada ao SUS e trabalhamos aplicando a ESF. Na nossa UBS contamos com uma equipe básica de saúde que está composta por médico clínico geral, enfermeira, técnico de

enfermagem, recepcionista e seis agentes comunitários de saúde. Além disso, contamos com o apoio da equipe do NASF nas áreas de nutrição, reabilitação e saúde mental uma vez por semana. Na nossa UBS não contamos com serviço de odontologia e a mesma não está vinculada as instituições de ensino. A equipe de saúde da nossa UBS possui cadastrada uma população de 985 habitantes em nossa área de abrangência. A construção da UBS é de alvenaria e tem janelas em todas suas salas para possibilitar a circulação de ar.

A população-alvo de nossa área adstrita está composta por 109 usuários hipertensos e 38 diabéticos. Dos hipertensos, 61 deles são atendidos sistematicamente na UBS (cobertura 56%). Dos diabéticos, 24 deles são atendidos sistematicamente na UBS (cobertura 63%). A adesão da população-alvo atualmente atendida é ótima, mas precisamos da adesão dos usuários que ainda não recebem atendimento sistemático na nossa UBS. Será uma tarefa muito difícil devido às características geográficas de nossa área de abrangência, mas não é impossível. A qualidade da atenção que oferecemos a usuários hipertensos e diabéticos é de qualidade, realizamos a avaliação clínica incluindo a estratificação de risco cardiovascular e exame dos pés dos diabéticos, avaliação odontológica e oferecemos orientações para prevenir complicações destas doenças. Continuamos desenvolvendo ações de promoção em saúde, tanto em atividades de grupo, palestras quanto na consulta programada. As orientações sobre prática de atividade física regular, sobre alimentação saudável, risco do tabagismo, importância sobre assistir à consulta agendada e realização dos exames complementares solicitados, são orientações que constituem rotina em nossa consulta.

Tendo em vista que na nossa UBS nunca foi realizado nenhum projeto de intervenção sobre a saúde da pessoa com HAS e DM, a equipe básica de saúde decidiu realizar essa intervenção para melhorar a saúde desta população-alvo. Nossa equipe de saúde está trabalhando intensamente para melhorar a cobertura de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. A extensão de nossa área adstrita, a falta de transporte para visitar as comunidades afastadas e a ausência de serviço odontológico na nossa UBS são dificuldades que afetam o desenvolvimento da nossa intervenção, mas o trabalho da equipe, especificamente o trabalho dos ACS nas áreas de difícil acesso, vai facilitar realizar nossa intervenção com sucesso.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta:

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

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

2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas diabéticas.

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

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

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

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

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

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

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.

Metas:

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

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

Metas:

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

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

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

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

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

6.5: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

6.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

6.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Joana Carvalho de Souza, no município de Careiro/AM. Participarão da intervenção os usuários com HAS com idade de 20 anos ou mais e os usuários com DM com idade de 20 anos ou mais. Para a coleta de dados serão utilizadas as planilhas OMIA, a planilha de coleta de dados (PCD) e a ficha-espelho.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoa hipertensas e/ou diabéticas.

Metas.

1.1 e 1.2 Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Primeiramente será revisado o cadastro realizado pelos ACS e perguntado para eles se algum usuário hipertenso e/ou diabético tem falecido ou tem-se mudado de nossa área de abrangência no último mês.

Organização e Gestão do serviço:

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

Detalhamento: Os usuários cadastrados serão incorporados ao registro de usuários com HAS/DM. Os usuários que tiver ido morar fora de nossa área ou tenham falecido serão excluídos do registro. Todos os dados do registro, para cada usuário, serão preenchidos.

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

Detalhamento: Mesmo que nossa UBS realize acolhimento coletivo, para os usuários hipertensos e/ou diabéticos realizaremos acolhimento diferenciado, tratando de descobrir alterações da funcionalidade.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na UBS.

Detalhamento: Contamos na nossa UBS com o material necessário para desenvolver esta ação (esfigmomanômetro, estetoscópio, manguitos, fita métrica, ect).

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Contamos com glicosímetro para medir a glicose capilar dos usuários diabéticos e usuários com sintomas suspeitos de diabetes mellitus.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A informação será oferecida através de anúncios colocados na UBS e nas atividades de grupo realizadas nas comunidades. A Rádio Municipal pode nos ajudar na difusão desta informação.

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

Detalhamento: Durante as atividades de grupo na comunidade, na escola que está perto da UBS e na própria consulta (seja agendada ou não) se informará a importância do aferimento da pressão arterial a partir dos 18 anos, explicando a possibilidade que as pessoas jovens têm de ser acometidas por esta doença. Todos os membros da equipe de saúde estarão capacitados para realizar essa ação.

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

Detalhamento: Informar aos usuários adultos que a hipertensão e a diabetes podem acometer um mesmo usuário e diante de valores de pressão arterial (PA) superiores a 135/80 podem ir à UBS para realizar o teste da diabetes (glicemia).

Todos os membros da equipe de saúde estarão capacitados para realizar essa ação.

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

Detalhamento: Esta orientação será oferecida para todos os usuários da comunidade e não para um grupo específico deles. Informaremos os principais fatores de risco que devem ser eliminados para evitar ambas as doenças. A orientação estará baseada na prática de atividade física, como evitar a obesidade, o sedentarismo, manter uma alimentação saudável e avaliar os valores dos lipídios no sangue mediante exames complementares. A equipe toda deve estar envolvida nesta ação; nas comunidades afastadas da UBS, os ACS devem manter a sistematicidade desta ação.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na própria UBS, enfatizando os dados de cada usuário que devem ser colocados no cadastro (nome, idade, sexo, endereço, doença que sofre, fatores de risco, deambulação, e tratamento medicamentoso atual). O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela capacitação.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A capacitação será focada nos ACS, mesmo que eles tenham conhecimentos básicos sobre o aferimento da PA, precisaremos enfatizar sobre a verificação da pressão arterial de maneira certa (como reconhecer a pressão sistólica e a pressão diastólica para obter cifras adequadas). O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela capacitação.

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A equipe da UBS, no cotidiano, realiza este tipo de teste. A capacitação ajudará a evitar erros durante o processo de obtenção da amostra do sangue capilar e será realizada com participação dos ACS para, se for necessário,

que possam realizar este teste nas comunidades afastadas. A enfermeira realizará a capacitação da equipe.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Metas.

2.1 e 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: O exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos será monitorado pelo médico para que não seja omitido nenhum dado.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos com problemas de saúde agudos serão atendidos no mesmo turno e se orientará retorno conforme a gravidade do problema. Toda a equipe de saúde deve estar envolvida no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, exemplo: na sala de recepção se realizará o acolhimento coletivo, na área de Triagem se realizarão as mensurações (peso, altura), aferição da PA, hemoglicoteste (se for necessário) colocando cada dado no prontuário, a enfermeira revisará a ficha espelho (incluindo vacinação). Mesmo que geralmente o médico seja quem realiza o exame clínico, os demais membros podem ajudar na realização deste.

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

Detalhamento: os profissionais da UBS serão capacitados para ajudar no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos. Os ACS, em conjunto com outros membros da equipe, serão capacitados em relação ao adequado aferimento da PA, toma de pulsos, realização de hemoglicoteste e exame dos pés dos diabéticos.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A atualização pode ser individual ou coletiva. Determinar-se-ão as datas para as atualizações dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Dispomos de protocolo atualizado para realizar as ações de nossa intervenção.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Mediante palestras, atividades de grupo, visitas domiciliares e durante a consulta, orientaremos à comunidade quanto aos riscos (complicações) cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes. A equipe toda estará envolvida no desenvolvimento desta ação.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A capacitação da equipe para seu engajamento nestas ações ajudará a compartilhar o trabalho. O médico será o responsável por essa ação.

2.2 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes (incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: serão monitorados, pelo médico, tanto na consulta quanto na visita domiciliar, os exames dos pés dos usuários diabéticos segundo o protocolo do MS, incluindo a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, e medida da sensibilidade para diagnosticar doenças vasculares e/ou dos nervos periféricos.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Cada membro da equipe desenvolverá ações que contribuam com o adequado exame dos pés dos usuários diabéticos, os profissionais melhor treinados realizarão as ações de maior complexidade.

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe de saúde receberão capacitação para realizar adequado exame dos pés do usuário diabético, segundo os protocolos. A capacitação será tanto teórica quanto prática. A enfermeira será a responsável por realizar essa ação.

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

Detalhamento: Será contatada a gestão com a responsável da Atenção Básica na Secretaria de Saúde para contar com o monofilamento necessário para realizar exame dos pés nos usuários diabéticos. A ação será realizada pelo técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Será realizado acolhimento aos usuários diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Tendo em vista que não temos excesso de atendimentos por problemas agudos em usuários diabéticos nem hipertensos, a agenda será organizada de maneira adequada. O responsável será o técnico de enfermagem.

- Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.
- Detalhamento: Será contatada a coordenação para as referências dos usuários diabéticos quando precisarem de atenção especializada (com avaliação do risco cardiovascular), será solicitada a contra-referência para conhecer o critério do especialista. A enfermeira será a responsável por realizar esta ação.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Realizaremos a orientação à comunidade através das palestras, atividades de grupo e de maneira individual na consulta para que a comunidade se sinta comprometida com esta ação e sirva de conselheira para os usuários diabéticos. Todos os membros da equipe estarão envolvidos na realização desta ação.

