

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Cidade Nova em Rio Branco/AC**

Onel Acosta Tejeda

Pelotas, 2015

Onel Acosta Tejeda

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Cidade Nova em Rio Branco/AC

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

Orientador (a):Danielle Vasconcellos de Paula
Co-orientadora: Ana Guilhermina Machado Reis

Pelotas, 2015

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

T266m Tejada, Onel Acosta

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Cidade Nova Em Rio Branco/AC / Onel Acosta Tejada; Danielle Vasconcellos de Paula Costa, orientador(a); Ana Guilhermina Machado Reis, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

60 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Costa, Danielle Vasconcellos de Paula, orient. II. Reis, Ana Guilhermina

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

A toda a equipe de saúde que colaborou para a realização da intervenção, fazendo seu trabalho.

A minha orientadora Danielle Vasconcellos de Paula e Co-orientadora Ana Guilhermina Machado Reis.

A todos os que tiveram colaboração com a intervenção.

Resumo

ACOSTA, Tejada Onel. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Cidade Nova em Rio Branco/AC.** 2015.60f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças mais frequentes na população e as que mais apresentam complicações e anos de vida perdidos, por isso, é importante uma intervenção direcionada melhorar a atenção aos usuários que sofrem com essas doenças. Em nossa comunidade só se conhecia uma pequena proporção em relação à realidade, a cobertura era de aproximadamente 28% dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sendo acompanhados apenas 350 dos 1265 hipertensos e 103 dos 362 diabéticos de nossa área, este aspecto motivou a equipe a definir a ação programática. Devemos dizer que antes da intervenção se estava trabalhando com o caderno de ações programáticas, e quando foi começado a intervenção começamos a trabalhar com os dados da planilha de coleta dos dados da estimativa de Vigitel que é mais adequada a nossa realidade; sendo um total de 1034 hipertensos e 255 diabéticos. Foi realizado um diagnóstico e trabalhados fatores de riscos por meio de ações educativas, implementando a intervenção para que esses usuários tenham uma melhor qualidade de vida. Desta forma, a intervenção teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Cidade Nova município Rio Branco, estado Acre. A intervenção foi realizada no período de março a junho de 2015. Para alcançar os objetivos propostos na intervenção foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso, sendo estas: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para subsidiar tecnicamente a intervenção, foi utilizado o protocolo de Diabetes e Hipertensão do Ministério da Saúde de 2013. Para a coleta dos dados foi utilizada a planilha em Excel e a ficha espelho, ambos instrumentos disponibilizados pelo curso. Alcançando como resultado o aumento da cobertura para hipertensos para 50,1% (518) e diabéticos para 59,6% (152) além de melhorias na qualidade dos atendimentos e qualificação na organização do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.	39
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.	39
Figura 3	Fotografia de atividades de educação em saúde com usuários Hipertensos e Diabéticos na Comunidade e na UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.	52
Figura 4	Fotografia de atividades de educação em saúde com usuários Hipertensos e Diabéticos da UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.	52
Figura 5	Fotografia da equipe da UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.	53
Figura 6	Fotografia de período de alagamento ocorrido no município Rio Branco/AC.	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CECON	Centro de Controle Oncológico
CEO	Centro de Especialidade odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC I	Neoplasia Intra-epiteial Cervical
PCCU	Preventivo de Câncer de Colo de Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

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.	17
2.	Análise Estratégica.....	19
2.1	Justificativa.....	19
2.2	Objetivos e Metas	20
2.2.1	Objetivo geral.....	20
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	20
2.3	Metodologia	21
2.3.1	Detalhamentos das ações	22
2.3.2	Indicadores.....	27
2.3.3	Logística.....	31
2.3.4	Cronograma.....	32
3	Relatório da Intervenção.....	34
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	34
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas.....	36
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	37
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	37
4	Avaliação da intervenção.....	38
4.1	Resultados.....	38
4.2	Discussão.....	42
5	Relatório da intervenção para gestores.....	45
6	Relatório da intervenção para comunidade.....	47
7	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	49
	Referências	50
	Apêndices.....	51
	Apêndice A– Registros de imagens da intervenção	52
Anexos		54
Anexo A - Documento do comitê de ética		55
Anexo B - Planilha de Coleta de Dados		56
Anexo C-Ficha espelho		58
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....		60

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Cidade Nova município Rio Branco, estado do Acre.

O volume está dividido em 7 partes, começando com a análise situacional e uma descrição da unidade e sua comunidade.

A segunda parte está relacionada com a análise estratégica e com a intervenção, o planejamento de todas as ações que iam ser desenvolvidas.

A terceira parte trata-se de como foi feita a intervenção junto com todas as ações desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas, incluindo a justificativa.

A quarta parte é a avaliação da intervenção, junto com os resultados e sua discussão.

A quinta e sexta parte são os relatórios para a comunidade e gestores e finalizamos com a sétima parte com a reflexão do processo de aprendizagem.

Também no volume estão incluídos a bibliografia, os anexos que foram utilizados durante a intervenção e trazemos fotografias de alguns momentos da intervenção nos apêndices.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde fica localizada em uma área urbana do segundo distrito da cidade de Rio Branco, bairro Cidade Nova, próximo do Rio Acre, toda nossa população é de área urbana.

A unidade de saúde possui uma sala para a recepção dos usuários onde se faz o acolhimento, pré-consulta, agendamento e orientações de saúde.

Possui um consultório médico onde se atendem os usuários oferecendo orientações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento. Também possui uma sala de enfermagem, sala de curativo, sala de vacina, farmácia, banheiro e copa.

A unidade não tem sala de reuniões, as mesmas são realizadas na sala de enfermagem. Não possui sala de coleta de materiais contamináveis, não possui sala de limpeza nem sala de ACS, os corredores são pequenos e estreitos e como não se tem sala de armazenamento o mesmo é feito na sala do médico e na sala da enfermeira, pois estas salas são maiores. Isso afeta diretamente tanto os usuários como os trabalhadores. O maior problema de nossa unidade está relacionado com a infra-estrutura já que temos poucos espaços. Tem mesas, cadeiras aparelhos de verificação da pressão arterial, possui uma televisão onde se oferece materiais educativos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Nossa unidade é composta por 13 agentes comunitários de saúde, uma servente, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico; anteriormente eram duas equipes de saúde que foram unificadas.

A frequência de atendimento na unidade é de segunda a sexta-feira distribuindo-se em consultas e visitas domiciliares.

Não existem dificuldades para o pedido dos exames e consultas especializadas, o problema que enfrentamos é a demora dos resultados dos exames que é de um mês.

A oferta de medicamentos é satisfatória em geral e tratada a maioria das doenças com os remédios ofertados da unidade de saúde.

Temos vacinas de acordo com as principais doenças passíveis de prevenção e transmissíveis da comunidade o que permite elevar a qualidade de vida da população.

O processo de trabalho de nossa unidade começa a partir das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde de orientação e busca ativa de casos que requeiram uma maior atenção realizando promoção de saúde pra cada família e vigilância de qualquer acontecimento que requeira a população em matéria de saúde, os agentes de saúde são osque conhecem tudo o que acontece nas famílias e de maneira geral a população. O médico e a enfermeira realizam consultas dentro da unidade e visitas domiciliares aos usuários que requeiram atendimento em sua casa. As reuniões são realizadas com todos os integrantes da equipe de saúde da unidade uma vez na semana onde é discutido o processo de trabalho da semana anterior e planejamento da semana seguinte.