Qualificação da Prática clínica:

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na UBS pelo médico e será de forma teórica e prática para que todos os integrantes da equipe básica tenham o treinamento básico para realizar este exame.

2.3 e 2.4 Garantir a 100% das pessoas hipertensa e diabéticas a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Será realizada revisão, pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem, do registro, dos prontuários e das fichas-espelhos sistematicamente para garantir que todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos tenham solicitados/realizados estejam com exames laboratoriais de acordo com o protocolo.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Serão garantidos os exames complementares para usuários hipertensos e/ou diabéticos. Nos usuários hipertensos e/ou diabéticos acamados ou com perda funcional importante se realizará a solicitação de exames na visita domiciliar por membros da equipe de saúde.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Será contatada a coordenação através da secretaria de saúde e também será feito contato com o laboratório do município para que agilize a entrega dos resultados dos exames complementares. O técnico de enfermagem será o responsável por realizar a coordenação.

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Será inserida uma marcação no exame como exame preconizado para que seja feito com maior agilidade.

Engajamento Público:

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto á necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Orientar ao usuário na consulta sobre a necessidade e importância da realização de exames complementares para avaliar a evolução da sua doença. Orientaremos à comunidade para facilitar a sua participação nesta ação. A equipe toda será responsável de oferecer estas orientações.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto á periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão fornecidas orientações para que o usuário hipertenso e/ou diabético saiba a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares no acompanhamento da sua doença. Orientar a comunidade para que seja um ponto de apoio nesta ação. A equipe toda será responsável de oferecer estas orientações.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Será realizada capacitação da equipe de trabalho, pelo médico e pela enfermeira, sobre o protocolo para solicitação de exames em usuários hipertensos e/ou diabéticos, fazendo ênfase quanto á periodicidade com que devem ser realizados.

2.4 e 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Será priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha melhor acesso ao tratamento. Tendo em vista que nossa UBS tem farmácia, poderemos realizar monitoramento do acesso dos usuários aos medicamentos.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Realizaremos controle de estoque de medicamentos para saber a quantidade, apresentação, conservação e validade de cada medicamento

para o tratamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos. O técnico de enfermagem será o responsável por esta ação.

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

Detalhamento: O registro das necessidades será realizado conforme ao medicamento e dose diária que o usuário esteja tomando, assim poderemos saber a quantidade do medicamento que necessita o usuário para completar, mínimo, 30 dias de tratamento.

Engajamento Público:

- 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.

Detalhamento: Tanto os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto a comunidade serão orientados sobre a possibilidade de acesso aos medicamentos da farmácia da nossa UBS, assim como a possibilidade de acesso aos medicamentos da farmácia central do município (Farmácias Populares). O técnico de enfermagem e os ACS realizarão a orientação tanto para os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto para a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O profissional será atualizado sobre o tratamento adequado para usuários hipertensos e/ou diabéticos, tendo em vista que o tratamento é diferenciado segundo a morbidade associada e à resposta ao tratamento prescrito.

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

Detalhamento: A equipe básica será capacitada pela enfermeira para realizar orientações a usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre a alternativa de obter os medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia.

2.5 e 2.6 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: A necessidade de atendimento odontológico nos usuários hipertensos e/ou diabéticos será realizada pela equipe de trabalho e o usuário será encaminhado para receber atenção pela equipe de saúde bucal.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Organizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, de maneira que mais de um profissional da equipe básica possa realizar esta ação, mediante capacitação. A capacitação será realizada pelo Dr. Gustavo, dentista da UBS Deuzivana Marinho de Paula, e enfermeira da nossa equipe participará da capacitação.

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

Detalhamento: A agenda de saúde bucal será organizada para encaminhar para o dentista, de maneira progressiva, aos hipertensos e/ou diabéticos que necessitem atendimento odontológico, evitando excesso de usuários na consulta de odontologia, lembrando que o atendimento odontológico será realizado em outra UBS, já que nossa UBS não conta com equipe de Saúde bucal.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Nas atividades de grupo, palestras e na consulta se orientará aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e à comunidade em geral sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal. A equipe toda, incluindo os ACS, estará envolvida no desenvolvimento desta ação.

Qualificação da Prática clínica:

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

Detalhamento: Será realizada capacitação da equipe de saúde para facilitar a avaliação das necessidades de atendimento odontológico num maior número de usuários. O Dr. Gustavo, dentista da UBS Deuzivana Marinho de Paula, será o

responsável por oferecer esta capacitação, a enfermeira da nossa equipe participará na capacitação e depois oferecerá seus conhecimentos para o restante dos integrantes da nossa equipe de saúde.

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

Metas.

3.1 e 3.2 Buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada. Caso a pessoa hipertensa e/ou diabética seja acamada será necessário fazer visita domiciliar e leva- lhe a medicação até sua casa (os agentes comunitários de saúde levarão a medicação, caso não se realizar a visita domiciliar).

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos revisão da ficha-espelho e prontuários clínicos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos para identificar aos usuários faltosos à consulta. A enfermeira e o técnico de enfermagem realizarão esta ação.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Realizaremos visitas domiciliares para buscar usuários faltosos à consulta. Os ACS contarão com os dados dos usuários faltosos para facilitar a busca deles.

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

Detalhamento: A agenda será organizada para realizar acolhimento a usuários hipertensos e/ou diabéticos, proveniente de visitas domiciliares, no mesmo turno de trabalho.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Ofereceremos informações à comunidade sobre a importância das consultas periódicas a usuários hipertensos e/ou diabéticos para o melhor controle de suas doenças. Todos os membros da equipe estarão envolvidos na realização desta ação.

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

Detalhamento: Escutaremos opiniões da comunidade sobre estratégias que poderão ser utilizadas para evitar evasão da consulta dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Todos os membros da equipe estarão envolvidos na realização desta ação.

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

Detalhamento: Informaremos durante as atividades de grupo, palestras públicas e na consulta, tanto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à comunidade, sobre a periodicidade das consultas e a importância destas para o controle de suas doenças. Todos os membros da equipe estarão envolvidos na realização desta ação.

Qualificação da Prática clínica:

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados pela enfermeira, de maneira que saibam orientar ao usuário hipertenso e/ou diabético, em relação à periodicidade das consultas e a importância destas para manter suas doenças controladas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas.

4.1 e 4.2 Manter a ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS (o registro ajudará sobre a informação de pessoas hipertensas e/ou diabéticas faltosas).

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: O registro de usuário hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS será revisado periodicamente para mantê-los atualizado, os usuários que se mudaram da nossa área de cobertura serão retirados do registro. Caso apareçam novos casos diagnosticados com hipertensão e/ou diabetes, com

acompanhamento na nossa UBS, serão incluídos no registro. O monitoramento será realizado pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: A enfermeira será a encarregada da atualização das informações do SIAB/e-SUS.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Todo usuário contará com a ficha de acompanhamento individual.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Cada membro da equipe fornecerá informação para serem registradas, sendo o mais detalhada possível.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

- 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: Será realizado um registro para identificar de maneira fácil e rápida os usuários hipertensos e/ou diabéticos com atraso à consulta de acompanhamento, com atraso na realização dos exames complementares, com atraso na realização de estratificação de risco, na avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Todo usuário hipertenso e/ou diabético, e a comunidade em geral, serão informados, pelos membros da equipe da UBS, sobre este direito.

Qualificação da Prática clínica:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Detalhamento: Os membros da equipe serão capacitados pelo técnico de enfermagem para evitar erros no preenchimento dos registros ao acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e manter um registro com dados atualizados e de qualidade.

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

Detalhamento: A equipe de saúde receberá orientação/capacitação para realizar o registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A equipe de saúde receberá orientação/capacitação pela enfermeira para realizar o registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Metas.

5.1 e 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Mediante a revisão do registro, da ficha-espelho e dos prontuários, verificaremos se os usuários hipertensos e/ou diabéticos realizaram a estratificação de risco cardiovascular pelo menos uma vez por ano. O médico e a enfermeira realizarão esta ação.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Os usuários hipertensos e/ou diabéticos, avaliados como alto risco, terão prioridade de atendimento na consulta, seja por problema agudo ou por consulta agendada.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A agenda será organizada para que os usuários hipertensos e/ou diabéticos sejam atendidos no mesmo turno, com prioridade para os usuários avaliados como alto risco.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Durante a consulta do usuário será informado sobre o nível de risco que apresenta devido a sua doença e sobre a importância do acompanhamento regular para manter o controle da doença.

- Esclarecer às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Tanto os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à comunidade serão informados sobre o controle (ou eliminação) de fatores de risco modificáveis para hipertensão e diabetes (alimentação saudável, prática de atividade física, evitar a obesidade, etc.). Todos os membros da equipe estarão capacitados para oferecer essas orientações.

Qualificação da Prática clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Contar na UBS com modelo impresso do escore de Framingham para capacitar a equipe de saúde em sua utilização na estratificação de risco ou lesões de órgãos alvo nos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O médico será o responsável por oferecer a capacitação.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A equipe de saúde deve ser orientada sobre como registrar e a importância do registro da avaliação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos, sendo que o registro permitirá realizar comparações com registros anteriores e posteriores à avaliação atual. A enfermeira e o técnico de enfermagem realizarão a capacitação.

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

Detalhamento: A capacitação da equipe de saúde quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis ajudará a uma maior cobertura de

informação para a comunidade. Os ACS, após capacitação, estarão melhor treinados sobre este tema e poderão oferecer melhor orientação à população da área de abrangência. O responsável pela capacitação da equipe será o médico.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas.

6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: A equipe realizará monitoramento sobre orientação nutricional para promover uma alimentação saudável a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão realizadas na escola situada perto da UBS. A nutricionista do NASF e os ACS realizarão estas práticas coletivas.

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

Detalhamento: Nossa UBS conta com atendimento da nutricionista duas vezes na semana.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: O usuário com hipertensão e seus familiares devem ser orientados sobre a importância da alimentação saudável, a alimentação do usuário hipertenso deve ser diferenciada em relação aos membros saudáveis da família. A nutricionista e a equipe de saúde toda estarão envolvidas nesta ação. Esta ação pode ser realizada em palestras na escola, durante a consulta e durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Explicar com clareza aos familiares do usuário diabético a importância da alimentação para evitar descompensação da doença, bem como a quantidade/qualidade de alimento e número de refeições ao dia. A nutricionista e a equipe de saúde toda estarão envolvidas nesta ação. Esta ação pode ser realizada em palestras na escola, durante a consulta e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática clínica:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: a equipe será capacitada para que possa oferecer orientações de qualidade ao usuário hipertenso e/ou diabético, aos familiares do usuário e à comunidade sobre práticas de alimentação saudável. O médico e a nutricionista serão os responsáveis por essa capacitação.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe para que oriente ao usuário e seus familiares sobre a necessidade de alimentação diferenciada do usuário diabético, incluindo a quantidade/qualidade e número de refeições ao dia. O médico e a nutricionista serão os responsáveis pela capacitação.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo médico e pela enfermeira sobre a forma metodológica de oferecer informações ao usuário hipertenso e/ou diabético e seus familiares para que consigam compreender a mensagem que queremos transmitir.

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

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Serão monitoradas, pela enfermeira, as orientações oferecidas para a prática de atividade física regular, podendo realizar mudanças de maneira individual quanto ao tipo e intensidade da atividade física que deve realizar o usuário.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Realizaremos atividades de grupo para orientar a prática de atividade física. A equipe toda será responsável por essas práticas coletivas.

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

Detalhamento: Precisamos conseguir a parceria de um preparador físico para a orientação e a prática de atividade física dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O preparador físico da escola que está perto da UBS pode ajudar nesta atividade.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Tanto os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à comunidade serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular. Aos usuários hipertensos e/ou diabéticos explicaremos a importância desta atividade para melhorar o controle de suas doenças. Esta ação será realizada mediante palestras na escola, atividades de grupo na UBS, na consulta e nas visitas domiciliares e estarão envolvidos todos os integrantes da equipe.

Qualificação da Prática clínica:

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

Detalhamento: A equipe de saúde deve estar capacitada para oferecer orientações sobre a importância da prática de atividade física regular pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos e pela comunidade em geral. O médico oferecerá a capacitação.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre os métodos para oferecer orientações e conselhos aos usuários e seus familiares, de maneira que compreendam adequadamente as orientações oferecidas. O médico e a enfermeira realizarão a capacitação ao restante da equipe.

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

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O monitoramento das orientações sobre riscos do tabagismo será realizado sistematicamente pela enfermeira, com ênfase nos usuários fumantes.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Ter registro atualizado de usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas para a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da saúde, mediante conversa com o gestor. O registro de usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas será realizado pelo técnico de enfermagem.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Os usuários hipertensos e/ou diabéticos fumantes que ainda não tenham abandonado o tabagismo por vontade própria, serão orientados pelos membros da equipe sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática clínica:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento: A equipe será capacitada, com ajuda do psicólogo, para sua participação no tratamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas. Nossa UBS conta com serviço de psicologia duas vezes na semana.

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

Detalhamento: Realizaremos capacitação à equipe para que saibam oferecer de maneira metodológica a educação em saúde às pessoas hipertensas e/ou diabéticas e à comunidade em geral. A capacitação será realizada pelo médico.

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

Ações.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A realização de orientações sobre higiene bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos será monitorada pela enfermeira para que todos os usuários recebam as informações sobre esta atividade.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Organizaremos o tempo da consulta ao usuário hipertenso e/ou diabético para garantir informação individual sobre higiene bucal.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Os usuários e seus familiares receberão orientação sobre a importância da higiene bucal. Os familiares devem contar com orientações desta atividade para, no caso de usuários idosos com perda da funcionalidade, que possam ajudá-los a realizar a higiene bucal. As orientações serão oferecidas na consulta e nas visitas domiciliares por todos os membros da equipe de saúde.

Qualificação da Prática clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada para orientar de maneira adequada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares em relação às medidas de higiene necessárias para uma saúde bucal ótima. A enfermeira realizará a capacitação sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção aos usuários hipertenso e/ou diabéticos.

Metas:

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas diabéticas.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado dos pés de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado dos pés.

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

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

Indicador 2.4. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.5. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.6. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.8. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.9. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Metas:

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

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

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

4.2: Manter a ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

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

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

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

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

Metas:

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.5: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.6: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção às Pessoas com HAS e DM vamos adotar o Protocolo de Atenção às Pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Utilizaremos a ficha-espelho de hipertensos e diabéticos disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção a cobertura de 80% para usuários hipertensos e diabéticos. Já foi feito o contato com o gestor municipal para apresentar a intervenção e fazer a solicitação das fichas-espelhos. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados e a informação será arquivada num pendrive para não perder a informação, em caso de problemas com o notebook.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que os usuários hipertensos e/ou diabéticos venham à consulta para atendimento clínico será preenchida a ficha-espelho em uso na intervenção. A ficha-espelho será completada pela enfermeira com base nos registros existentes no prontuário clínico do usuário hipertenso e/ou diabético e no sistema de registro de vacinas da UBS. Os prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos terão um arquivamento específico, separado do restante dos arquivos, para ter fácil acesso a eles.

Tanto na análise situacional quanto a definição do foco da intervenção a participação dos membros da equipe de saúde foi muito importante. A partir da definição de foco realizaremos uma capacitação inicial do pessoal envolvido na intervenção, estes temas serão tratados nas reuniões semanais para conversar sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes que será utilizado durante a intervenção. As reuniões estão ocorrendo na UBS, nas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Após da capacitação coletiva, cada membro da equipe realiza estudo individual do protocolo para esclarecer dúvidas na reunião da semana seguinte.

Nas reuniões de capacitação tentamos melhorar a qualificação da equipe, com base no protocolo, para a realização de nossa intervenção. O médico e a enfermeira da UBS capacitarão os outros membros da equipe sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito. Desta maneira os ACS poderão realizar o diagnóstico de hipertensão arterial nas comunidades e encaminhar os usuários para avaliação médica na UBS. Além disso, a capacitação da equipe inclui o uso adequado do glicosímetro para a realização do

hemoglicoteste nos usuários suspeitos de diabetes mellitus (incluindo usuários com pressão arterial maior de 130/80) e nos próprios usuários diabéticos. Para a realização desta atividade, serão providenciados todos os ACS, na próxima semana, estetoscópio e esfigmomanômetro fornecidos pela secretaria de saúde. O hemoglicoteste será realizado na UBS quando os usuários chegarem, já que contamos somente com um glicosímetro.

A equipe está sendo capacitado, pelo médico, para a estratificação de risco segundo escore de Framingham ou lesões de órgãos alvos, assim como para a avaliação dos pés dos usuários diabéticos (incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade) e realizar registro dessa avaliação. Assim, a equipe estará mais bem preparada para controle dos fatores de risco dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para realizar adequadamente esta ação todos os membros da equipe contam com modelos impressos do escore de Framingham.

A enfermeira tem sido a responsável por oferecer capacitação à equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, já que não contamos com serviço de odontologia na nossa UBS.

A equipe está recebendo capacitação sobre a maneira adequada de oferecer, aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a população em geral, orientações sobre prática regular de atividade física, sobre higiene bucal, sobre alimentação saudável, sobre tratamento do tabagismo nos usuários fumantes e sobre a importância de realizar as consultas em sua periodicidade (segundo o protocolo). Para a capacitação sobre orientação nutricional contamos com o apoio da nutricionista do município.

A atividade de capacitação à equipe de saúde ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção.