A equipe criou um grupo de idosos com apoio da comunidade e dos participantes, que é realizado todos os meses, em um encontro com café da manhã, palestras educativas e atividades culturais.

A maioria de nossa população são pessoas de baixa renda que vivem às margens do Rio Acre, essas pessoas passam todos os anos por período de cheia do rio nos meses de chuva, que são janeiro e fevereiro, muitas dessas pessoas são retiradas de suas casas e levadas para um abrigo, isso influencia no surgimento de muitas doenças durante e depois do alagamento, predominando leptospiroses, hepatites e doenças diarréicas. Os abrigos são improvisados em lugares altos da cidade que tenham as condições mínimas para passar por esse período. Durante o período da cheia do rio a unidade também é atingida e todo material é remanejado para outro local ou para os abrigos para realizar atendimento às pessoas que saíram de suas casas para abrigos.

As enfermidades mais freqüentes de nossa comunidade são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como hipertensão e diabetes. Os tipos de serviço mais procurado pelos usuários são para o controle e seguimento das DNT e doenças respiratórias agudas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS se encontra no município Rio Branco estado do Acre, que conta com uma população de 363 928 habitantes. Tem 53 UBS, sendo que 49 são de tipo ESF e 4 mistas, não existe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem disponível um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), também tem 07 hospitais: hospital pediátrico, clínico geral, psiquiátrico, oncológico, o Centro de Controle Oncológico (CECON), de idosos, maternidade, dermoinfectológico, 4 UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) e 1 pronto socorro. Tem disponibilidade de exames complementares em todos os níveis de atenção, também tem conselho regional de medicina, odontologia e enfermagem, uma universidade de medicina e faculdade de medicina (UNINORTE).

Nossa UBS é urbana, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) com todos os níveis de atenção, com a secretaria de saúde do município, é de Unidade de Saúde da Família (USF) de tipo estratégia de saúde da família, a unidade tem uma equipe de saúde composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 13 agentes comunitários de saúde. A unidade de saúde é pequena em infraestrutura, não tem sala de espera, não tem sala de reuniões, as mesmas são realizadas na sala do médico ou de enfermagem, não tem sala de almoxarifado, e não tem sala de agentes comunitários, em ocasiões existe dificuldade na entrada e saída dos usuários porque tem espaços muito reduzidos para caminhar. A unidade não possui abrigo de resíduos sólidos, os mesmos são depositados em sacolas, coletados e recolhidos por pessoas encarregadas, com frequência de duas vezes por semana, isso muitas vezes pode acarretar problemas para os usuários e os próprios funcionários que ficam expostos a materiais contaminados.

As salas têm janelas e boa ventilação. O maior problema de nossa unidade está relacionado com a infra-estrutura já que temos poucos espaços. Os corredores são pequenos e estreitos e como não se tem sala de armazenamento o mesmo é feito na sala do médico e na sala da enfermeira, pois estas salas são maiores. Isso afeta diretamente tanto os usuários como os trabalhadores.

Como não temos salas suficientes, os usuários têm que aguardar na parte de fora da unidade pelas consultas.

Os profissionais de nossa unidade realizam alguns cuidados em saúde no domicílio, na associação comunitária e em igrejas, deveria haver mais espaços para realizar o trabalho, mas a falta de recursos e falta de consciência não deixam.

Todos os profissionais que trabalham na unidade realizam cuidado domiciliar, mas aqueles que mais acompanham no domicílio são os agentes comunitários, visto que o médico e o enfermeiro têm muita carga de trabalho e em ocasiões dificulta o atendimento domiciliar, mas não deixam de atender os usuários que necessitam, só priorizam o atendimento.

Também se realizam atividades em grupo, mas não temos muitos grupos formados, não por falta de vontade só por falta de recursos como materiais para fazer encontros e oferecer atividades de educação em saúde.

Em nossa unidade de saúde se faz reuniões com toda a equipe de saúde com frequência semanal para construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento de ações e discussão de problemas de saúde da comunidade.

Nossa população é de 7000 habitantes, predominando o sexo feminino e da idade adulta de 15-59 anos. A demanda pelo serviço é elevada, pois é uma população muito grande para uma equipe de saúde, anteriormente eram duas equipes de saúde e foram unificadas. Esse número da população prejudica nossos atendimentos já que temos aumento de demanda nas consultas e por vezes é necessário enviar usuários a outras unidades. Não existe proposta para aumentar o número de equipes, pois há a previsão de que a população de nossa área diminua, visto que o governo entregará casas às pessoas que moram perto do rio com perigo de alagamento, essas pessoas irão para outro bairro e a população de nossa área diminuirá.

Existem muitos casos de excesso de demanda espontânea que solicitam atendimento médico no dia, mas a maioria são usuários fora da área, principalmente da zona rural onde não existe cobertura médica, sempre se procura uma solução, mas em ocasiões não é possível e o usuário é encaminhado para as redes de atendimento do sistema de saúde e resolvendo a sua situação.

O acolhimento é realizado pelos integrantes da equipe de saúde principalmente enfermeira, técnica de enfermagem e alguns agentes comunitários de saúde. Quando chega o usuário, procuram seu prontuário, verificam sua pressão arterial e oferecem a pré-consulta.

Em nossa unidade se faz atendimento à saúde da criança com o médico e com a enfermeira, mas em sua maioria as consultas de desenvolvimento são realizadas pela enfermeira, e caso apresente algum problema de saúde agudo são atendidas pelo médico. Ainda temos algumas dificuldades em relação ao atendimento das

crianças com doenças agudas por excesso de demanda, mas sempre se procura uma solução e nunca se deixa de oferecer um atendimento adequado como toda população requer.

A cobertura de saúde da criança em nossa área é aceitável já que são acompanhadas 61% das crianças da área que são menores de um ano, ou seja, 87 do total de 143, segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), poderia ser melhor, mas algumas mães fazem o atendimento em outras áreas.

Com relação aos indicadores de qualidade da atenção onde mais se tem problemas são em relação à triagem auditiva, com apenas 39%. Também se tem problema com o teste do pezinho, apenas 57% realizaram o teste até sete dias, pois as mães não levam as crianças às consultas antes dos sete dias e também por esse motivo que as consultas antes dos sete dias não se faz em sua totalidade, mas se trabalha para conscientizar todas as mães para que levem suas crianças às consultas.

A cobertura do pré-natal de nossa área é um pouco baixa porque de acordo com a estimativa do CAP temos 108 gestantes e só acompanhamos 30 representando 28% do total estimado. Em nossa unidade se faz atendimento pré-natal de forma programada a todas as gestantes cadastradas. Temos algumas deficiências como o exame ginecológico por trimestre às grávidas, com apenas 57%. Por diversas causas como negação das gestantes e falta de especialista em ginecologia para sua avaliação, de acordo com o programa só é avaliado por ginecologista se a gestante é de risco, e algumas vezes as gestantes se recusam a fazer o exame ginecológico. Sempre tentamos procurar uma solução, mas geralmente elas só deixam ser examinadas pela enfermeira, estamos procurando realizar exame ginecológico em conjunto com médico e enfermeira. Temos que melhorar a qualidade do atendimento para elevar os indicadores de saúde, a maioria dos atendimentos de nossa unidade é realizada pela enfermeira e avaliada pelo médico.