Para o sucesso do nosso projeto de intervenção precisamos realizar adequada organização e gestão das ações. Para viabilizar o acolhimento, os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem o serviço serão acolhidos pelo técnico de enfermagem. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos com problemas de saúde agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Não há necessidade de alterar a organização da agenda para a demanda de intercorrências agudas, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Tendo em vista que não temos excesso de

demanda de atendimento por problemas de saúde agudos, os usuários hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares (busca ativa), serão acolhidos e atendidos no mesmo dia, pois podem vir de comunidades muito distantes da UBS e será muito difícil para eles voltarem novamente se não forem atendidos nesse mesmo dia. Usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscam atendimento de rotina terão prioridade no agendamento. Os usuários sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

O controle do estoque (incluindo validade) de medicamentos será realizado semanalmente pelo médico e pela enfermeira, mantendo um registro das necessidades de medicamentos para o tratamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

Os usuários hipertensos e/ou diabéticos com necessidades de atendimento odontológico serão agendados, segundo a possibilidade de atendimento pelo dentista, para serem encaminhados semanalmente à UBS Deuzivana Marinho de Paula a qual conta com serviço de odontologia. Serão reservadas 10 consultas por semana (2usuários por dia) para atendimento odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que sejam encaminhados por nossa equipe de saúde.

Para o desenvolvimento de nosso projeto de intervenção precisamos da participação ativa da comunidade. Realizar um bom engajamento público permitirá comprometer a comunidade neste projeto e contar com sua cooperação nas ações que precisamos realizar.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores e com os representantes das comunidades nas escolas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de realização das consultas para usuários hipertensos e diabéticos e sobre a existência do Programa de Atenção a HAS e a DM. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, esclarecendo à comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Informaremos à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância da avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos, assim quanto o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para realizar a adequada sensibilização da comunidade contamos com materiais impressos sobre os fatores de risco da hipertensão e diabetes, sobre alimentação saudável e sobre prática regular de atividade física, os quais serão colocados em lugares públicos para facilitar sua visualização.

As atividades de grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos são realizadas mensalmente na UBS para oferecer orientações sobre a importância de realização da consulta com a periodicidade recomendada, sobre os fatores de risco de hipertensão e diabetes, sobre a importância de realizar atividade física de forma regular, sobre alimentação saudável e sobre abandono do tabagismo nos usuários fumantes.

Para o monitoramento da ação programática, a enfermeira examinará semanalmente as fichas-espelhos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exame clínico (incluindo estratificação de risco cardiovascular), exames complementares ou vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos em atraso, estima-se 3usuários diabéticos e 6 usuários hipertensos por semana totalizando 12 diabéticos e 24 hipertensos por mês (lembrando que ambas as doenças podem acometer um mesmo usuário).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Finalmente, após três meses de intenso trabalho, temos terminado a nossa intervenção. Isto não significa que a nossa intervenção foi realizada só para cumprir com o Projeto da Intervenção, daqui para frente temos que incorporar estes métodos de trabalho na rotina diária da nossa UBS e lembrar que isto também é válido para as outras ações programáticas que são desenvolvidas durante o atendimento na nossa UBS.

Temos de lembrar que a nossa equipe de saúde começou a intervenção com quatro semanas de atraso, pois fiquei de férias durante um mês. Mas uma vez começada não tomamos nenhum descanso. A união da nossa equipe de trabalho tem sido o principal fator para o desenvolvimento da nossa intervenção durante estes três meses.

Durante os três meses da intervenção temos enfrentado algumas dificuldades. Nem sempre as coisas acontecem conforme o planejado, e podem aparecer dificuldades no desenvolvimento de algumas atividades, mas temos de procurar um jeito para resolvê-las.

Quanto às metas de cobertura não temos tido dificuldades para atingi-las, mas temos tido algumas dificuldades para atingir algumas metas como: melhorar a qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, uma vez que a nossa UBS não conta com serviço de odontologia não foi possível realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico para 100% da nossa população alvo. Mesmo que a enfermeira tenha participado de uma curta capacitação em relação a esse assunto, ela não tinha certeza de realizar uma boa avaliação odontológica, e seu trabalho foi só realizado em relação às orientações sobre saúde bucal (realizou orientação, mas não se sentiu segura para realizar

avaliação de necessidade de atendimento odontológico). Essa dificuldade tem-se mantido durante toda a intervenção e será difícil atingir essa meta. Aos usuários que têm realizado avaliação de necessidade de atendimento odontológico, a avaliação foi realizada na UBS Deuzivana Marinho que conta com serviço de odontologia ou durante os atendimentos onde participou a equipe de saúde bucal.

Também, durante estes três meses da intervenção apresentamos dificuldades com o material (reativos) no único laboratório clínico no município para a realização dos exames solicitados a usuários hipertensos e/ou diabéticos. A falta de reativos tem influenciado na realização de alguns exames solicitados na consulta durante o atendimento clínico da nossa população-alvo. Motivo pelo qual vários usuários não têm realizado todos os exames complementares de acordo com o protocolo. Esta dificuldade impediu atingir a meta em 100% quanto à realização dos exames complementares durante a nossa intervenção.

A terceira dificuldade que apresentamos durante a intervenção foi em relação à Gestão. Tivemos dificuldades com o transporte para oferecer atendimento, clínico conforme o planejado, nas comunidades que ficam longe da nossa UBS, mas no nosso Cronograma não colocamos data certa (data fixa) para realizar tais visitas, já que poderiam existir mudanças neste aspecto. Graças a Deus as coisas foram melhorando durante o desenvolvimento da nossa intervenção e foi possível realizar as visitas às comunidades que estão longe da UBS.

Não tivemos dificuldades na realização das outras atividades da intervenção e o cronograma avançou segundo o previsto. A equipe de saúde da nossa UBS tem se mantido unida para atingir as metas da nossa intervenção, isso é muito importante. Os ACS têm realizado um grande trabalho nas suas comunidades o que facilita o nosso trabalho. A busca ativa de usuários faltosos à consulta programada foi realizada de maneira eficiente pelos ACS durante toda intervenção.

Depois de doze semanas de iniciada a intervenção podemos estar contentes com o nosso trabalho. Algumas das dificuldades apresentadas durante a intervenção puderam ser resolvidas e tudo indica que temos atingido a maioria das metas propostas da nossa intervenção. Durante a intervenção, utilizamos os dados do cadastro da nossa área de abrangência por ser mais representativos da nossa realidade, não utilizamos as estimativas para a nossa população-alvo.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentamos dificuldade na coleta e sistematização de dados em relação à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e nem no cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações realizadas durante a intervenção têm sido incorporadas na rotina de trabalho na nossa UBS para manter ou melhorar, ainda mais, os nossos indicadores. Mas, temos de resolver alguns aspectos que foram pontos fracos na nossa intervenção. A avaliação de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e o atendimento em si, devem melhorar, pois existe a possibilidade de contar com serviço de odontologia na nossa UBS nos próximos meses.

Em conversa com o gestor, deixaremos clara a necessidade de contar sistematicamente com os reativos (material) para a realização de alguns exames complementares solicitados, e que ficaram atrasados na sua realização, durante a intervenção. Além disso, outras ações programáticas também podem ser afetadas pela carência de material para a realização de exames complementares e isso pode impedir a realização de um acompanhamento adequado dos usuários.

Mesmo que tenhamos apresentado algumas dificuldades durante a intervenção, acho que temos realizado um bom trabalho na melhoria da saúde dos usuários hipertensos e/ou diabético. O nosso trabalho será melhor a partir de agora.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Finalizada a Intervenção na UBS Joana Carvalho de Souza, no município do Careiro-AM, apresento os resultados alcançados ao longo dos três meses (Outubro-Dezembro/2015) de realização do Projeto de Intervenção na melhoria da atenção à saúde aos usuários com HAS e/ou DM. Durante a intervenção utilizamos dados reais obtidos no cadastro realizado em fevereiro de 2015.

OBJETIVO 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

META 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

O cadastramento de alguns usuários para o programa de atenção a HAS e DM deu-se de forma gradativa durante o período de intervenção, à medida que os usuários compareciam às consultas na UBS, graças ao trabalho das ACS no território nas visitas domiciliares e à divulgação mediante cartazes na UBS. O registro anterior à Intervenção era de 61 usuários hipertensos na nossa área de abrangência.

Conforme esperado, o gráfico foi ascendente. Foram cadastrados no primeiro mês 44 (40,4%) usuários, no segundo mês 89 (81,7%) e no terceiro mês 103 chegando a 94,5%, superando a meta estabelecida (Figura 1). Tendo em vista o registro anterior faltaram 6 usuários hipertensos por avaliar. Todos eles estavam fora da área da abrangência devido a diferentes causas e não foi possível contatá-los

nas visitas realizadas às comunidades nem assistiram à consulta programada na UBS.

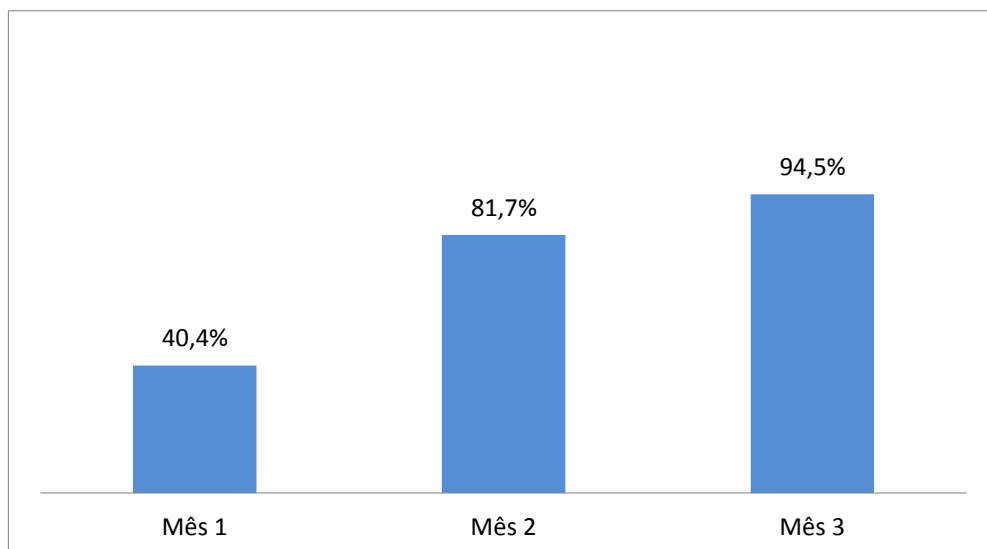


Figura 1- Gráfico de cobertura de hipertensos cadastrados na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro, Amazonas, 2015.