Em relação ao controle do câncer de colo de útero e de mama, é realizado o Preventivo de Câncer de Colo de Útero (PCCU) na UBS a todas as mulheres a partir 25 anos idade e jovens com vida sexual ativa, se o resultado é NIC I ou células glandulares se repete aos 6 meses, se dá alterado se encaminha para ginecologista de CECON. As mulheres com exames alterados recebem visita dos ACS, posteriormente pela enfermagem em sua casa para saber se está com o seguimento e a evolução da usuária. Em nossa unidade só se faz coleta de amostra a mulheres

da área, a mulher fora de área não se faz porque a demanda da população de nossa área é muito grande e não há como realizar o seguimento a essas usuárias fora de área. A coleta de exame é realizada pela enfermeira, mas todos os profissionais falam com as usuárias da importância da necessidade de realizar a prevenção do câncer de colo uterino, não se tem arquivo específico para o resultado dos exames coletados, deveriam existir arquivos para todos os exames citopatológicos realizados e também os resultados de todas as mulheres que ficam dentro do programa de pesquisa de câncer de colo de útero. Estamos trabalhando nesse sentido, discutindo em reuniões de equipe, mas ainda não se tem soluções.

Temos uma boa cobertura de mulheres acompanhadas para a prevenção do câncer de mama, de 93% (334 de 360), mas temos que seguir trabalhando com as mulheres que não querem fazer o exame de mamografia e melhorar a avaliação de risco para esse tipo de câncer. Todas as mulheres menores de 35 anos com sintomas e com exame de mama alterado se indica ultrassonografia de mama, as maiores de 35 anos com antecedentes de câncer de mama na família se indica mamografia de 2 em 2 anos e as mulheres de 50 e mais anos se indica mamografia anualmente, se dá alterada se encaminha para mastologista do CECON.

Em nossa unidade todos os profissionais estão envolvidos com a prevenção do câncer de mama, existe um profissional que se dedica ao planejamento e coordenação de ações de controle de câncer de mama, contudo não existe um profissional específico para o monitoramento das ações, é uma deficiência que deveria ser superada para diminuir incidência do câncer de mama. Sobre os indicadores de qualidade onde se tem mais problemas é na realização da mamografia em dia com apenas 60% (200), existem mulheres que não o faz por diversos motivos, algumas porque não querem fazer e outras pela demora da consulta, mas apesar disso orientamos a todas as mulheres da importância da realização da mamografia e orientações para a realização de auto-exame de mama. Outro problema é na avaliação de risco de câncer de mama, com apenas 4% (12) avaliadas.

Já para o câncer de colo de útero a cobertura é de 88% (1330 de 1516), e os indicadores de qualidade revelam um bom acompanhamento.

Em nossa unidade se trabalha com os hipertensos dois dias na semana como parte do hiperdia, participando toda a equipe de saúde desenvolvendo-se diversas ações como cadastramento, preenchendo a carteira de saúde, avaliação de riscos e diagnósticos de problemas agudos que poderiam ocorrer. Somente 28% (350 de

1265) dos hipertensos são acompanhados na Unidade, de acordo com a realidade estimada de nossa área, uma proporção pequena, além disso, devem existir mais hipertensos que ainda não foram diagnosticados. Trabalhamos com toda população maior de 20 anos que procura a consulta com a pesquisa de P.A.

Em relação aos indicadores de qualidade onde se tem mais problema é em relação aos exames complementares em dia. Apesar de se indicar a todos os usuários avaliados em consulta que realizem os exames alguns não fazem, acham que não são importantes, mesmo assim, sempre explicamos a importância.

Também há dificuldades para usuários idosos fracos, sendo que estes não podem ir à unidade. Temos problema em relação à saúde bucal porque em nossa unidade não existe posto de odontologia.

Todos os profissionais participam do atendimento de diabetes mellitus utilizando o protocolo do ministério de saúde com ações iguais para os hipertensos. A cobertura é de 28% (103 de 362), logo é preciso seguir trabalhando para aumentar a cobertura e incrementar o diagnóstico, já que alguns são diagnosticados tardiamente já com complicações, tem que melhorar estes indicadores para elevar o estado de saúde da população. Deve-se pesquisar em toda a população as pessoas com fatores de risco de diabetes e realizar a glicemia de jejum, e assim vai se diagnosticar muitos casos que não se conhecem que têm esta doença assim evitando complicações que poderiam aparecer e elevando a qualidade de vida da população.

Essa sugestão já foi discutida na equipe e estamos implementando para o diagnóstico de diabetes. Com relação aos indicadores de qualidade onde aparecem mais problemas são os relacionados à saúde bucal, com 87% (90), igual para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não existe em nossa unidade atendimento de odontologia dificultando o atendimento, já que os usuários precisam trasladar-se a outra unidade procurando atendimento odontológico, mas se trabalha procurando soluções para melhorar o atendimento. Alguns problemas aparecem com respeito ao atraso da consulta programada, 12% (12) para diabéticos e 6% (22) para hipertensos, mas são menores já que só demoram poucos dias em seu atraso resgatando-se as consultas perdidas.

Em nossa unidade se realiza atendimento às pessoas idosas participando todos os trabalhadores de saúde, desenvolvendo diversas ações de saúde como promoção da saúde, prevenção de doenças, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde agudos e fatores de riscos. Fazemos atividades com o grupo

de idosos com frequência mensal que inclui café da manhã e palestras educativas sobre os principais fatores de riscos das pessoas idosas, participando todos os profissionais de saúde da unidade e pessoas da secretaria de saúde do município. Também se realiza cuidado domiciliar aos idosos com frequência diária, participando todos os profissionais, oferecendo atenção médica aos usuários que necessitem de cuidado domiciliar e que não podem trasladar-se para a unidade. Conta-se com um número de 460 idosos em nossa área de acordo com a estimativa do CAP programáticas, sendo a cobertura de 71% (325). Porém, a realidade é que em nossa área só contamos com essa quantidade de pessoas idosas que são acompanhadas, anteriormente havia mais idosos, mas com a mudança para outros bairros diminuiriam.

Todas as pessoas idosas de nossa área têm seguimento por parte de nossa unidade existindo uma cobertura de 100% dos usuários idosos. Em relação aos indicadores de qualidade se tem problema à caderneta de saúde 86% (280) dos usuários idosos têm caderneta de saúde porque os agentes de saúde começaram o recadastramento para caderneta nova há pouco tempo devido à mudança do bairro das pessoas, mas estão por terminar. Os usuários idosos que têm avaliação da saúde bucal são 89% (290), pois em nossa unidade não tem atendimento odontológico e se dificulta para a realização de todos os usuários principalmente os idosos acamados. Em relação aos usuários idosos com hipertensão arterial correspondem um 74% e diabetes um 22%, estas cifras deveriam ser maiores já que há casos não notificados em relação aos idosos, mas se continua trabalhando na pesquisa destas doenças para realizar um diagnóstico precoce.

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

Com relação ao texto inicial, só há informações sobre a situação da UBS, não descreve de maneira detalhada como no Relatório da Análise Situacional que além da situação do serviço fala de toda a comunidade e dos problemas que existem e possíveis soluções para esses problemas. Também neste relatório é exposto tudo o que se faz na atenção primária na unidade de saúde como atenção à saúde da criança, atenção pré-natal, prevenção e controle de câncer de colo e mama, atenção de saúde do HAS, DM e idoso entre outras ações de saúde que no outro texto não se fala. Por isso, observa-se melhorias neste relatório onde é exposto a realidade da

unidade de saúde onde trabalho. Após realizar a análise do texto inicial sobre a situação da Atenção Primária na UBS comparando com o Relatório da Análise Situacional vimos que a nossa visão a partir do preenchimento dos questionários e caderno de Ações Programáticas disponibilizados pela Universidade Federal de Pelotas(UFPEL) e leitura de alguns protocolos da Atenção Básica vimos que a nossa visão sobre a atenção básica ficou mais ampliada. Pudemos através das tarefas realizadas durante a Análise Situacional conhecer melhor a unidade e a forma de trabalho, assim como detectar os problemas e traçarmos estratégias para intervir, de acordo com a nossa governabilidade.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL,2013 a p. 19) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. De acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL,2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus 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” .

No Brasil, a prevalência média de HAS auto-referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2014), citado em Brasil (2015, pag 114) temos que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,8%, sendo maior em mulheres (26,8%) do que em homens (22,5%). No tocante ao Diabetes mellitus (DM) a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 8,0%, sendo de 7,3% entre homens e de 8,7% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico de DM se tornou mais comum com o avanço da idade, em particular após os 45 anos. Aproximadamente um quarto dos indivíduos com 65 ou mais anos de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (24,4%).

Em nossa comunidade só temos baixa cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos, 28% para ambos, sendo acompanhados 350 dos 1265 hipertensos da área e 103 dos 362 diabéticos. É por isso que vamos trabalhar com essa ação programática para ampliar a cobertura, alcançar um diagnóstico precoce e trabalhar com os fatores de riscos por meio da educação, implementando a intervenção para que os usuários tenham uma melhor qualidade de vida.

Esta intervenção é muito importante, pois é uma das ações programáticas que mais requer atendimento. Esta é a ação programática que mais envolve a toda a equipe de saúde e a que mais capacitação requer por parte dos trabalhadores da equipe de saúde. A intervenção vai melhorar a atenção de saúde deste grupo já que eles vão aprender mais sobre sua doença e assim vão saber quais são os principais fatores que podem provocar complicações para assim evitá-las, aumentando sua esperança de vida e tendo uma melhor qualidade de vida.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS/ESF Cidade Nova em Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

- Cadastrar a 55% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Cadastrar a 55% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Cidade Nova, no Município de Rio Branco, Estado Acre. O público-alvo é hipertenso e diabético acima de 20 anos da área de abrangência. Para sua realização será utilizado o protocolo de Diabetes e

Hipertensão do Ministério da Saúde de 2013. Para a coleta dos dados foi utilizada as fichas de coleta dos dados e a ficha espelho.

2.3.1 Detalhamentos das ações

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo

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

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano

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

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

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

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

Todas estas ações serão realizadas mediante o registro dos cadastros dos usuários hipertensos e diabéticos, todos os dias à medida que se cadastrarem esses usuários, registrando esses dados nas fichas espelhos e avaliando o cumprimento das ações.

2. Organização e Gestão dos Serviços:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde.
 - Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
 - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
 - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
 - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
 - Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
 - Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
 - Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
 - Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares
 - Manter as informações do SIAB atualizadas.
 - Implantar a ficha de acompanhamento.
 - Pactuar com a equipe o registro das informações.
 - Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
 - Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
 - Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
 - Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
 - Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
 - Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
 - Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
 - Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
 - Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Para o cumprimento destas ações temos elaborado um cronograma de atendimento começando com a consulta de hiperdia, para as quais são disponibilizados três dias na semana, além das visitas domiciliares com a busca ativa dos usuários com fatores de risco. Organizou-se a agenda para acolher a todos os usuários provenientes de busca ativa e usuários faltosos, em qualquer dia da semana.

3. Engajamento Público:

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Para essas ações toda a equipe vai trabalhar em função da intervenção, os ACS vão informar a comunidade sobre a importância da intervenção e sobre o programa de atenção ao hipertenso e diabético, além disso, eles vão procurar a todos os usuários hipertensos e diabéticos para o atendimento das consultas nos dias destinados para o atendimento. A equipe de saúde vai colocar avisos e pôster para que todos os usuários saibam sobre o programa. A equipe vai realizar orientações de prevenção e promoção direcionadas à prevenção da hipertensão e diabetes, as mesmas serão feitas em todos os locais, seja na unidade de saúde ou na comunidade.

4. Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos
- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés para os diabéticos.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Para o cumprimento destas ações serão realizadas várias capacitações, muitas delas por profissionais da mesma equipe, como o médico e a enfermeira, serão sobre o cadastro dos usuários, a verificação da pressão arterial, a realização do hemoglicoteste, sobre o protocolo de atendimento, e sobre as medidas de promoção e prevenção de saúde. A capacitação sobre a atenção da saúde bucal vai ser dada pelo odontólogo do centro de saúde de referência para uma melhor orientação da saúde bucal e procurar aos usuários com a necessidade de atendimento odontológico.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 e 1.2: Aumentar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde para 55%.

Indicador 1.1 e 1.2: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos/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 hipertensos/diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Meta 2.1: Melhorar a Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico apropriado para 100% de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número de hipertensos/diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: Melhorar a Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia para 100% de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2: Proporção de hipertensos/diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos/diabéticos com exames complementares em dia.

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

Meta 2.3: Melhorar a Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada para 100%.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos/diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta 2.4: Melhorar a Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100%.

Indicador 2.4: Proporção de hipertensos/diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Meta 3.1: Melhorar a Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa para 100%.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Melhorar a Proporção de hipertensos/diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento para 100%.

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

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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos/diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Melhorar a Proporção de hipertensos/diabéticos com estratificação de risco cardiovascular para 100%.

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Melhorar a Proporção para 100% de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Denominador: Número de hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Melhorar a Proporção para 100% de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.2: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Melhorar a Proporção para 100% de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Melhorar a Proporção para 100% de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.4: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção vamos utilizar o protocolo de Diabetes e Hipertensão do Ministério da Saúde de 2013 (Cadernos de Atenção Básica nº. 36 e 37). Vamos utilizar as fichas de hipertensos e diabéticos, o cadastro anterior de hipertensos e diabéticos, os prontuários, a ficha espelho e a planilha de coleta dos dados disponibilizadas pelo curso e as fichas de atendimento odontológico do centro de saúde de referência. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção serão necessários todos esses. A estimativa é alcançar com a intervenção a 55% da cobertura destas doenças em nossa área utilizando todos esses documentos para seu acompanhamento.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem revisará o livro de registro identificando todos usuários hipertensos e diabéticos que foram à consulta em nossa unidade para o serviço de hiperdia nos últimos 3 meses. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Vamos iniciar a capacitação com a equipe sobre o protocolo de atendimento de HAS e Diabetes para que toda a equipe utilize essa referência no atendimento de hipertensos e diabéticos, esta capacitação vai ser dada pela enfermeira e o médico da unidade no horário da reunião da equipe, em um dia, utilizando o protocolo de HAS e DM do ministério da saúde de 2013. Além disso, também será realizada uma capacitação aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos, para verificação de pressão arterial e a realização do hemoglicoteste; esta capacitação vai ser dada pela técnica de enfermagem no horário de duas tardes, em dois dias diferentes.