META 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Foram cadastrados 35 diabéticos, tínhamos registrado 24 anteriormente na UBS. Segundo o registro anterior faltaram por avaliar 3usuários diabéticos, dois deles estavam em Manaus para se operar de catarata e ainda estão na capital estadual, o outro usuário viajou para o município Coari e ainda não tem voltado para a nossa área de abrangência. Apesar disso, superamos a meta estabelecida no início da intervenção. No primeiro mês cadastramos 13 (34,2%), no segundo 29 (76,3%) e no terceiro 35 usuários (92,1%) (Figura 2).

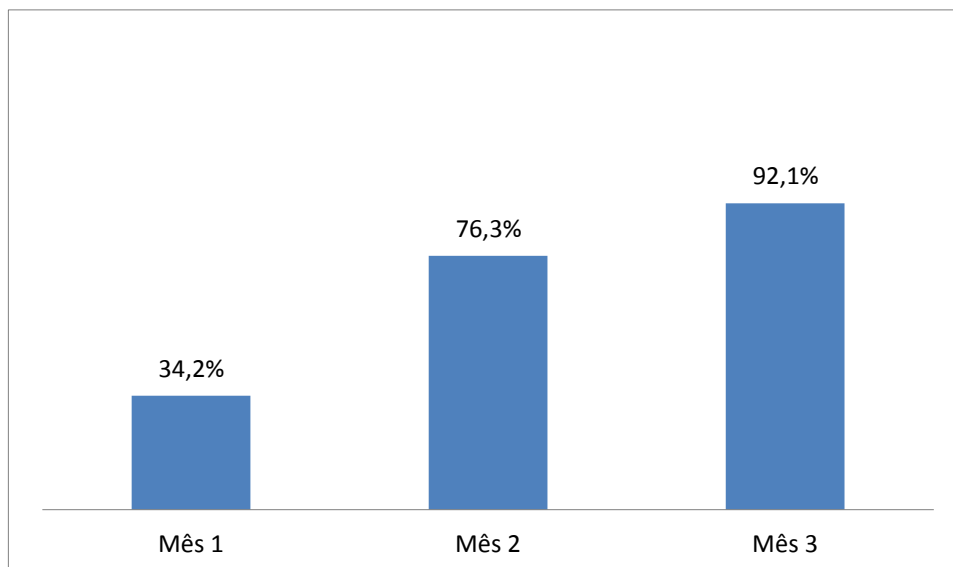


Figura 2- Gráfico de cobertura de diabéticos cadastrados na UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro, Amazonas, 2015.

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

META 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

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

Em relação aos hipertensos acompanhados na UBS durante a intervenção, em 100% deles foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, à medida que compareceram à consulta. No primeiro mês realizamos exame clínico apropriado de acordo com protocolo a 44 usuários (100%), no segundo mês a 89 (100%) e no terceiro mês a 103 (100%). Conseguimos atingir a meta de realizar o exame em 100% dos usuários hipertensos, já que os locais utilizados para o atendimento clínico nas comunidades afastadas da UBS tinham condições adequadas para realizá-lo e contávamos com instrumentos adequados para realizá-lo segundo o protocolo. O exame físico completo foi feito na consulta, buscando sempre alterações nos órgãos alvos.

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

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

Em relação aos diabéticos cadastrados/acompanhados durante a intervenção, 13 (100%) dos usuários estavam em dia com o exame clínico no primeiro mês, no segundo 29 (100%) e no terceiro 35 (100%). O exame clínico completo foi feito com a maior qualidade, incluindo a palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior, buscando diagnosticar complicações da doença e lesões em órgãos alvos.

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

INDICADOR 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos exames complementares, no primeiro mês foram realizados a 36 usuários (81,8%), a 66(74,2%) no segundo mês e a 73(70,9 %) no terceiro mês (Figura 3).

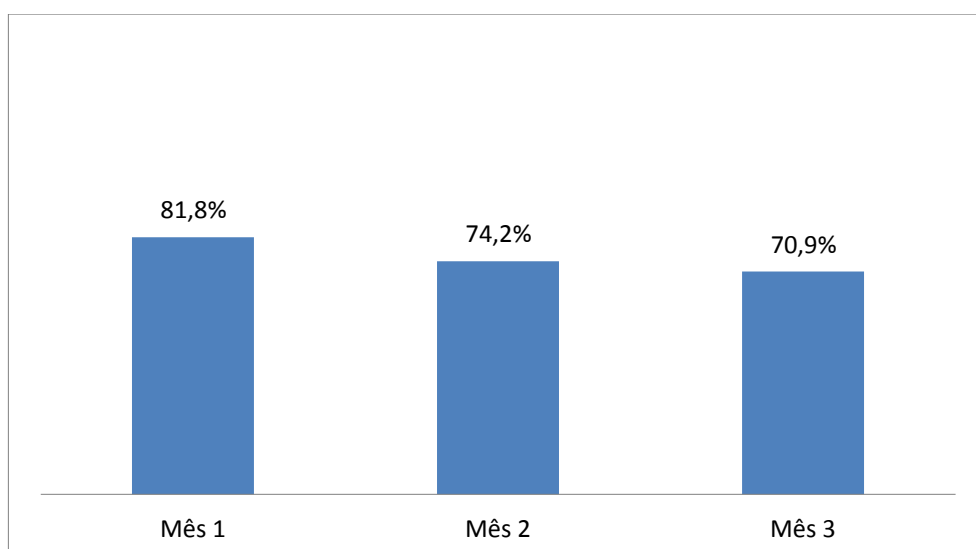


Figura 3-Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro, Amazonas.

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

INDICADOR 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tivemos um total de 10(76,9%) diabéticos com os exames complementares em dia, 21(72,4%) no segundo mês e no terceiro foram 25, chegando a 71,4% (Figura 4).

Em relação aos exames complementares de hipertensos e diabéticos, os resultados obtidos ficaram aquém da meta estabelecida, porém o gráfico foi ascendente durante a intervenção, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, demonstrando tendência favorável a alcançar a meta pré-estabelecida a médio e longo prazo.

Os baixos resultados encontrados neste aspecto se devem a que contamos com só um laboratório da rede pública no município e os usuários não têm dinheiro para fazer seus exames nos laboratórios privados. Outro motivo é a demora ocorrida na realização dos mesmos já que a demanda é maior que a oferta. Outra causa importante que impediu atingir esta meta foi a falta de reativos (material), em várias oportunidades, para a realização de alguns dos exames solicitados.

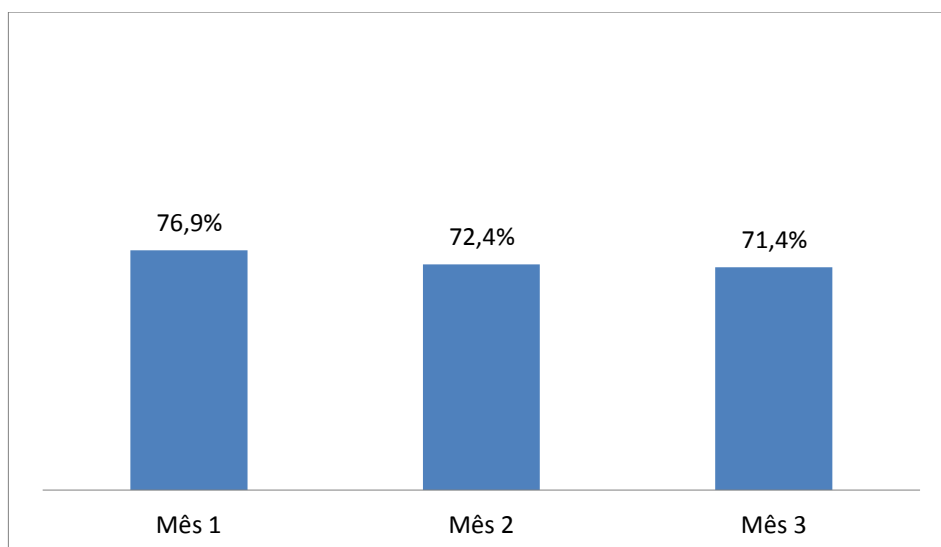


Figura 4-Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Joana carvalho de Souza, Careiro, Amazonas.

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

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

No primeiro mês cadastramos 44 (100%) usuários que tinham tratamento com medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês foram 89(100%) e no terceiro mês 103(100%).