Será realizada uma capacitação com toda a equipe sobre a necessidade de atendimento odontológico a todos os diabéticos e hipertensos em uma tarde destinada para isso, durante 2 horas, será realizada no posto de saúde de referência pelo odontólogo, já que nossa unidade de saúde não tem atendimento odontológico.

Para a realização da intervenção vai se utilizar a consulta de hiperdia de nossa unidade que são dois dias, também todos os dias estarão disponíveis para o cadastramento desses usuários. Procurando que todos os usuários hipertensos e diabéticos compareçam esses dias para seu atendimento, os casos novos serão incluídos no programa. O acolhimento da consulta vai ser realizado pela técnica de enfermagem com a verificação da pressão arterial e a realização da hemoglicoteste.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foi realizada uma intervenção para melhorar a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Cidade Nova, Município Rio Branco, Estado do Acre. Foram utilizados para a coleta de dados a ficha espelho e a ficha de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

A intervenção teve uma duração de 16 semanas realizando o trabalho com toda a equipe de saúde realizando as ações previstas segundo o cronograma planejado.

Foram realizadas as ações previstas como: Monitorar 100% de hipertensos e diabéticos acompanhados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Monitorou-se a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, aos hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, a realização de orientação nutricional, a orientação para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

As ações de Monitoramento e avaliação foram realizadas em sua totalidade encontrando algumas dificuldades para sua realização, já que durante o período de alagamento foram dificultados todos os atendimentos para as pessoas de nossa comunidade já que a unidade de saúde deixou de prestar serviço e durante esse período a intervenção foi paralisada, mas apesar disso o único indicador que deixou de cumprir-se foi o indicador de cobertura, cumprindo-se todos os outros indicadores em 100%.

As ações de Organização e Gestão dos Serviços foram realizadas, mas teve dificuldades em sua realização. Havia sido elaborado um cronograma de atendimento

começando com a consulta de hiperdia, para as quais foram disponibilizado três dias na semana, priorizando-se os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos, além das visitas domiciliares com a busca ativa dos usuários com fatores de risco. Após o final da intervenção foram disponibilizados todos os dias da semana já que com só três dias eram insuficientes para acolher a demanda e que todos os pacientes foram cadastrados nas semanas que duraria a intervenção. Também se organizou uma agenda para acolher a todos os usuários provenientes de busca ativa e usuários faltosos, em qualquer dia da semana. Pensava-se que com esses três dias disponibilizados eram suficientes para dar cumprimento as metas de cobertura planejadas, logo após a interrupção da intervenção pôr o motivo da alagação se tiveram que disponibilizar todos os dias da semana. Apesar disso a meta de cobertura para HAS não foi cumprida.

Para as ações de Engajamento Público a equipe trabalhou em função da intervenção informou a comunidade sobre a importância da intervenção e sobre o programa de atenção ao hipertenso e diabético, realizou a busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos para o atendimento e o seguimento deles por parte da equipe tanto em consultas como em visitas domiciliares. Toda a comunidade foi orientada mediante os líderes da comunidade, quanto às medidas tomadas para o atendimento dos usuários e a priorização deles nas consultas todos os dias da semana, o conselho local de saúde foi o encarregado a dar todas as orientações para a população e recolher as dúvidas deles para um melhor atendimento. A equipe realizou orientações de prevenção e promoção de saúde direcionada à prevenção da hipertensão e diabetes, as mesmas foram feitas em todos os locais, seja na unidade de saúde ou na comunidade. Foram realizadas ações coletivas, criando grupos de diabéticos e hipertensos, realizando atividades educativas. Todas estas ações foram realizadas em sua totalidade todos os dias da semana, priorizando-se o trabalho na comunidade indo casa por casa. A comunidade achou muito bom todas as ações realizadas, tanto o atendimento integral e de qualidade, como a integração de todas as pessoas e seu comprometimento com a sua saúde e de todos os integrantes da comunidade.

Para as ações de monitoramento e avaliação foram realizadas várias capacitações, muitas delas por profissionais da mesma equipe, como o médico e a enfermeira. Realizou capacitação aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos, para verificação da pressão arterial, para realização do hemoglicoteste,

para a realização de exame clínico apropriado, para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, sobre o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento, de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e sobre as atividades de promoção e prevenção de saúde. Também realizou-se a capacitação de toda a equipe sobre o protocolo de atenção ao hipertenso e diabético. A capacitação sobre a atenção da saúde bucal foi realizada pelo odontólogo do centro de saúde de referência. Todas estas ações foram realizadas e tiveram cumprimento e por consequência todos os usuários cadastrados receberam todas as orientações para uma melhor qualidade de vida.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não foi cumprida a meta planejada de cobertura para HAS, só foi cumprida para a DM, o motivo foi a paralização das atividades da intervenção durante um mês devido a alagamento do Rio Acre que atingiu nossa comunidade completamente, e nossa equipe teve que prestar serviços em diferentes abrigos disponibilizados pelo governo.

Das ações de Organização e Gestão dos Serviços tivemos dificuldades no relacionadas com estabelecimento de periodicidade para atualização dos profissionais, eles são receberam a capacitação inicial, ou seja, só receberam uma capacitação sobre os protocolos de hipertensão e diabetes já que todas as atualizações estavam programadas para as semanas intermediárias que não aconteceram devido à paralisação da intervenção devido ao alagamento, proveniente do Rio Acre, que comprometeu toda nossa comunidade. Quando retomamos a intervenção as atualizações deixaram de ser a prioridade da equipe. Debates em reunião e definimos como prioridade a necessidade de busca ativa dos usuários. Desta forma, as demais capacitações sobre a atualização do programa não foram realizadas.

Quanto ao cadastramento as capacitações foram realizadas, esta ação favoreceu a verificação de pressão arterial e realização de glicose capilar, e o cumprimento do protocolo de hipertensão e diabetes Quanto a qualificação da prática clínica, faltou uma capacitação sobre a atualização do protocolo, mas não foi realizada pelo mesmo motivo exposto acima.

Também houve dificuldade relacionada com atenção à saúde bucal, todos os usuários foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, mas nem todos receberam o atendimento já que nossa unidade não conta com serviço de odontologia e este serviço só estava sendo oferecido no centro de saúde de referência, não foi possível o atendimento de 100% dos usuários cadastrados já que a demanda era muito grande e nesse centro de saúde só tem um odontólogo para toda a população.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos muitas dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, tendo em vista que passamos por um período de paralisação da intervenção devido às enchentes que atingiram completamente a nossa comunidade e muitos documentos, prontuários e planilhas se perderam dificultando a coleta dos dados. Após esse período foi preciso reorganizar todos os cadastros que se haviam feito, preenchendo novamente as planilhas de acompanhamento, pois se perderam. Entretanto, com a força tarefa de toda equipe, conseguimos retomar os registros na planilha e o cálculo dos indicadores não se teve problemas, realizando-se posteriormente todos na planilha de coleta dos dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações realizadas pela intervenção serão incorporadas à rotina de nossa unidade e serviço para dar continuidade, visto que agora temos duas equipes de trabalho, melhorando assim o atendimento e serviço em nossa comunidade. Temos que melhorar a qualidade do acolhimento dos usuários e seu seguimento e realizar sempre o monitoramento desses usuários com a periodicidade programada segundo o protocolo de atendimento. Teremos algumas dificuldades para que todas as ações que se estavam sendo realizadas na intervenção sejam incorporadas à rotina do serviço, pois agora temos duas equipes e tem que ser um trabalho em conjunto. Já foi discutida a necessidade de cumprimento da intervenção à rotina do serviço e vai ser incorporada, mas é preciso a ajuda de todos para que o trabalho seja cumprido, se espera cooperação de todos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Indicadores de cobertura

Em nossa área de abrangência o início da intervenção contou com uma população de 7000 habitantes, após o período de enchente que atingiu nossa comunidade muitas famílias saíram, terminando ao final da intervenção com uma população de 6800 habitantes. Sendo uma estimativa de 1034 hipertensos e 255 diabéticos, destes foram acompanhados 518 hipertensos e 152 diabéticos ao longo da intervenção, correspondendo a uma cobertura de 50,1% para a hipertensão e 59,6% para a diabetes.

Trabalhamos com o total de população de 6800 habitantes, pois após o período de alagamento foi necessário fazer novo cadastramento. Para a realização da intervenção tivemos que usar a estimativa de Vigitel, pois os dados foram o mais próximo para a nossa realidade na comunidade.

O indicador de cobertura para a Hipertensão Arterial durante o primeiro mês da intervenção foi de 12,4% (128), no segundo mês de 16,9% (175), no terceiro mês de 40,8% (422) e terminando com 50,1% (518). (Figura 1).

A meta planejada de cobertura não foi cumprida, que era de 55,0%, um dos motivos foi a enchente na região que levou à paralização das atividades por um mês. Para que fossem realizadas as ações propostas nossa equipe teve que passar por muitas dificuldades por esse período de alagamento, muitos dos cadastros que se tinham feitos antes, foram perdidos e tivemos que voltar a refazer tudo o que se tinha feito, incrementando o trabalho. Durante o período de alagamento nossa equipe teve que prestar serviços em áreas de abrigos, atendendo usuários de outras comunidades. Também nossa unidade de saúde após esse período não prestou mais atendimento por motivos de infra-estrutura e passou-se prestar serviço no centro de saúde de referência, pôr o que nossa equipe teve que traçar estratégias para o

desenvolvimento da intervenção. Por isso a meta de cobertura planejada não foi cumprida.

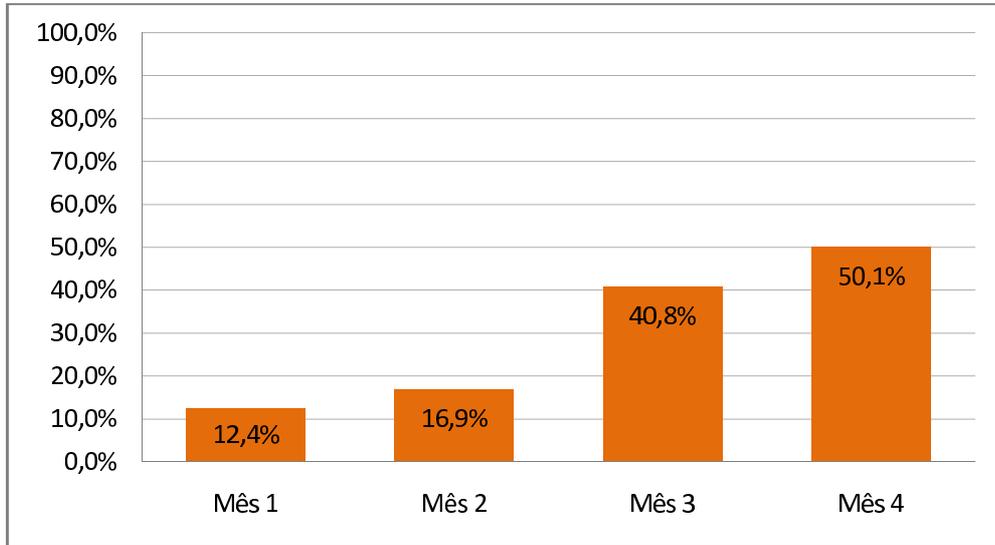


Figura 1 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.

Com relação aos usuários diabéticos temos uma estimativa de 255 sendo acompanhados 152 diabéticos ao longo da intervenção, cobertura de 59,6%. Durante o primeiro mês o índice de cobertura foi 16,1% (41), no segundo mês de 22,4% (57), no terceiro mês de 49,4% (126) e terminando com uma cobertura de 59,6% (152) ao final da intervenção. Dessa forma, foi possível alcançar a meta proposta para a cobertura que era de 55,0% (Figura 2).

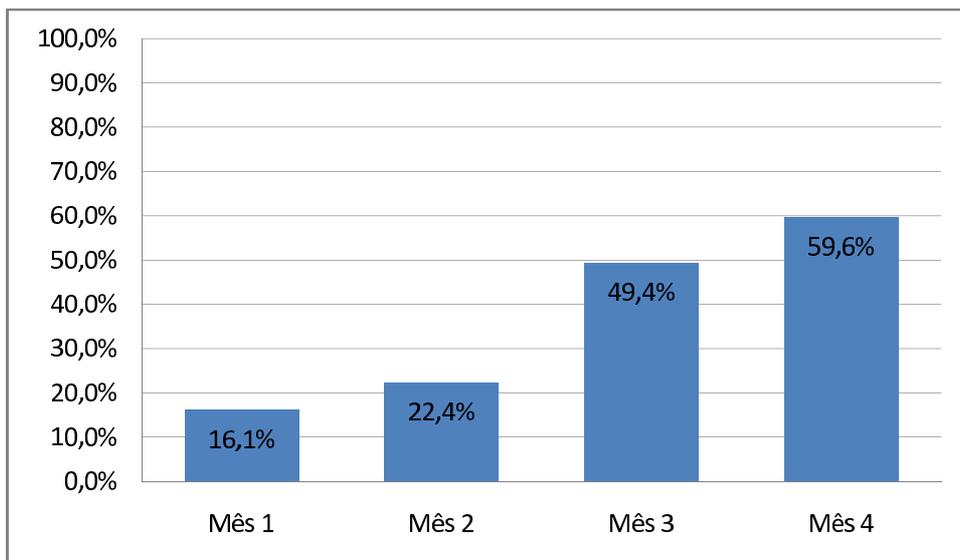


Figura 2 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.