Neste aspecto temos de comentar que no nosso município as UBS situadas na área rural contam com farmácia; além disso, existe uma farmácia central na cidade principal do município. Caso na farmácia da UBS acabe a medicação para tratamento da DM e/ou da HAS, o usuário pode procurar os medicamentos na farmácia central.

Vários medicamentos que normalmente não estão na rede de farmácias populares, são comprados diretamente pela Secretaria de Saúde de um fornecedor confiável e colocados tanto na farmácia central quanto nas farmácias nas UBS rurais. Desta maneira podemos garantir, na maioria das vezes, a medicação para os usuários com HAS, DM e outras doenças crônicas. Os usuários diabéticos, além da Glibenclamida e da Metformina, também podem conseguir Glicazida, Glimepirida e Insulina na farmácia. Os usuários hipertensos contam com Inibidores da Enzima Conversora, Betabloqueadores, Diuréticos, Bloqueadores dos canais do Cálcio, Inibidores dos receptores da Angiotensina. A Metildopa está garantida para casos de grávidas com hipertensão.

Quando falta a medicação tanto na farmácia central quanto na farmácia da UBS, o usuário tem que comprar a medicação na rede privada, mas isso não acontece frequentemente. Temos de lembrar que a população do nosso município tem carências econômicas.

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

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No caso dos diabéticos no primeiro mês cadastramos 13 (100%) usuários, no segundo mês 29(100%) e no terceiro mês 35(100%).

META 2.7. Garantir avaliação odontológica a 100 % dos hipertensos.

INDICADOR 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Em relação aos hipertensos, 13 usuários (29,5%) tiveram avaliação odontológica no primeiro mês, 34(38,2%) no segundo mês e 43 (41,7%) no terceiro mês (Figura 5).

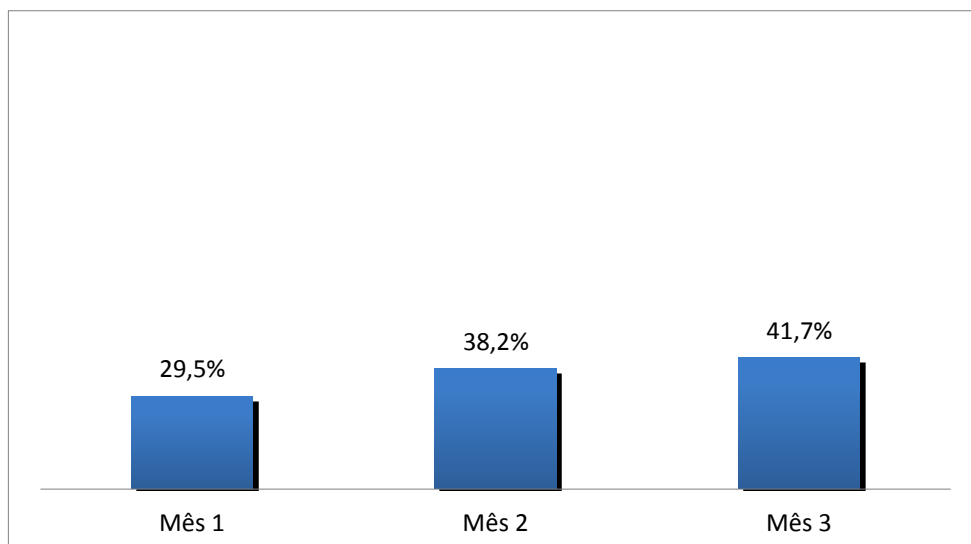


Figura 5-Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro, Amazonas.

METAS 2.8. Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos.

INDICADOR 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Em relação aos diabéticos, 7 usuários (53,8%) receberam avaliação odontológica no primeiro mês, 12 (41,4%) no segundo mês e 14 (40,0%) no terceiro mês.

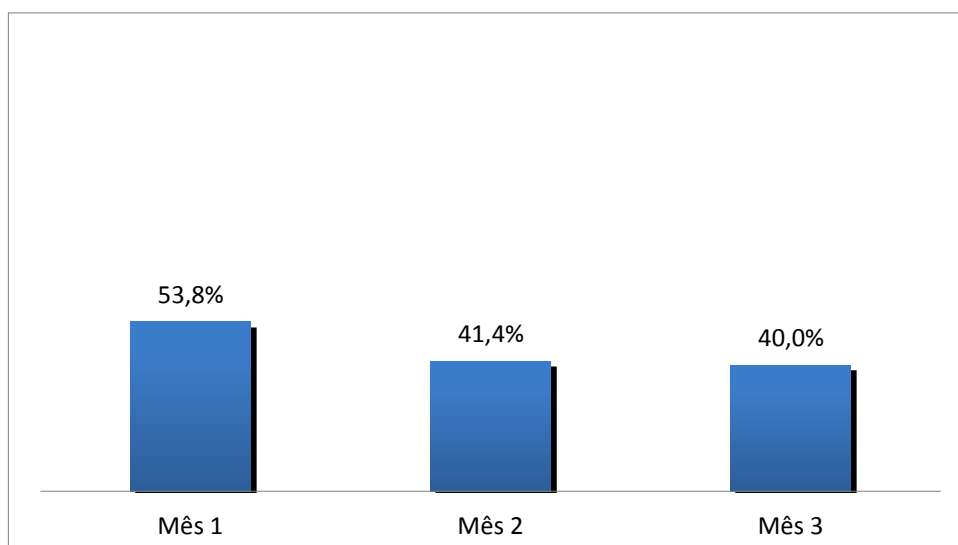


Figura 6- Gráfico de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Joana Carvalho de Souza, Careiro, Amazonas.

Estas metas não foram atingidas, pois na nossa UBS não contamos com serviço odontológico, os usuários têm que ser encaminhados para a unidade mais perto que realize este serviço, alguns usuários não conseguem ir e, os casos que vão até lá, às vezes não tem vaga. Como o atendimento é agendado demora muito e quase nenhum deles volta para realizar a consulta odontológica agendada. Além disso, mesmo que a enfermeira tenha realizado uma curta capacitação sobre avaliação odontológica, ela não ficou o tempo todo conosco durante a intervenção, já que várias vezes ela teve que oferecer atendimento na UBS Raimundo Cavalcante e a enfermeira substituta não tinha certeza de realizar uma boa avaliação. Estas causas impediram atingir a meta pré-estabelecida tanto para usuários hipertensos quanto diabéticos.

META: 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas.

INDICADOR 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A proporção de hipertensos faltosos à consulta programada foi da seguinte forma: no primeiro mês tivemos 3 usuários faltosos, todos receberam busca ativa, representando 100%. No segundo mês de 10 usuários faltosos, 10 (100%) usuários tiveram busca ativa. No terceiro mês de 14 usuários faltosos à consulta programada todos foram levados à unidade pela busca ativa dos ACS e enfermeira da equipe, mediante a realização das visitas domiciliares, representando 100%.

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

INDICADOR 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês tivemos 1 usuário faltoso e se realizou a busca ativa dele, representando 100%. No segundo mês tivemos 5 usuários faltosos, e foi feita a busca ativa a todos eles (100%), e no terceiro mês não tivemos nenhum diabético faltoso à consulta.

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

INDICADOR 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos hipertensos, 44 usuários (100%) tiveram seus registros adequados no primeiro mês, 89 (100%) no segundo e 103(100%) no terceiro mês. Este registro foi feito pela recepcionista da unidade com ajuda do técnico de enfermagem. Para evitar dificuldades quando o usuário retorna à consulta e procura os prontuários, decidimos organizar as pastas por famílias para agilizar o procedimento.

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

INDICADOR 4.2. Proporções de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos diabéticos, 13 usuários (100%) tiveram registros adequados no primeiro mês, no segundo mês 29 usuários (100%) e no terceiro mês 35 usuários (100%). Aconteceu o mesmo que com os usuários hipertensos, organizamos todas as pastas por famílias sendo mais fácil atualizar corretamente todos os registros na ficha de acompanhamento.

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

INDICADOR 5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos hipertensos, 44 usuários receberam atendimento clínico no primeiro mês e em todos eles (100%) foi realizada a classificação de risco cardiovascular, 89 (100%) no segundo mês e 103 (100%) no terceiro mês.

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

INDICADOR 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos diabéticos, 13 usuários (100%) estavam com a classificação de risco cardiovascular em dia no primeiro mês, 29(9100%) no segundo e 35(100%) no terceiro mês.

Cada usuário (hipertenso e diabético) foi avaliado clinicamente na primeira consulta, onde foi realizado um exame físico na busca de comorbidades e possíveis danos em órgãos alvos, classificando o risco cardiovascular segundo exame clínico. Mas para estratificação de risco cardiovascular segundo a escala de risco Framingham foi preciso indicar exames complementares e reavaliar o usuário, por isso sempre foi importante a reconsulta para avaliar estes parâmetros e classificar corretamente ao usuário.

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

INDICADOR 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos hipertensos, 44 usuários (100%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 89 (100%) no segundo, 103 (100%) no terceiro mês.

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

INDICADOR 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos diabéticos, 13 usuários (100%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 29(100%) no segundo e 35 (100%) no terceiro mês, atingindo a meta estabelecida.

Podemos perceber que 100% dos usuários (hipertensos e diabéticos) que foram avaliados tanto na consulta como na visita domiciliar receberam, segundo os protocolos de atendimento, as orientações em relação à alimentação saudável. Estas orientações foram oferecidas por meio de palestras na unidade, nas consultas e nas visitas domiciliares, onde foi possível tirar as dúvidas dos usuários e atender cada um deles individualmente. A equipe toda esteve envolvida nestas atividades.

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

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

Em relação aos hipertensos, 44 usuários (100%) haviam recebido orientação sobre a prática de atividade física no primeiro mês, 89 (100%) no segundo e 103 (100%) no terceiro mês.

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

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

Em relação aos diabéticos, 13 usuários (100%) haviam recebido orientação quanto à prática de atividade física no primeiro mês, 29 (100%) no segundo e 35 (100%) no terceiro mês.

Podemos perceber que 100% dos usuários (hipertensos e diabéticos) que foram avaliados tanto na consulta como na visita domiciliar receberam, segundo os protocolos de atendimento, as orientações em relação à prática regular de atividade física. Estas orientações foram oferecidas por meio de palestras na unidade, nas consultas e nas visitas domiciliares, onde foi possível tirar as dúvidas dos usuários e atender cada um deles individualmente. A equipe toda esteve envolvida nestas atividades.

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

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

Em relação aos hipertensos, 44 usuários (100%) haviam recebido orientação quanto aos riscos do tabagismo no primeiro mês, 89 (100%) no segundo mês e 103 (100%) no terceiro mês, atingindo a meta estabelecida.

META 6.6. Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Em relação aos diabéticos, 13 usuários (100%) haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 29 (100%) no segundo e 35 (100%) no terceiro mês, atingindo a meta estabelecida.

Podemos perceber que 100% dos usuários (hipertensos e diabéticos) que foram avaliados tanto na consulta como na visita domiciliar receberam, segundo os protocolos de atendimento, as orientações sobre os riscos do tabagismo. Estas orientações foram oferecidas por meio de palestras na unidade, nas consultas e nas visitas domiciliares, onde foi possível tirar as dúvidas dos usuários e atender cada um deles individualmente. A equipe toda esteve envolvida nestas atividades.

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

INDICADOR 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos hipertensos, 44 usuários (100%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 89 (100%) no segundo e 103 (100%) no terceiro mês, com resultados obtidos segundo meta estabelecida.

META 6.8. Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

INDICADOR 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos diabéticos 13 usuários (100%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 29 (100%) no segundo e 35 (100%) no terceiro mês, com resultados obtidos segundo a meta estabelecida.

Todos os usuários (hipertensos e diabéticos) que foram avaliados tanto na consulta como na visita domiciliar receberam, segundo os protocolos de atendimento, as orientações sobre higiene bucal. Estas orientações foram oferecidas por meio de palestras na unidade, nas consultas e nas visitas domiciliares, onde foi possível tirar as dúvidas dos usuários e atender cada um deles individualmente. A equipe toda esteve envolvida nestas atividades.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Joana Carvalho de Souza trouxe diversas contribuições na melhoria de qualidade de atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético. Por meio desta, houve um aumento na cobertura de hipertensos e/ou diabéticos; a introdução da busca aos usuários faltosos; um maior rigor e sistematização no exame clínico e na realização de exames complementares (conforme protocolo do MS), inclusive ampliando a oferta de exames, ocorrido pela influência do projeto de intervenção na gestão.

Também houve preferência em garantir prescrições de medicamentos da rede pública e/ou Farmácia Popular; ganho na qualidade do registro de informações; ampliação na classificação de risco cardiovascular; vinculação do serviço de odontologia de outras UBS com a nossa, e por consequência, um aumento na taxa de avaliação odontológica anual e a oferta sistematizada de orientações sobre promoção de saúde.

Além do proposto, a equipe teve maior conhecimento acerca dos usuários cadastrados no Programa, aumentou a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. O exame clínico detalhado permitiu a investigação da prevalência de lesões em órgão alvo, de alterações nos pés, observação das taxas de controle dos hipertensos e diabéticos, a regularidade de acompanhamento e de tratamento. Também por meio do projeto, conseguimos uma maior cobertura na avaliação anual da oftalmologia, sendo possível o encaminhamento sistematizado à especialidade.

Este trabalho foi de fundamental importância para que a equipe assumisse de vez seu papel de protagonista nos palcos do SUS; que saísse do campo das ideias para o campo das práticas, do campo das boas intenções para o campo dos bons gestos. Pela primeira vez os destinos da saúde não foram ditados de cima para baixo, nem de fora para dentro. O resultado de tudo isso é uma equipe mais capacitada, mais organizada, mais unida, mais engajada, com a autoestima em ascensão, orgulhosa por gerar frutos de uma qualidade nunca antes experimentada.

A incorporação da intervenção á rotina do serviço contribuiu ainda para um serviço mais organizado e de melhor qualidade que busca sintonia com os princípios que norteiam o SUS. Foram reafirmadas conquistas importantes, tais como: acesso facilitado, agendamento presencial ou por telefone e garantia de consultas de retorno.

O cuidado de atenção ao hipertenso e diabético tornou-se diferenciado. Houve todo um preparo de equipe para o acolhimento, triagem e consultas. Na recepção houve avanços na organização dos prontuários do HIPERDIA.

A equipe de enfermagem já lida com facilidade com aquilo que no início era confuso e moroso: triagem, preenchimento da ficha espelho e cadastro do dos hipertensos e diabéticos.

O médico já se habituou ao novo padrão de atendimento, com exame clínico apropriado, exame de pés, solicitação dos exames complementares de acordo protocolo, encaminhamentos a especialidades quando necessário, mais comumente para a avaliação anual da oftalmologia, reforçando o princípio da integralidade, além de sua contribuição no preenchimento da ficha-espelho.

O monitoramento para este grupo tornou-se ativo e personalizado contribuindo imensamente no acompanhamento de longo prazo. A classificação de risco sistematizada reforça o princípio da equidade, a frequência das consultas de retorno e o planejamento do cuidado. Houve avanços na qualidade dos registros.

Apesar da sobrecarga, a recepcionista tem procurado se adequar com o aumento do volume de serviço (organização de prontuários, agendamento de usuários e de exames complementares, envio de encaminhamentos, busca ativa por telefone e identificação de faltosos).

As ACS contribuem em campo com visitas domiciliares, orientações preventivas, cadastro de novos usuários, busca ativa aos faltosos, identificação de usuários que requeiram visita domiciliar da enfermeira ou do médico.

As capacitações continuam, com a coordenação do médico, enfermeira e a equipe toda. Em fim, um avanço substancial na qualidade de serviço ofertado a todos os usuários em geral, priorizando os hipertensos e diabéticos. A intervenção foi um sucesso para nossa comunidade já que serviu para reforçar os vínculos da unidade com a comunidade, também serviu pra melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários e lograr a satisfação dos mesmos. A comunidade atualmente sente sua saúde mais protegida. Se começasse hoje posso dizer que o trabalho seria mais fácil, já que de acordo a experiência acumulada conheceria muito bem a maneira de fazê-lo, além de que a equipe está mais inter-relacionada, comprometida e sensibilizada com o trabalho e atenção dos usuários. Embora, necessitamos realizar algumas melhorias tanto na avaliação e atenção odontológica quanto a realização

dos exames complementares para os usuários hipertensos e/ou diabéticos e para a população em geral.

Podemos chegar à conclusão de que durante o projeto de intervenção todos aprendemos juntos, incorporei novos saberes em matéria do SUS, graças à ajuda da equipe de saúde e ao mesmo tempo contribuí com os demais profissionais, compartilhando minha experiência profissional. Ao final podemos dizer que todos caminharam juntos para alcançar uma melhora da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos da nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Meu nome é Antonio Miguel Corona Alvarez, médico da UBS Joana Carvalho de Souza. Conforme já é de seu conhecimento em conversa prévia, ainda em fase de projeto, nós da equipe da UBS Joana Carvalho de Souza, trazemos agora aqui um relatório sucinto da intervenção na nossa área que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde ao usuário hipertenso e/ou diabético, ocorrida nos meses de outubro a dezembro do ano 2015.

Agradeço a toda gestão de saúde do município pela ajuda oferecida desde minha chegada a esta cidade, já que sempre me apoiaram na realização do projeto para atingir as metas e objetivos traçados.

Baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

-Implementamos ações no Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético da Unidade de Saúde. Todo usuário da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado.

-Ampliamos a cobertura de hipertensos de 61 (56%) para 103 (94,5%) e de diabéticos de 24 (63,1%) para 35 (92,1%) nestes três meses de duração do projeto.

Para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes:

-A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone.

-A consulta de retorno é garantida. Sendo que prévio a intervenção não se agendava a consulta de retorno para o usuário.

-Os medicamentos escolhidos para o tratamento são, sempre que possíveis, os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia Popular.

-Dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento, além do atendimento diário por demanda livre. Anterior á nossa intervenção o atendimento clínico na nossa UBS era realizado de maneira esporádica.

-Para melhorar a adesão ao tratamento instituímos busca aos faltosos. As faltas durante a intervenção foram raras.

-Houve ampliação do número de exames complementares melhorando o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações.