Indicadores de qualidade

Conforme preconizado, a meta para todos os indicadores de qualidade foi de 100% e foi alcançada em sua totalidade, em todos os meses da intervenção. Tivemos algumas dificuldades para alcançar estes indicadores em 100%, visto que durante o período de alagamento a intervenção foi suspensa por um mês, realizando os atendimentos em vários abrigos e a equipe teve que trabalhar separada. Após esse acontecimento foi preciso maior esforço para resgatar todos os usuários atendidos nos abrigos e assim, esses indicadores foram cumpridos em 100%.

Em relação a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi alcançada a meta planejada de 100%, mantendo esse índice em todos os meses da intervenção. Logo, cada usuário acompanhado realizou o exame clínico, participando para isso toda a equipe de saúde.

A proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 100%, mantendo esse índice em cada mês. Para que este indicador fosse cumprido foram avaliados a todos os usuários e os que não estavam com os exames complementares em dia foi solicitado que realizassem, realizando sua avaliação após os 15 dias de indicação, a todos eles.

O indicador de proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi cumprido em 100%, mantendo esse valor em cada mês da intervenção. A todos os usuários cadastrados foram indicados o tratamento com os medicamentos da farmácia popular e os que não tinham foram substituídos.

A proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 100%, comportando-se ao longo da intervenção com 100% de avaliação em cada mês. A todos os usuários diabéticos e hipertensos acompanhados foram realizadas a avaliação de atendimento odontológico por parte de toda a equipe de saúde, mas nem todos receberam o atendimento odontológico em tempo durante a intervenção já que nossa unidade não tem serviço de odontologia. Apesar disso, foram realizados agendamentos e atendimentos no centro de saúde de referência com apoio do odontólogo do centro de saúde, priorizando-se os atendimentos para esse grupo de usuários.

O indicador de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas e com busca ativa alcançou 100%. Muitos dos cadastramentos dos usuários hipertensos e

diabéticos foram realizados por busca ativa e não eram todos conhecidos por parte da equipe de saúde, outros foram diagnosticados e avaliados pela equipe realizando seu seguimento na consulta de atendimento ao hipertenso e diabético.

A proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100%, comportando-se ao longo da intervenção em 100% a cada mês. A todos os usuários acompanhados na intervenção foi feito o registro adequado na ficha de acompanhamento ao hipertenso e diabético realizando um seguimento adequado segundo o protocolo de atendimento.

A proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 100% comportando-se com uma proporção de 100% a cada mês ao longo da intervenção. Todos os usuários foram avaliados para o risco cardiovascular realizando-se um exame clínico e com avaliação por parte da equipe de saúde.

O indicador de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável alcançou 100%, comportando-se com uma proporção de 100% por cada mês de intervenção. Isto foi realizado por todos os integrantes da equipe, tanto em consultas como em visitas domiciliares, todos os usuários receberam estas orientações, incentivando uma modificação do estilo de alimentação para cada um deles priorizando frutas e vegetais na sua dieta, incluindo orientações nutricionais para suas famílias. Todas as orientações foram realizadas por nossa equipe já que não tivemos ajuda de nutricionista, o que teria sido muito bom, mas a gestão não proporcionou a ajuda necessária, apesar disso, esse indicador foi cumprido.

O indicador de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular ficou em 100%, isso em todos os meses. Todos os usuários foram orientados sobre a importância da atividade física regular para o controle adequado de sua doença. Todas as orientações para o cumprimento deste indicador foram realizadas por nossa equipe de saúde, fez falta do apoio de um educador físico já que eles são mais capacitados para realizar as orientações e do tipo de atividade física específico para cada usuário, ainda assim não deixar de oferecer essa orientação.

Todos usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Muitos dos que eram fumantes abandonaram o hábito o que levou a melhoras no controle tanto da hipertensão como diabetes. Comportando-se ao longo da intervenção em 100% da meta.

A proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 100%, isso em todos os meses. Todos os usuários acompanhados receberam orientações sobre higiene bucal por parte de todos os integrantes da equipe, já que todos receberam a capacitação para a realização da orientação de higiene bucal.

4.2 Discussão

Resumo do que foi alcançado com a intervenção:

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção aos usuários, com destaque para a realização do exame físico completo dos usuários, incluindo o exame dos pés dos diabéticos e para uma melhoria da classificação de risco de ambos grupos.

Tivemos muitas dificuldades em nossa intervenção, tínhamos uma micro área descoberta por ACS, foi preciso tomar medidas para que fosse coberta por outros ACS. Além disso, foi preciso paralisar a intervenção por quase um mês devido ao período de enchentes que atingiu completamente nossa comunidade. Os profissionais de nossa equipe demonstraram satisfação com a intervenção, assim como os usuários e gestores e está sendo possível incorporar as ações à rotina do serviço.

Importância da intervenção para a equipe:

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe de saúde tanto do médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e os funcionários da recepção. O médico e a enfermeira foram os responsáveis pelos atendimentos integrais de cada usuário, incluindo avaliação de risco, tanto em consultas como em visitas. Os ACS, por sua vez, foram responsáveis pela busca ativa de todos os usuários cadastrados para seu seguimento e de usuários novos com suspeitas de hipertensão e diabetes, a técnica de enfermagem e os funcionários da recepção ficaram responsáveis pelo acolhimento e pré-consulta de todos os usuários.

As funções de cada um dos integrantes da equipe tiveram um impacto em outras atividades do serviço como as atividades de puericultura, pré-natal e demanda

espontânea, que foi adaptada para modificar a agenda e oferecer o atendimento a todas as necessidades de nossa área e que não ficasse ninguém sem cobertura.

Importância da intervenção para o serviço:

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no atendimento médico, agora com a intervenção foram revisadas as atribuições de cada integrante da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A classificação de risco das pessoas hipertensas e diabéticas tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Todos os membros da equipe pretendem continuar e melhorar o trabalho realizado até agora, todos conhecem suas atribuições, não havendo dificuldades para seu cumprimento.

Importância da intervenção para a comunidade:

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e qualidade do atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Temos falado com toda a população sobre a realização destas ações de priorização dos usuários hipertensos e diabéticos desde o começo da intervenção, apesar disso ainda tem pessoas que não compreendem muito sobre essa priorização, principalmente os usuários fora de área que não conhecem do trabalho realizado em nossa comunidade.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, o que pretendemos alcançar com a continuidade da intervenção.

Agora, o usuário é avaliado integralmente e eles têm uma atenção de qualidade, antes a atenção só era centrada ao usuário e sua doença, agora é avaliada integralmente incluindo o contexto de vida, onde eles convivem.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, já que

anteriormente à intervenção só se faziam as consultas de hiperdia em dois dias e muitos usuários não tinham o segmento adequado. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada.

Como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, como os atendimentos a demanda espontânea dos usuários fora de área.

Viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço e melhorias que devem ser efetivadas na intervenção:

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Trabalhou-se com a priorização dos atendimentos desses usuários em todos os dias da semana e vamos continuar com essas medidas, melhorando e fazendo acompanhamento todos os dias da semana com visitas domiciliares a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e fazendo a busca ativa dos usuários que não comparecem às consultas. Vamos manter a busca ativa de usuários que desconhecem que são hipertensos e diabéticos para que eles tenham um tratamento precoce, evitando o surgimento de complicações.

Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para monitorar todos os indicadores avaliados na intervenção, já que antes só se trabalhava com os prontuários e agora vamos continuar o trabalho em conjunto com a ficha espelho para uma melhor avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos.

Próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço:

Pretende-se investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos nas microáreas em que foram avaliados poucos usuários, por não terem ACS. Tomando esta intervenção como exemplo, também pretendemos implementar outros programas na UBS e melhorar os já existentes para que toda a população tenha acesso a uma saúde de melhor qualidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Com a intervenção feita durante esse período foi possível alcançar maior cobertura do programa de atenção aos diabéticos e hipertensos em nossa comunidade, de 50,1% de cobertura para hipertensos, ou seja, acompanhamos na intervenção 518 dos 1034 hipertensos de nossa área, e 59,6% para diabéticos, sendo 152 dos 255.

A cobertura anteriormente era de 28% para ambos os públicos. A qualidade do acompanhamento também melhorou, conseguimos alcançar 100% para todos os indicadores de qualidade, mostrando uma qualificação da atenção à saúde de excelência na intervenção.

A gestão contribuiu com a divulgação das ações programadas para a realização da intervenção como os encontros e palestras realizadas com o grupo de hipertensos e diabéticos, também com os materiais didáticos e equipamentos para a realização do hemoglicoteste e aparelhos para verificação de PA, sendo portanto, fundamental o apoio recebido.

O SUS é um programa muito rico que se mantido na íntegra será cada vez mais qualificado, mas ainda é necessário envolvimento em vários aspectos. Entre outros, a gestão poderia promover mais capacitações para os profissionais em todas as áreas, dispor de melhores condições de trabalho e promover interações dos profissionais com a comunidade para avaliar os trabalhos realizados.

Ainda precisa-se de mais apoio e recursos para que outras ações programáticas sejam implementadas e a comunidade aceite as medidas adotadas para sua realização.

Desta forma, a equipe de saúde considera fundamental o envolvimento de todos os gestores do município em busca de elevar a melhoria da atenção em saúde

dos usuários hipertensos e diabéticos para que todos possam alcançar melhorias também na sua qualidade de vida.

O envolvimento certamente ampliará o engajamento público, sendo este um aspecto importante para a saúde da comunidade.

6 Relatório da intervenção para comunidade

Cara comunidade,

Realizamos uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Cidade Nova, dessa forma, aumentamos o número de hipertensos e diabéticos com acompanhamento na unidade, diagnosticamos novos usuários que não sabiam que tinham essas doenças e assim poderão se tratar de forma correta, evitar complicações e maiores gastos para seu tratamento.

Com a intervenção feita durante esse período foi possível alcançar maior cobertura do programa de atenção aos diabéticos e hipertensos em nossa comunidade, de 50,1% de cobertura para hipertensos, ou seja, acompanhamos na intervenção 518 dos 1034 hipertensos de nossa área, e 59,6% para diabéticos, sendo 152 dos 255.

A intervenção vai continuar, e assim melhorando o atendimento e serviço em nossa comunidade. Temos que melhorar a qualidade do acolhimento dos usuários, seu acompanhamento e realizar sempre o monitoramento desses usuários com a frequência correta.

A UBS/ESF disponibilizará para a comunidade duas equipes de saúde, e vamos trabalhar em conjunto nas ações, porém, precisamos do apoio de toda a comunidade para alcançarmos ainda melhores resultados.

Sendo assim, pedimos que a comunidade divulgue os serviços, falando aos demais integrantes do bairro sobre as ações que são realizadas com os hipertensos e diabéticos e nos ajudem na conscientização da importância do tratamento adequado e participem de todas as ações propostas.

É preciso manter a comunicação com toda a comunidade e com seus líderes para que saibam como apoiar e entender a priorização dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde para que a atenção à saúde

na UBS seja cada vez melhor, fazendo reuniões e palestras com a população para reforçar a aliança com a comunidade.

Estamos dispostos a seguir melhorando a qualidade do atendimento de hipertensos e diabéticos e contamos com o apoio de todos dessa comunidade.

Desta forma, a equipe de saúde considera fundamental o envolvimento de da comunidade em busca de elevar a melhoria da atenção em saúde dos usuários hipertensos e diabéticos para que todos possam alcançar melhorias também na sua qualidade de vida.

O envolvimento certamente ampliará o engajamento público, sendo este um aspecto importante para a saúde da comunidade.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Com a realização da intervenção o trabalho realizado em nossa comunidade melhorou muito em relação a como era antes, a equipe se uniu e agora podemos realizar um trabalho de qualidade na população, apesar de não ter muitos recursos.

Através da intervenção realizada eu pude aperfeiçoar meus conhecimentos e condutas sobre os usuários hipertensos e diabéticos, e inclusive ter uma maior aproximação com toda a comunidade, estreitando laços e criando uma maior aproximação já que isso é necessário para desenvolver um bom trabalho.

Tínhamos muitas expectativas em atingir a meta de cobertura planejada de 55% de hipertensos e diabéticos cadastrados, infelizmente não foi possível atingir para os hipertensos por motivos da enchente que atingiu nossa comunidade, apesar disso todas as demais metas foram cumpridas e a equipe fez o que estava ao alcance e ficaram entusiasmados com o resultado.

O curso de especialização foi um grande aprendizado para mim como profissional, pois eu pude aprender como é o trabalho realizado no Brasil para oferecer uma atenção de qualidade e melhorar a saúde da população.

Eu aprendi sobre os protocolos de atuação e o conhecimento e funcionamento do SUS o que fez com que meu trabalho fosse melhor desenvolvido.

Aqui se tem muitos recursos para fazer um bom trabalho o que se precisa é vontade dos profissionais e saber o quanto é gratificante resolver o problema de um usuário.

Referências

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

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

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedades Brasileiras de Hipertensão e Cardiologia. 2006.

Brasil. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** Ministério da Saúde. 2002.

Brito Gomes M, Lerario AC. **Diabetes Mellitus.** Diretrizes. Sociedade Brasileira de Diabetes. 2009.

BRASIL.**Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.152 p.: Il

Apêndices

Apêndice A– Registros de imagens da intervenção



Figura 3 - Fotografia de atividades de educação em saúde com usuarios Hipertensos e Diabeticos na Comunidade e na UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.



Figura 4- Fotografia de atividades de educação em saúde com usuarios Hipertensos e Diabeticos da UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.



Figura 5 - Fotografia da equipe da UBS/ESF Cidade Nova, Município Rio Branco/AC.



Figura 6 - Fotografia de período de alagamento ocorrido no município Rio Branco/AC.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OP. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

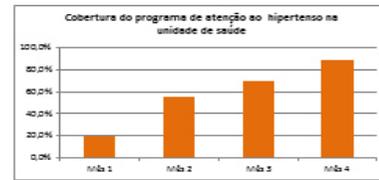
Prezada Pesquisadora;

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

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

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UES	95	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UES	29	95	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UES	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	95	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UES	29	95	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UES	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	95	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UES	29	95	105	106



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