-Houve melhora na qualidade dos registros. Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente em prontuário clínico, ficha-espelho e cartão do hipertenso. O monitoramento das ações é feito por planilha eletrônica. Antes da nossa intervenção o registro era deficiente e, por tanto, no existiam dados adequados para realizar um acompanhamento sistemático de qualidade.

-Em cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribuiu com o planejamento do cuidado individual. A avaliação do risco cardiovascular nunca foi realizado na nossa UBS antes da intervenção.

-O serviço de odontologia foi vinculado ao Programa, mas para recebê-lo os usuários tem de ser encaminhados para outra UBS, neste caso para a UBS Deuzivana Marinho de Paula.

-Todos os usuários estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo.

- As atividades de grupo para a promoção e prevenção em saúde não eram realizadas anterior à nossa intervenção, atualmente são realizadas sistematicamente, com ênfase nos fatores de risco de diversas doenças.

-Os usuários estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

Como em toda grande empreitada, dificuldades de percurso sempre surgem. Destacam-se as dificuldades encontradas na atenção odontológica dos usuários, lembrando que nossa UBS não consta com este serviço e é muito difícil agendar uma consulta em outras UBS onde se realizam atendimento odontológico. Talvez

com o apoio da gestão encontremos um meio para solucionar este problema. Temos de lembrar que antes de começar a intervenção, a Secretaria de Saúde falou sobre a possibilidade de colocar o serviço de odontologia na nossa UBS para o ano 2016. Também com o apoio da gestão poderemos solucionar as dificuldades relacionadas á falta de material para a realização em 100% dos exames nos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e da população, em geral.

É com orgulho que constatamos então que a grande maioria dos usuários inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares, utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular. Mesmo que a realização da intervenção precisou de um grande esforço, foi realizada com sucesso e já foi incorporada a rotina do nosso serviço. Enfatizamos que a intervenção foi muito importante para melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, mas para manter e/ou melhorar os indicadores obtidos precisamos a participação ativa da gestão.

Por fim, nós da equipe da unidade de saúde Joana Carvalho de Souza, queremos lhes agradecer por todo o apoio prestado, imprescindível para a efetividade desta empreitada. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e propomos um novo encontro para juntos buscarmos soluções aos desafios advindos desta intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Meu nome é Antonio Miguel Corona Alvarez, médico da UBS Joana Carvalho de Souza. Primeiramente quero agradecer o acolhimento e a confiança depositada por vocês na minha pessoa, por ter tido esta grandiosa oportunidade de desempenhar meu papel de profissional da saúde ajudando a uma comunidade com uma cultura e uma diversidade tão especial como vocês, o que representa uma experiência inesquecível que me faz crescer como ser humano.

Muitos de vocês já devem ter percebido ou foram informados a respeito de uma série de mudanças que vem acontecendo recentemente em nossa unidade de saúde, mais especificamente a um conjunto de ações que ocorreram durante 12 semanas, entre os meses de outubro até dezembro. A esse conjunto de ações chamamos de intervenção.

A nossa intenção era e é melhorar a qualidade geral do atendimento na unidade de saúde, especificamente dos usuários hipertensos e diabéticos da área, já que achamos que anterior á nossa intervenção o atendimento tanto para a pessoa hipertensa quanto para a diabética não era adequado nem sistemático. Baseados nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

-Implementamos açõesno Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético, todo usuário com estas doenças da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado, ou seja, a equipe observa ao longo do seu acompanhamento se está recebendo à atenção de acordo com o recomendado.

-Aumentamos a cobertura de hipertensos e diabéticos, ou seja, um maior número de usuários deste grupo passou a ser acompanhado por nossa equipe. Anteriormente estavam cadastrados, sem acompanhamento adequado nem sistemático 61 hipertensos, atualmente são acompanhados adequadamente 103 hipertensos na nossa UBS. A mesma situação acontecia com as pessoas diabéticas, anteriormente só 24 deles recebiam acompanhamento esporadicamente, atualmente são 35 diabéticos os que recebem atendimento sistemático e de qualidade na nossa UBS.

Para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes:

-A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone.

-A consulta de retorno é garantida. A pessoa hipertensa e/ou diabética saem da consulta conhecendo a data em que devem retornar para o próximo atendimento.

-Os medicamentos escolhidos para o tratamento são, sempre que possíveis, os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia Popular, sabendo que a população da nossa área tem carências econômicas e não sempre pode comprar medicamentos nas farmácias particulares.

-Dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento. O usuário pode também procurar a unidade de saúde, sem agendamento prévio, sempre que houver necessidade.

-Os usuários que faltarem às consultas estão sendo contatados pelos agentes comunitários de saúde ou por telefone para sabermos qual o motivo da falta e remarcação de outra avaliação.

-Houve ampliação do número de exames complementares (de sangue, urina e eletrocardiograma) para o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações. Estes devem ser realizados periodicamente.

-Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente. Lembramos aos usuários do direito de acessarem seus registros, sempre que julgarem necessário.

-Em cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos. O seja se realiza avaliação individual para

determinar complicações futuras da doença. Essa medida contribui para que nossa equipe possa planejar o cuidado individual de cada usuário.

-Mesmo não contando com serviço de odontologia na nossa UBS, este serviço foi vinculado ao Programa. Daqui para frente poderemos realizar agendamento para a avaliação anual com este serviço em outra UBS. Quando começar a funcionar este serviço na nossa UBS, previsto para este ano, os usuários não terão que ser encaminhados.

-Todos os usuários estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo.

-Os usuários estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

É com orgulho que constatamos que a grande maioria dos usuários inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares, utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular.

Devido a dificuldades, informamos que ainda não foi possível atingir todas as metas estabelecidas para o Programa durante as 12 semanas de intervenção. Queremos continuar avançando, mas o programa já é uma realidade em nossa UBS e continuará acontecendo. Convidamos a comunidade a continuar participando das ações realizadas.

Por fim, nós da equipe da unidade de saúde, queremos agradecer à comunidade pela colaboração e compreensão e também ao apoio da gestão, imprescindíveis para a efetividade desta empreitada. Contamos com a participação de todos para continuarmos cadastrando os hipertensos e diabéticos que ainda não foram cadastrados, assim como para melhorar a saúde deles.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde minha chegada a Brasil, a diferença da língua, cultura, costumes, já significava um desafio para mim como pessoa e como profissional, situação que não mudou quando comecei a trabalhar na unidade de saúde, onde me encontro até hoje, mas graças a Deus e às maravilhosas pessoas com que tive a sorte de compartilhar meu trabalho, tudo foi sendo facilitado. No começo do projeto de intervenção já tínhamos alcançado uma integração com o resto da equipe que nos permitiu esta nova conquista, sempre acontecem alguns tropeços, mas ao final a equipe continuava em frente, aprendendo uns com os outros, sem importar o grau profissional.

Depois da minha formação como Médico Geral, fiz uma especialização em Cuba durante três anos, de Medicina Geral Integral (MGI), estudando profundamente e superando os diferentes módulos, ao chegar ao Brasil nunca imaginei que ia ter esta oportunidade única de continuar neste caminho com um curso de especialização de saúde da família que trata de muitos temas já previamente abordados durante meus estudos, foi gratificante mesmo e sem dúvida acrescentou muito a meu desenvolvimento profissional.

Os questionários, questões reflexivas e materiais do Ministério da Saúde geraram ricas discussões entre a equipe, ajudaram a enxergar os problemas de maneira sistematizada, ampliaram o conhecimento e serviram de substrato para uma análise situacional mais fidedigna a qual nos remete a desafios vindouros.

As riquezas das planilhas ofertadas pelo curso (Caderno de Ações Programáticas, OMIA, coleta de dados) foram fontes de estímulos para a atualização e desenvolvimento de habilidades na área de informática.

Achei muito interessante os casos clínicos e as provas oferecidas no curso, já que sempre me obrigaram a estudar e colocar em prática meus conhecimentos, além de também servirem de muita ajuda para o trabalho do dia a dia com os diferentes usuários da unidade.

Os fóruns com colegas e com os orientadores propiciaram troca de experiências e discussões de alta qualidade, difíceis de serem mensuradas, mas que contribuíram com o crescimento pessoal e profissional, além de servir de balizamento situacional entre o contexto de saúde local e o de fora.

A intervenção foi a união da teoria à prática, uma síntese de todo o curso e um grande desafio em realizar um projeto, estabelecer objetivos e metas, pactuar, intervir, monitorar, organizar o serviço, capacitar, engajar a equipe, público e gestores. O curso já valeu à pena em termos de ganhos pessoais. Entretanto, ao ver o resultado da intervenção percebo que todos nós ganhamos no processo. A equipe é mais unida e autoconfiante; a gestão nunca esteve tão próxima e a comunidade demonstra satisfação por reconhecer uma melhoria na qualidade de atenção.

Após ter “trilhado a jornada”, posso afirmar hoje com segurança que me sinto capacitado para intervir em outras áreas de atenção.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com o exame de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
5	5						
6	6						
7	7						
8	8						
9	9						

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
5	5						
6	6						
7	7						
8	8						
9	9						

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente está com o registro de risco nutricional atualizado?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
5	5						
6	6						
7	7						
8	8						
9	9						

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante