UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 5

Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Infraero I, Macapá/AP

Adolfo Fernández Salazar

Pelotas, 2015

Adolfo Fernández Salazar

Melhoria da atenção dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Infraero I, Macapá/AP

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: Linda Cristina Sangoi Haas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S161m Salazar, Adolfo Fernández

Melhoria da Atenção aos Usuários HAS e/ou DM na UBS Infraero I, Macapá/Ap. / Adolfo Fernández Salazar; Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Haas, Linda Cristina Sangoi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Eu dedico este trabalho a minha família que sempre me ajudou e apoiou para continuar lutando e perseverando para cada dia ser uma pessoa melhor e humana.

Agradecimentos

Eu agradeço a minha orientadora pela ajuda constante durante a realização da intervenção, por todas as recomendações oportunas para elaboração de um trabalho com qualidade.

Eu agradeço a equipe, pois este trabalho não seria possível sem sua dedicação, aos usuários e a comunidade que participaram deste trabalho.

Resumo

SALAZAR, Adolfo Fernández. **Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Infraero I, Macapá/AP.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo. Este trabalho de Intervenção desenvolvido nos meses de Setembro 2014 a Janeiro 2015 durante 16 semanas de muita dedicação e esforço permitiu melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde (UBS) Infraero I, Macapá/Amapá, com a melhoria dos indicadores de saúde e morbimortalidade dos usuários que antes do trabalho eram altos, próximos a 25% de mortalidade dos usuários. Não tinham seguimento nem controle de seus agravos, tendo que assistir frequentemente ao Pronto-socorro da cidade e/ou Hospital. Com número de internações de 20 internações por ano 12,2%, após a intervenção tendo oito (4,9 %) internações por ano e mortalidade de 2,4 % (quatro óbitos) por ano. Foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Realizado palestras e ações de promoção e prevenção de saúde com a comunidade da área de abrangência. Desenvolveu- se com a estratégia de saúde da família (ESF) um trabalho importante de captação, cadastramento, realização de exames clínicos, exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, mantendo as fichas de acompanhamento dos usuários atualizadas, realizando busca ativa de faltosos às consultas, avaliação das necessidades de atendimento odontológico, realização de estratificação do risco cardiovascular. Promovendo a saúde com orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre prática de exercícios físicos, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Ao final da intervenção foram cadastrados 163 (31,9%) usuários com HAS e 55 (44%) com DM do estimado, as ações de qualidade atingiram em todos os meses 100% dos usuários cadastrados. Todas estas ações foram incorporadas à rotina de trabalho da ESF.

Palavra- Chave: saúde da família, atenção primária à saúde, doença crônica, diabetes Mellitus, hipertensão.

Lista de figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS	51
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS	51
Figura 3	Proporção de usuário com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	53

.

Lista de abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de saúde da Família
EaD	Especialização a Distância
HAS	Hipertensão
HGT	Hemoglicoteste
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PA	Pressão arterial
PCCU	Preventivo de câncer de colo uterino
SAMU	Sistema Ambulatória móvel de urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidades Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita domiciliar

Sumário

Apresentação..... 09

1. Análise Situacional..... 10

1.1 Texto Inicial Sobre a Situação da ESF/APS..... 10

1.2 Relatório da Análise Situacional..... 10
1.3 Comentário Comparativo Sobre Texto Inicial e o Relatório Análise Situacional..... 17

2 Análise Estratégica..... 20

2.1 Justificativa..... 20

2.2 Objetivos e Metas..... 22

2.2.1 Objetivo Geral..... 22

2.2.2 Objetivos Específicos e metas..... 22

2.3 Metodologia..... 24

2.3.1 Ações..... 24

2.3.2 Indicadores..... 33

2.3.3. Logística..... 40

2.3.4 Cronograma..... 45

3.1 Ações previstas e desenvolvidas 46

3.2. As Ações previstas e não desenvolvidas 49

3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados 49

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço 49

4 Avaliação da Intervenção..... 50

4.1 Resultados..... 50

4.2 Discussões..... 66

5 Relatório de Intervenção para os Gestores..... 61

6 Relatório de Intervenção para a Comunidade..... 64

7 Reflexão Crítica Sobre o Processo de Aprendizagem..... 66

Referências..... 67

Apêndice 70

Anexos..... 68

Apresentação

O presente trabalho é o relato de uma intervenção desenvolvida no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sobre **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Infraero I, Macapá/AP.**

No primeiro capítulo apresenta-se a Análise Situacional, inicialmente com um relato realizado da terceira semana de ambientação do curso, nele observa- se a situação do serviço de saúde. Em sequência, o relatório da análise da situacional, apresentando o município, o serviço municipal de saúde e o da UBS Infraero I. No segundo capítulo, expõem-se a Análise Estratégica, através do projeto de intervenção com os objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e o cronograma do projeto de intervenção. Já no terceiro capítulo, refere-se ao Relatório da Intervenção, que descreve sobre todas as ações previstas e desenvolvidas durante este período, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. O quarto capítulo avalia os resultados e a discussão da intervenção. No quinto e sexto capítulo o relatório da intervenção para os gestores do município e para a comunidade. No sétimo e último capítulo, há uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Após os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa UBS se encontra na cidade de Macapá, na parte norte, ela está longe da área de abrangência, estruturalmente tem boas condições, com uma sala de espera, um consultório médico, uma farmácia, uma cozinha, uma sala de curativos e procedimentos, um banheiro e um quintal para realizar palestra com a população. Também tem boa climatização e privacidade para atenção dos usuários. Nossa ESF conta com uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde (ACS), um diretor, uma farmacêutica e dois seguranças, além do médico. Temos boa comunicação de trabalho e desenvolvemos atividades de promoção e prevenção de saúde com toda a população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

No município de Macapá/AP o sistema de saúde tem sérios problemas estruturais nos hospitais e também UBS que dificulta a boa atenção da população que chega a torno de 500.000 habitantes. O número de UBS com ESF são 45, o número de UBS tradicionais são 20 urbanas, e três UBS rurais. Em todas há disponibilidade de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), também há disponibilidade de duas UBS com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), não têm disponibilidade da atenção especializada, a disponibilidade de serviço hospitalar é muito limitada. O Sistema Ambulatória Móvel de Urgência (SAMU) conta com seis carros. Também há muitas limitações na disponibilidade de exames complementares, já que os profissionais trabalham na atenção privada.

Trabalho na UBS Infraero I, que fica no estado Amapá município Macapá, esta conta com uma população de aproximadamente 3.340 habitantes, situa- se ao norte do município e conta com uma ESF, temos equipe do NASF que funciona as quarta-feira, pela manhã. Está população antes de nossa chegada era carente de atenção

hospitalar e especializada, com pouca disponibilidade de exames complementares. A UBS em que atuo está localizada na zona urbana, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), não temos vínculo com as instituições de ensino, o modelo de atenção é ESF composta por três técnicos de enfermagem, uma enfermeira, 10 ACS, dois seguranças, uma faxineira, uma farmacêutica e um médico cubano do programa Mais Médico para o Brasil (PMMB).

Temos muitas necessidades e limitações, a UBS fica longe da população que atendemos dificultando o acesso dessas pessoas para uma adequada atenção de saúde e dos portadores com deficiências especiais (cadeirantes, visuais, físicas, etc.) pela distância e irregularidades do terreno de acesso à UBS. Ainda temos muitas barreiras arquitetônicas tanto no espaço físico externo da UBS como em sua estrutura interna, não contamos com rampas de acesso para portadores de deficiências físicos, motores, e visuais. As bancadas onde os usuários devem esperar sentados não são as mais adequadas para os mesmos, não temos banheiros adequados, também temos escadas e degraus altos que dificultam o acesso à UBS, o espaço para deslizamento de cadeiras de rodas e muito limitado. A população de idosos continua aumentando significativamente e devemos preparar-nos para atender adequadamente a esta faixa etária.

Todos os problemas existentes na estrutura da UBS afetam diretamente o processo de trabalho necessitando espaço amplo para atendimento dos usuários nestas situações, há muitas queixas das populações e a resolução não depende de nós, dependem das autoridades, do governo, responsáveis para dar a solução às barreiras arquitetônicas. Os problemas são levados para os membros do Conselho de Saúde da comunidade, mas não obtivemos resposta ainda. Entre as prioridades de nosso trabalho está em resolver está problemática já que afeta o bom desenvolvimento da atenção básica na comunidade. Também não há lavatórios nos consultórios, dificultando o atendimento dos usuários, sendo que o controle de infecções deve iniciar pela lavagem das mãos, atualmente lavamos as mãos após o atendimento do usuário no banheiro da sala de vacinas e curativos. Outra dificuldade é consultórios mal iluminados, as luzes são poucas intensas e escassas. Também não há negatoscópio para poder ver os RX dos usuários. Todas estas situações prejudicam o bom desenvolvimento de atenção da população já que limita o acesso à UBS a todos os usuários com deficiências físicas e aos idosos portadores de doenças crônicas que é a maior demanda atualmente. Temos uma

sala de espera, pequena sala que serve de farmácia, arquivo, sala de vacinação e curativo, um banheiro, uma cozinha, um quintal. A UBS é uma casa pequena adaptada.

Em relação à disponibilidade e suficiência de equipamento e instrumentos na UBS, não têm balança infantil, autoclave, fita métrica nem estetoscópio de Pinard para realizar uma boa consulta de pré-natal, não têm nebulizador nem negatoscópio. Não há oftalmoscópio nem otoscópio para poder realizar uma boa avaliação do fundo de olho dos usuários com HAS e/ou DM que necessitam desta ferramenta para bom seguimento de seus agravos. Muitas vezes chegam crianças com dor de ouvido e não é examinada pela falta de otoscópio, necessitando encaminhamento para especialista.

Na UBS não temos disponível pote para coleta de escarro muito importante para o rastreamento dos usuários com sintomatologia de Tuberculose (TB). No serviço não há um sistema para manutenção e reposição de equipamentos, ao quebrar ou estragar algum material ou equipamento, não há o concerto interferindo diretamente no atendimento, acontecendo o mesmo com os mobiliários. Não existe um sistema para revisão da calibragem de esfigmomanômetros nem de balanças, ainda não temos internet, nem telefone, nem microcomputador, nem impressora para poder auxiliar-nos no trabalho diário e também para imprimir os documentos necessários ao trabalho. Nós temos dez ACS com sérias dificuldades de disponibilidade de materiais e equipamentos para realizar um bom trabalho muitos não contam com uniformes para trabalhar, fazendo as visitas domiciliares (VD) a pé. Com respeito os materiais de consumo e insumos, temos escassez de prontuários e receituários para atendimento da população, não contamos com materiais para realizar atividades de promoção e prevenção para a saúde.

Em relação à disponibilidade dos medicamentos na UBS, infelizmente temos baixa disponibilidade e insuficiência de muitos medicamentos principalmente para o tratamento de agravos crônicos como os usuários com HAS e/ou DM. Indicamos fito fármaco para o tratamento de muitos agravos.

Ainda não disponibilizamos de testes rápidos para realizar no consultório médico como de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), gravidez, sífilis e alterações patológicas na urina, importantes no diagnóstico de muitas destes agravos.

O acesso a exames complementares é difícil porque os usuários têm que acordar cedo, para poder realizar os exames, sendo demorados os resultados em 15 dias ou mais. O acesso ao atendimento especializado é demorado, o agendamento é longo com grandes filas.

Todos os indivíduos têm direitos de atendimento em pronto-socorro e serviços de pronto atendimento, mas este não tem a qualidade necessária para dar uma boa resolutividade dos problemas, o serviço de SAMU está disponível para todas UBS do município, é demorado o agendamento das consultas especializadas e é realizado por mecanismo próprio, não podendo ser agendado por nós.

É importante começar o trabalho, realizar a territorialização e o mapeamento da área de abrangência de atuação da ESF, para que conhecermos qual é nossa população, sua extensão e todos os componentes presentes na área de atenção. Quando cheguei à ESF já estava pronta esta tarefa, apesar de não haver médico há muito tempo, com todo este trabalho organizado pode- se iniciar um bom planejamento da saúde, identificando os grupos e famílias expostos a riscos, os indivíduos dos grupos das ações programáticas, podendo realizar a sinalização dos equipamentos sociais presente na área e das redes sociais e o que faltava era sua atualização, tendo novas situações e não estava sinalizada no mapeamento.

Este é um processo dinâmico que está sujeito a mudanças constante para poder levar ações de saúde, de promoção e prevenção à população. Na confecção deste trabalho participou principalmente o médico e a enfermeira, nossa ESF de saúde realizam ações de cuidados domiciliares no bairro, igrejas.

Ainda apresentamos dificuldades no mecanismo de referência e contra referência dos usuários, utiliza- se adequadamente os protocolos de encaminhamento para outro nível do sistema de saúde, nós não temos condições para realizar atendimento de urgência nem emergência porque não disponhamos das ferramentas necessárias nem os medicamentos para realizá-lo.

Fazemos acompanhamento dos usuários em seu domicílio. À notificação compulsória de doenças é realizado por nossa ESF e há uma busca ativada dos mesmos. Realizamos atividades de grupos na UBS, mas temos dificuldades nos documentos e cartazes de propaganda que são muito importantes para melhor compreensão destes aspetos educativos, todos os profissionais participam destas atividades e contamos com ajuda da Equipe de NASF do município.

Todos os profissionais participam em atividades de qualificação profissional

que melhora o controle social, todos participam no gerenciamento dos insumos na UBS com grande sentido de responsabilidade e também no funcionamento da ESF.

Nossa reunião de ESF é mensal e para a construção da agenda e da organização do processo de trabalho, do planejamento das ações mensais, analisamos os indicadores e informações em saúde, todos os profissionais participam das reuniões de equipe, importante pelas orientações e capacitações para o trabalho diário.

Na UBS temos 100% de cobertura pela ESF/ACS, realizamos um trabalho de equipe para que todos os profissionais participem da atualização do mapeamento da área de abrangência, enriquecendo o trabalho, corrigindo e resolvendo, além disso, os ACS conhecem muito bem sua área de abrangência. Deve haver mudanças no trabalho para o desenvolvimento de atividades eficientes que ajudem a melhor os indicadores de saúde, como os atendimentos que são realizados em outros níveis do sistema de saúde. Devem ser respeitados os protocolos de encaminhamento feitos pela atenção básica. Sugiro as UBS serem equipadas de materiais necessários para atendimento de urgência e emergência. A propaganda gráfica que é importante nas atividades de promoção e prevenção de saúde deve ser maior por parte das instituições que ajudam ao setor da saúde em seu trabalho para a informação chegarem a muitas pessoas e de forma mais rápida. Todos nós da ESF participamos no gerenciamento dos insumos na UBS permitindo um maior controle e ajuda no desenvolvimento do trabalho na UBS.

Possuímos 908 famílias, 397 adolescentes de 10-16 anos, 884 mulheres de 16-64 anos, 743 mulheres de 10-49 anos, 295 homens maiores de 40 anos, 82 idosos maiores de 60 anos, 163 usuários com HAS e 55 com DM, seis acamados, 18 gestantes.

Na UBS nós trabalhamos com o excesso de demanda espontânea realizando o acolhimento pela manhã e à tarde de todos os usuários, sendo atendidos pelas prioridades, com necessidade e/ou com problemas difíceis e em tempo oportuno. Nós oferecemos este atendimento a toda população de nossa área de abrangência. Nossa meta é diminuir o excesso de demanda espontânea realizando atividades de promoção e prevenção de saúde nas VD da população. Também tivemos uma diminuição importante da demanda espontânea fora de nossa área de abrangência devido a haver médico em todas as UBS vizinhas.

O nosso trabalho diário apresenta muitas dificuldades e limitações, que venceremos com mais trabalho e vínculo por parte da população. Temos pouca colaboração da parte dos gestores responsáveis pelos problemas higiênico-sanitários que afetam o estado de saúde da comunidade, obtendo resolutividade evitando doenças da população. Apresentamos dificuldades com as documentações para trabalhar, muitas vezes faltam prontuários para registro do atendimento, não há receituários e faltam medicamentos na farmácia para uma adequada atenção. Nas dificuldades solucionamos com soluções alternativas e criatividade, mas nada disto afeta atenção e sua qualidade, todos temos o compromisso de melhora a saúde de da população. Seguiremos trabalhando na educação para a saúde de toda a população para incentivar a prática de exercício físico, abandono do tabagismo, trabalhar com usuários de drogas e álcool, educação com as crianças, adolescentes, idosos, grávidas, usuários com HAS e/ou DM.

Temos menores de seis meses: 19 crianças em Aleitamento materno exclusivo 18, crianças menores de um ano 52 (74%) crianças de acordo com a estimativa do Caderno de ações programáticas (CAP), e 98 crianças maiores de dois anos, crianças maiores de cinco anos 212. A busca de faltosos do programa é realizada pelo ACS de nossa UBS de forma ativa e rápida para garantir o cumprimento da vacinação em tempo e sempre utilizamos o cartão espelho em nosso trabalho diário com as crianças. Avaliação que realizo da cobertura de Puericultura encontrada é que poderemos dar atenção aos 100% das crianças e não temos atrasos no acompanhamento de todas as crianças. Sugiro a melhora do fluxo de informação dos hospitais com atenção básica, estabelecendo um trabalho em de parceria para melhor os indicadores de qualidade. Desenvolvemos atividades de atenção à saúde das crianças diariamente pela manhã, o trabalho da puericultura e está estruturado de forma programática baseada no protocolo do MS da atenção às crianças, todo final de mês realizamos monitoramento regular destas ações com bons resultados e temos a participação de todos os membros da ESF.

A cobertura de pré-natal é suficiente pela quantidade de grávidas que temos na UBS, sendo 18 (36%) de nossa área de abrangência de acordo com a estimativa do CAP e 10 fora de área. Fazendo uma avaliação temos cadastradas 100% das gestantes de acordo com o Sistema de Informação da atenção básica (SIAB), tendo o vínculo necessário com as mesmas. Os indicadores da qualidade da atenção do

puerpério após uma adequada avaliação de todos os indicadores que pode ser avaliados em uma consulta de puerpério são adequados. Porque ao realizarmos a atenção às todas as puérperas pós-alta da maternidade, é realizado o acompanhamento até os 45 dias do puerpério. No processo de trabalho deveremos melhorar a captação no primeiro trimestre, pois na grande maioria iniciam no segundo trimestre o acompanhamento. Estabelecer que nas avaliações, exames laboratoriais sejam trazidos pela gestante para realizar o registro. As ações de atenção às gestantes estão estruturadas de forma programáticas e adotamos o protocolo e manual técnico do MS, realizamos o registro especifico e monitoramento mensal destas ações. A avaliação da atenção à saúde, a qualidade dos registros, o planejamento, o monitoramento das ações e ás atividades de educação em saúde, bem como o envolvimento de toda a ESF, necessários para o desenvolvimento da atenção.

Em relação à Prevenção do câncer de colo de útero (PCCU) e controle de câncer de mama temos dificuldade como a água, porque a mesma não chega a UBS, estamos mobilizados para reivindicar a mesma. Devemos melhorar a informação, divulgando a toda população da importância de realizar o PCCU para o controle e prevenção do câncer de colo de útero. Temos identificadas todas as mulheres em nossa UBS, no livro de registro especial para este fim, onde damos seguimento dos exames alterados. Realizamos a classificação de risco para planejar e acompanhar. Disponibilizamos a mamografia a todas as mulheres na faixa preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), bem como as que necessitam. Deve ser melhorada a propaganda informativa para que divulgue a toda população os riscos, a prevenção e para ter impacto esperado na prevenção. No UBS temos um registro especial para o seguimento dos casos e para realizar o acompanhamento das mulheres com exame alterado. Todas as ações estão estruturadas de forma programáticas e seguimos o protocolo ou manual técnico. Monitoramos regularmente estas ações participando os diferentes membros da ESF. O número de mulheres estimadas pelo CAP de 708 mulheres com 25-64 anos e 146 mulheres com 50-69 anos.

Em relação à atenção aos usuários com HAS e/ou DM as ações da atenção é adequada a nossa realidade, todos os usuários com HAS recebem um adequado controle e seguimento. Nossa cobertura é de 32% dos usuários com HAS e/ou DM e 44% dos usuários com DM relacionado com a população cadastrada pelo SIAB,

temos 163 (28%) usuários com HAS e 55 (33%) com DM em relação à estimativa do CAP, a assistência está estruturada de forma programática, devendo ser melhorado a avaliação dos mesmos, por parte de outros níveis de atenção. A atenção integral dos usuários é muito importante na avaliação multiprofissional (nutricionista, psicólogo, endócrino e odontólogo), mas estes usuários não tem uma boa atenção para o melhoramento do estado de saúde. Temos sub-registro, faltam captar os usuários com DM para um adequado controle deste agravo, em nossa área de abrangência. Trabalhamos dia a dia na nossa ESF para conseguir está meta, realizamos ações de promoção, prevenção planejamento e monitoramento regular mensal destas ações de saúde com a população, participando todos os membros da ESF. As ações de avaliação do pé diabético e avaliação da saúde bucal são realizadas pela nossa ESF.

Avaliação da cobertura de Saúde da Pessoa idosa na UBS é de 100% de nossos usuários idosos com ênfase na alimentação saudável, exercícios físicos, visão, audição, movimentação, vacinação, atenção odontológica, participação social e capacidade funcional. Sugiro ampliação da ESF de atenção à pessoa idosa com outros especialistas que devem participar desta atenção como odontólogo, geriatras, psiquiatras. Ao avaliar os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa, estes são os principais que devem ter presente para poder dar uma boa atenção a está população cada vez maior. As ações de atenção à saúde dos idosos estão estruturadas de forma programática nós adotamos o protocolo ou manual técnico regular destas ações todo o membro da ESF participam de este trabalho. O número de idosos de nossa área adstrita e cadastrados são 82(48%) de acordo com a estimativa do CAP.

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

Comparando o primeiro texto com o relatório nota- se que a UBS é pequena estruturalmente tem boas condições, mas com pequeno espaço para uma atenção à população adequada e com qualidade. Está composta por uma ESF quase completa só faltando à equipe de odontologia. Toda a ESF tem boa comunicação e desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde, realizamos a atenção à saúde das pessoas com HAS e DM com busca ativa, sensibilização de

usuários crônicos quanto à utilização regular das medicações, reavaliação dos mesmos, quanta eficácia e medicações disponíveis pelo município. Todos os programas do SUS são realizados na ESF com um trabalho em equipe e com a participação da comunidade para melhorar a qualidade de vida de toda a população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e DM são agravos com problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e de retina, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e em combinação com o DM, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2014). Com o critério atual de diagnóstico de HAS (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (*caderno atenção basica15, 2006)*. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações. Os profissionais de saúde da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de controle da HAS e a DM, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar os usuários com HAS e/ou DM como da adesão ao tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do usuário em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação aos usuários com HAS e/ou DM. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que uma grande parte dos usuários com HAS e/ou DM também apresenta outras comorbidades, como dislipidemia e obesidade, trazendo implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006), (DIABETES 2, 2002).

Estamos localizados na cidade de Macapá/AP e nossa UBS rural é denominada Infraero I. É uma casa adaptada e sua estrutura é pequena, com

iluminação e ventilação precárias, os usuários tem dificuldade de acesso nos dias chuvosos, pois tem muita lama e buracos. A ESF está, de acordo com a ESF proposta pelo MS, com os profissionais ACS são dez, uma enfermeira, um médico e três técnicos de enfermagem, temos uma farmacêutica e o apoio do NASF. Nossa população adstrita é de 3.340 habitantes, temos cadastrados no SIAB 163 usuários com HAS e 55 com DM. São cadastrados 28% de usuários com HAS e 33% com DM de acordo com a estimativa do CAP.

A população de usuários com HAS e/ou DM em sua maioria são SUS dependentes e de demanda espontânea. Deve-se considerar o diagnóstico destes agravos, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas também os níveis de glicemia. Nós temos cadastrados de forma satisfatória os usuários, suas consultas são programadas de acordo à demanda e o retorno é de acordo com o protocolo, VD dos mesmos, com deficiência física com dificuldades de chegar à UBS, prescrevemos os medicamentos disponibilizados na farmácia popular, tratamos de estratificar o risco cardiovascular nas consultas programadas. Captamos e orientamos os indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de pressão arterial (PA) elevada em uma aferição. Também os níveis de glicemia devem ser avaliação e comprovados com Hemoglobina glicada e Teste de tolerância à glicose (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Está intervenção é importante para a equipe, comunidade, usuário, porque a HAS e DM são uns dos principais problemas de saúde na atenção básica, tendo um alto índice de morbi- mortalidade na população alvo com agravamento para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiência renal provocando um alto número de óbito e invalidez nos indivíduos. Nossa ESF de saúde desenvolve um trabalho integral atuando na prevenção de agravos, mas não temos adesão ao tratamento por parte de todos os portadores. Também realizamos prevenção destes agravos pela comunidade, necessitando um trabalho de educação bem como a captação de novos portadores destes agravos. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HAS e DM: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção da HAS e DM (FREITAS, 2001. HASVARD, 2001).

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos Usuários de HAS e DM na UBS Infraero I, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM

Meta 1.1 Cadastrar 35 % dos Usuários com HAS da área de abrangência relacionado com a estimativa do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 45 % dos usuários com DM da área de abrangência relacionado com a estimativa do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com HAS cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% usuários com DM cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e /ou usuários com DM ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com HAS cadastrados faltosos ás consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com DM cadastrados faltosos ás consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 6: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovascular

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hip usuários com HAS cadastrados.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS/ESF Infraero I, no município de Amapá/AP. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de HAS/DM.

Nós temos bem organizado o cadastramento dos usuários no Programa de HAS/DM, manteremos atualizado os cadastrados, monitorando- os na reunião mensal da ESF.

Organização e gestão do Serviço

- Garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa.

Toda captação será registrada no prontuário de atendimento dos usuários no livro de registro de HAS/DM.

- Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e/ou DM

Garantiremos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo o protocolo.

- Garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do Hemoglicoteste (HGT), na UBS.

Garantiremos a manutenção dos esfigmomanômetros, manguitos e do HGT de todos os usuários na UBS, reivindicaremos esta ação à gestão.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Manteremos toda a comunidade informada sobre a existência do programa de HAS/DM através de cartazes colocados na UBS e nas VD realizadas pela ESF à população.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir de 18 anos e glicemia pelo menos uma verificação anual.

Informaremos através de cartazes se manteremos a verificação da UBS e glicemia dos habitantes da área adstrita a partir de 18 anos.

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

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

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Todas as palestras que desenvolveremos na comunidade irão abordar os fatores de risco que podem causar danos aos usuários de desenvolver a HAS e DM.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS.

Iremos continuar esta meta, pois a mesma já está acontecendo na UBS.

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

Iremos reforçar a capacitação da ESF que recebem por parte da secretaria de saúde do município de acordo com os protocolos de HAS e DM, nas técnicas de verificação da PA e de HGT.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

Manteremos a realização de exame clínico dos usuários em todas as consultas realizadas na UBS.

- Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS.

- Monitorar os mesmos de acordo com a periodicidade recomendada.

Manteremos em nosso trabalho diário de acordo o protocolo adotado na UBS e nós monitoraremos está tarefa periodicamente em reunião mensal.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Nós manteremos o trabalho de monitorar aos medicamentos dispensados pela Farmácia Popular para adequar os tratamentos médicos de acordo a lista de medicamentos existentes na mesma.

Organização e Gestão do Serviço.

- Definir atribuições de cada membro da ESF no exame clínico de usuários com HAS e/ou DM

Manteremos o trabalho realizado na UBS, todos os profissionais conhecem suas atribuições, iremos repactuar estas atribuições na atenção e exame dos usuários.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Este trabalho deve ser mantido na capacitação dos profissionais que será realizada de acordo com os protocolos, periodicidade e atualização sempre dos mesmos, serão garantidos os impressos pela secretaria de saúde municipal.

- 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.

Devemos aperfeiçoaremos esta ação, temos dificuldades com o gestor municipal para agilidade dos exames complementares e não temos sistemas de alerta para a realização destes exames. As ACS através das VD comunicarão a UBS sobre a não realização dos exames complementares e os motivos pela qual não foram realizados. Faremos a busca ativa para que os mesmos sejam realizados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

Manteremos o registro das necessidades de medicamentos da UBS para satisfazer as demandas dos usuários.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Nas palestras realizadas na comunidade, falaremos dos riscos que podem provocar estes agravos e manteremos todo o trabalho educativo e informativo na comunidade.

- 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.

Manteremos o trabalho educativo de acordo com á periodicidade que devem ser realizados os exames complementares e a necessidade de realização deles para prevenir complicações destes agravos.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

Está ação devemos aperfeiçoar porque nem todos os usuários na comunidade conhecem seus direitos a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Qualificação da Prática clínica

- Capacitar a ESF para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a ESF para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Está ação deve ser mantida porque toda nossa ESF está capacitada para a realização de exame clínico e exames complementares de acordo dos protocolos na UBS.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM.

Manteremos a atualização dos profissionais para bom acompanhamento e adequado controle dos usuários.

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

Estamos sempre nos qualificando para a orientação aos usuários sobre seu direito sobre as alternativas de acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa

Monitoramento e Avaliação

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

Manteremos está ação cumprindo com a periodicidade das consultas de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar VD para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Está ação deve ser mantida, em todas as VD que realizamos aos faltosos, organizamos a agenda de trabalho no próximo dia, isto é realizado com regularidade. Nas VD faremos busca aos faltosos para incorpora-lo novamente ao acompanhamento na UBS.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou com DM (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Estas ações devem ser mantidas, temos educado toda população na periodicidade das consultas e sobre a importância da realização destas para tratamento de qualquer complicação que apareça. Nas palestras será realizada a orientação referente à importância da realização das consultas, bem como a continuidade do tratamento.

Qualificação da Prática clínica

- Treinar os ACS para a orientação de usuários com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Manteremos o treinamento dos ACS para a realização as consultas e sua periodicidade

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na UBS.

Manteremos o monitoramento dos registros dos usuários que acompanhamos na UBS em todas as reuniões mensal e sua qualidade.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do e- SUS atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a ESF o registro das informações.
- 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 do agravo.

Mensalmente monitoraremos os registros do atendimento pelos profissionais, bem como a adesão dos mesmos a ficha espelho.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Na UBS temos definido responsável para o monitoramento dos registros, manteremos as pessoas designadas para realizar o trabalho.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Devemos aperfeiçoar está ação porque os usuários e a comunidade não conhecem seus direitos em relação a esta ação.

Qualificação da Prática clínica

- Treinar a ESF no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM

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

Manteremos o treinamento continuo de todos referente aos registros (prontuário, ficha espelho, planilha de acompanhamento, cartão de vacinas, etc.) da ESF.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Manteremos está monitorização que realizamos anualmente de realizar a estratificação de risco nos usuários com HAS e/ou DM.

Organização e Gestão do Serviço

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

Manteremos o atendimento dos usuários com alto risco, manteremos organizada a agenda de atendimento desta demanda.

Engajamento público

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

Manteremos está orientação com os usuários sobre o nível de risco e a necessidade do acompanhamento regular.

- Esclarecer os portadores e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Manteremos as palestras que realizamos com a comunidade onde falamos da importância do controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica

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

Teremos que aperfeiçoar está capacitação com a ESF para melhorar a qualidade de atenção dos usuários. Logo, uma boa estratificação de risco, um adequado registro e controle de fatores de risco dependem a qualidade de atenção aos mesmos.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com HAS e/ou DM com o dentista.

Teremos que reivindicar junto ao gestor parceria com outra UBS na realização de consultas periódicas anuais dos usuários com o dentista, pois não temos este profissional na UBS.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e/ou DM.

Manteremos a realização destas orientações nutricionais com a nutricionista do NASF.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e/ou DM.

Manteremos está atividade de orientação com a preparadora física do NASF.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e/ou DM.

Manteremos está orientação aos usuários em todas as palestras que realizamos na UBS para evitar o tabagismo.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Agilizaremos junto ao gestor municipal o serviço odontológico para atendimento destes usuários em outra UBS para encaminhamento dos mesmos.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Manteremos estas atividades, que temos nutricionistas na equipe do NASF na UBS.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Manteremos está atividade com a educadora física do NASF.

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

Teremos que organizar e reivindicar este serviço na UBS, não há medicamentos para o tratamento do tabagismo na UBS.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Teremos que organizar este trabalho de intersetorialidade de promoção da saúde e disponibilização do atendimento com dentista porque ainda não temos disponibilizado esse serviço.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Junto à comunidade deveremos organizar a reivindicação junto à gestão de disponibilizar o serviço de odontologia.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a ESF para a avaliação e tratamento bucal dos usuários com HAS e/ou DM.

- Capacitar a ESF da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a ESF da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a ESF da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a ESF para o tratamento de usuários tabagistas.

Manteremos todas estas atividades que realizamos diariamente na UBS para melhorar a qualidade da atenção aos usuários.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM

Meta 1.1 Cadastral 35 % dos usuários com HAS da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS.

Numerador: Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Denominador: Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 45 % dos usuários com DM da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.
Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS.
Numerador: Número de usuários com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.
Denominador: Número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS cadastrados.
Indicador 2.1. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM cadastrados.
Indicador 2.2. Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
Numerador: Número de usuários com DM com exame clínico apropriado.
Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com HAS cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 2.4 Garantir a 100% usuários com DM cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Indicador 2.4. Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Numerador: Número total de usuários com DM com exame complementar em dia.
Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.5. Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados.
Indicador 2.6. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.
Numerador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.
Denominador: Número de usuários com DM cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.7. Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 2.8. Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e /ou DM ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com HAS cadastrados faltosos ás consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: Número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com DM cadastrados faltosos ás consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.
Indicador 3.2. Proporção de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.
Numerador: Número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.
Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações
Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 4.1. Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.
Indicador 4.2. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento
Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 5.1 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 5.2. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.1. Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.2. Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS cadastrados.
Indicador 6.3. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.
Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.
Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com DM cadastrados.
Indicador 6.4. Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.
Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.
Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS cadastrados.
Indicador 6.5. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.
Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM cadastrados.
Indicador 6.6. Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.
Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.7. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.
Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.
Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM cadastrados.
Indicador 6.8. Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.
Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.
Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

2.3.3 Logística:

Para a intervenção no programa de HAS e DM iremos adotar o Caderno Atenção Básica, número 36, *"Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus"* e o Caderno Atenção Básica, número 37, "Estratégias *para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica", ambos do MS, 2013*. Utilizaremos a ficha de HAS/DM e a ficha espelho disponíveis no município (Anexo D). A Ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame clínico e complementar dos usuários, com HAS e DM e dados relativos à classificação de risco dos mesmos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira complementaram a ficha Espelho nos aspectos que faltaram Ficha Espelho complementar (Apêndice A).

A Intervenção foi desenvolvida no período dos meses de Setembro 2014 a Janeiro 2015 onde estimamos alcançar com a intervenção 206 usuários com HAS e 76 com DM de acordo com a estimativa do CAP. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das Fichas- espelho necessário e para imprimir todas as Fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pela UFPel (Anexo C).

Para monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa, manteremos atualizado os cadastrados. Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado e dos exames laboratoriais solicitados de acordo com o

protocolo adotado e de acordo com a periodicidade recomendada. Monitoraremos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Monitoraremos a qualidade dos registros dos portadores acompanhados na UBS. Monitoraremos o número de usuários com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com HAS e/ou DM com o dentista. Monitoraremos a realização de orientação nutricional, a realização de orientação para atividade física regular e de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

Nós faremos o monitoramento de estas ações em todas as consultas que serão realizadas pelo usuário na UBS, além disso, também nas VD que realizemos, avaliaremos estas ações e seu cumprimento e nas reuniões mensais que realizamos com a ESF.

Registraremos na reunião mensal da ESF. O responsável será a enfermeira. O que necessita ser providenciado é presença de todos os ACS nas reuniões mensais da ESF. Definiremos as atribuições de cada membro da ESF no exame clínico dos usuários com HAS e/ou DM.

Toda captação será registrada no prontuário de atendimento dos usuários no livro de registro, na ficha espelho e complementar. Garantiremos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo o protocolo.

Garantiremos a manutenção dos esfigmomanômetros, manguitos e do HGT de todos os usuários na UBS. Responsável serão o Médico, a Enfermeira e técnicos de enfermagem. Isto acontecerá em cada consulta que seja feita na UBS.

Organizaremos VD para buscar dos faltosos e organizaremos a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a ESF o registro das informações. 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 do agravo. A enfermeira é a profissional responsável pelo monitoramento dos registros.

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e Educador físico nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Responsável é médico e enfermeira, além disso, a equipe do NASF que avaliarão estas atividades e acompanharão seu cumprimento por toda a ESF. Estas ações serão avaliadas nas reuniões mensais na ESF e atividades de promoção de saúde feitas pela UBS.

Para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS. Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir de 18 anos e glicemia pelo menos uma verificação anual, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM 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 de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou com DM (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à 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 portadores e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco

modificáveis (como alimentação). Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Estas ações de engajamento público serão realizadas em palestras e ações de saúde que realizaremos na comunidade com toda a população também vamos realizar atividades de promoção e prevenção de saúde nas VD que se faça aos usuários.

Manteremos toda a comunidade informada sobre a existência do programa de HAS/DM, da importância da verificação da PA e glicemia anual a partir dos 18 anos, através de todas as palestras que desenvolveremos na comunidade irão abordar os fatores de risco que podem causar dano aos usuários e desenvolver a HAS e DM. Sendo os responsáveis o médico e enfermeira.

A capacitação dos ACS para o acolhimento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS. Capacitar a ESF da UBS para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar à ESF da UBS. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. 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 usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS. Capacitar a ESF para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a ESF para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM. Capacitar a ESF para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular. Treinar os ACS para a orientação de usuários com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Treinar a ESF no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM.

Capacitar a ESF da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a ESF para realizar estratificação de risco segundo

o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a ESF para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a ESF quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitar a ESF para a avaliação e tratamento bucal dos usuários com HAS e/ou DM. Capacitar a ESF da UBS sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a ESF da UBS sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a ESF da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a ESF para o tratamento de usuários tabagistas.

Estas capacitações serão realizadas na UBS pela enfermeira também nas reuniões mensais que são organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Estadual e avaliação das atividades será realizada nas reuniões mensais com a ESF.

2.3.4 Cronograma da Intervenção

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais conforme protocolo HAS e DM	■	■	■	■												
Capacitação Acolhimento	■															
Definição papel dos profissionais	■															
Cadastramento da população alvo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitação ACS	■	■	■	■												
Trabalho com a comunidade	■	■				■				■				■		
Organização agenda médica, odontológica e de enfermagem.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Garantir material adequado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Contato com o gestor, para apresentação da intervenção e garantia da mesma.	■															
Providenciar protocolo atualizado e impresso	■	■	■	■												
Controle do estoque insumos e medicamentos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pactuar o registro das informações e assistência	■															
Educação continuada sobre a intervenção	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca de parceria na comunidade e intersetoriedade	■							■					■			
Garantir o registro	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca Ativa aos faltosos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar a intervenção	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atendimento clinica dos usuários com HAS/DM	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

3 Relatório da Intervenção

Nossa UBS fica na zona Norte de Macapá conta com uma população de 3.340 pessoas com 163 usuários com HAS e 55 com DM segundo cadastro do SIAB, diferindo da estimativa da planilha coleta de dados que estima 589 usuários com HAS e 168 com DM. O objetivo geral do trabalho foi Melhorar a atenção aos Usuários Portadores de HAS e DM na UBS Infraero Macapá /AP que atingimos com o esforço da nossa ESF, a intervenção teve duração de com 16 semanas, de setembro de 2014 a Janeiro de 2015. O trabalho com os usuários com HAS e/ou DM desenvolvido foi qualificado, ajudamos a melhorar a saúde da população com estes agravos que provoca danos e óbito em muitos usuários, este trabalho continuará permanente para manter os resultados atingidos.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Entre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, a de ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM, capturamos e cadastramos 100% dos usuários com HAS e/ou DM com cadastramento no SIAB. Com o cumprimento desta ação integralmente todas as captações foram registradas no livro de registro de HAS e DM com acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo o protocolo. Tínhamos o material adequado para a verificação da PA e para realização do HGT aos usuários com DM. Todos os exames clínicos foram realizados, a comunidade foi informada sobre a existência do Programa de atenção a usuários com HAS e/ou DM, sobre a importância de medir a PA a partir de 18 anos e verificar a glicemia pelo menos anualmente. Continuaremos a verificar a PA a partir dos 18 anos e a glicemia

dos habitantes da área adstrita além de orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Também orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM em todas as ações/palestras realizadas na comunidade. Foram em torno de 15 reuniões.

Capacitamos os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS, além de capacitar a ESF da UBS para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do HGT em adultos.

Na realização da melhora da qualidade na atenção a usuários com HAS e/ou DM, monitoramos a realização de exame clínico apropriados dos portadores usuários com HAS e/ou DM cadastrados em cada consulta e VD realizada. Além de monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como o protocolo adotado e periodicidade recomendada. Também monitoramos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para adequar os tratamentos médicos a lista de medicamentos existente.

Na metade da intervenção tivemos dificuldades com alguns medicamentos dispensados por nossa farmácia que foi resolvida. Também definimos as atribuições de cada membro da ESF no exame clínico de portadores usuários com HAS e/ou DM e organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados, estabelecendo periodicidade. Disponibilizamos a versão atualizada do protocolo na UBS, além disso, garantimos a solicitação dos exames complementares dos usuários e estabelecemos sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Também realizamos controle de estoque de medicamentos e registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS para satisfazer as demandas dos usuários. Orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM assim como sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Mantivemos este trabalho educativo e informativo na comunidade e orientamos os usuários da necessidade de realização de exames complementares e periodicidade para prevenir complicações destes agravos. Os usuários conheceram seus direitos a

ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, capacitamos à ESF de saúde na realização de exames clínicos e solicitação de exames complementares de acordo aos protocolos na UBS e realizamos atualização dos profissionais no tratamento da HAS e DM.

O objetivo de monitorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Também organizamos as VD, para a busca dos faltosos às consultas como para incorpora-lo novamente ao acompanhamento na UBS. Mantivemos informando a comunidade sobre a importância da realização das consultas e sua periodicidade, além disso, capacitamos os ACS para a orientação dos usuários. Em relação a melhorar o registro das informações, monitoramos a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na UBS, implantamos ficha espelho para informação dos usuários e registro específico de acompanhamento para manter as informações do SIAB atualizadas. Sendo todas estas ações pactuadas com a ESF de saúde e definindo um responsável pelo monitoramento dos registros. Também orientamos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso. Capacitamos à ESF no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM e registro adequado dos procedimentos clínicos na consulta.

Outro objetivo importante foi mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular que monitoramos na estratificação do risco anualmente, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, realizando atenção especifica desta demanda. Sempre falando com os usuários sobre seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e controle de fatores de risco modificáveis como alimentação. Capacitamos a ESF para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e falamos sobre a importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

O objetivo de promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM, realizamos o monitoramento da realização das consultas periódicas anuais dos usuários com o dentista sendo cumprida integralmente pelos usuários e realizamos orientação nutricional aos mesmos com a nutricionista do NASF.

Também realizamos orientação para prática de atividades físicas regular com ajuda da preparadora física do NASF, realizamos orientação sobre os riscos produzidos pelo tabagismo. Organizamos a agenda da atenção à saúde bucal dos usuários e realizamos palestras sobre prevenção das doenças odontológicas, como levar uma alimentação saudável, prática de atividades físicas e abandono do tabagismo. Formamos parceria com o Hospital Geral para avaliação e acompanhamento na saúde bucal dos mesmos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas sem dificuldade e cumpridas integralmente, com a cooperação da ESF que sempre receberam com muita disciplina o trabalho de intervenção. A comunidade aderiu através do contato com os líderes da comunidade o mesmo ajudando no desenvolvimento e participando de todas as atividades coletivas que foram programadas. Também tiveram um papel importante os ACS que sempre levaram informação aos usuários faltosos das consultas e da adesão ao tratamento indicado na UBS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados

Não tivemos nenhuma dificuldade para realizar a coleta de dados porque sempre contamos com ajuda dos líderes da comunidade e dos ACS. Em relação ao fechamento das planilhas de coletas dados no início do trabalho da intervenção tivemos dificuldades para fechar a informação de um mês para outro que foi resolvida com a orientação oportuna e a tempo da orientadora. Referente aos cálculos dos indicadores foi muito rápido e fácil pelo sistema disponibilizado pela coordenação do curso.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Analisando a incorporação das ações previstas no projeto à rotina, incorporamos todas as ações à assistência diária da UBS, com resultados positivos. Designamos a enfermeira como responsável da incorporação, que foi aceita com muita alegria e orgulho pela ESF, sendo ela exemplo de disciplina e consagração no trabalho, para continuar o melhoramento da assistência aos usuários com HAS e DM.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção aconteceu durante 16 semanas, com o objetivo de melhorar a assistência dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS Infraero I, Macapá/AP, de setembro 2014 a Janeiro de 2015. Somos uma UBS com uma ESF. A população adstrita da UBS é de 3.340 habitantes, sendo estimados pela planilha de coleta de dados 508 usuários com HAS e 125 com DM. No entanto o número de pessoas com HAS e DM cadastradas pelo SIAB/ACS é menor que a estimativa que é de 163 usuários com HAS e 55 com DM.

Nós organizamos o cadastramento dos usuários no Programa de HAS/DM, através da atualização da ficha SSA2 do SIAB. O trabalho desenvolvido pelos ACS possibilitou o acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM da área adstrita, registrando- os na reunião mensal da ESF, finalizando a intervenção com 100% dos usuários cadastrados e acompanhados de acordo com o SIAB. Toda captação foi registrada no prontuário de atendimento dos usuários, no livro de registro de HAS/DM. Esta meta continuará sendo realizada como rotina e com boa aceitação da ESF, continuaremos a capturar novos usuários e/ou aqueles que não são acompanhados pela UBS.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM

Meta 1.1 Cadastrar 35% dos usuários com HAS da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 45% dos usuários com DM da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS

Cadastramos de acordo com a planilha de coleta de dados, no primeiro mês 58 usuários com HAS (11,4%), no segundo mês 88 usuários com HAS (17,3%), terceiro mês 122 usuários com HAS (24,0%) e finalizando com 162 usuários com HAS com 31,9% dos portadores cadastrados (Figura 1). Os usuários com DM cadastramos 21 (16,8%) no primeiro mês, 32 (25,6%) no segundo mês, 44 (35,2%) terceiro mês e finalizando com 55 usuários com DM (44,0%), respectivamente (Figura 2).

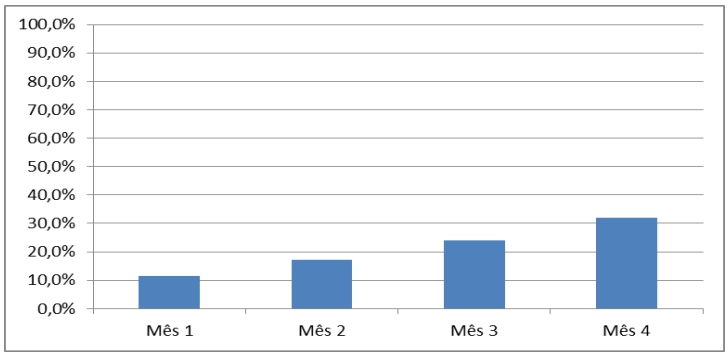

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Infraero I, Macapá/AP.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

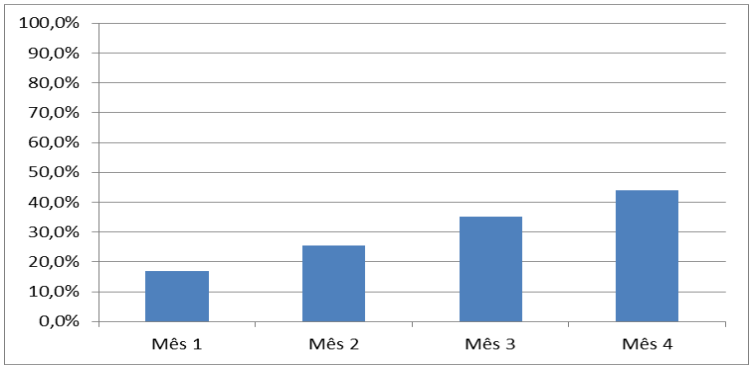

Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS Infraero I, Macapá/AP.
Fonte: Planilha de coleta de dados

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.1 Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**.**

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 2.2 Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Nós implementamos a realização de exame clínico dos usuários em cada consulta de acordo com o protocolo do MS, monitoraremos está tarefa periodicamente na reunião mensal. Iniciamos a intervenção com a realização do exame clínico em 58 usuários com HAS e 21 com DM, no segundo mês com 88 usuários com HAS e 32 com DM, no terceiro mês 122 usuários com HAS e 44 com DM finalizando no quarto mês com 163 usuários com HAS e 55 com DM, atingindo em todos os meses 100% dos usuários cadastrados.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com HAS cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% usuários com DM cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Iniciamos a intervenção com a realização dos exames complementares em 57 usuários com HAS e 21 com DM, no segundo mês com 87 usuários com HAS e 32 com DM, no terceiro mês 121 usuários com HAS e 44 com DM finalizando no quarto mês com 162 usuários com HAS e 55 com DM, atingindo 98,3%, 98,9%, 99,2% e 100% dos usuários com HAS respectivamente. Nos usuários com DM finalizamos as 16 semanas com 100% (12, 32, 44, 55). Realizamos a requisição dos exames em 100% dos usuários cadastrados, mas registramos os que retornaram com os resultados. Tivemos como dificuldades os usuários que não realizaram os exames em dia, porque a maior parte dos exames é realizada em laboratórios estatais e demoram em retirar os resultados. Também não fazem a maioria dos exames requisitados. (Figura 3).

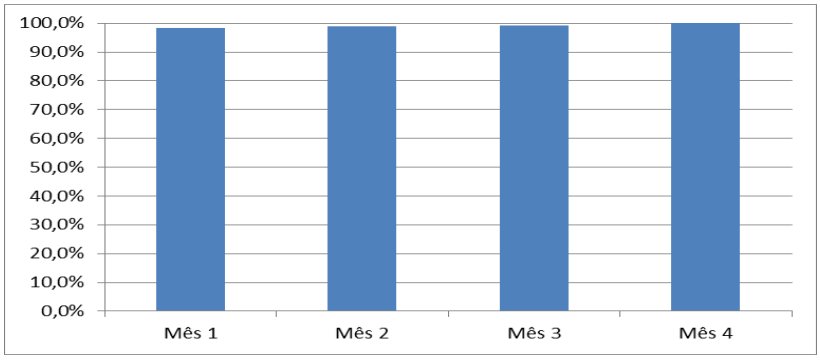

Figura 3: Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.5 Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 2.6 Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Continuamos monitorando os medicamentos dispensados aos usuários pela Farmácia da UBS ou Popular para adequar os tratamentos médicos de acordo com a lista de medicamentos existentes. Implementamos e realizamos o registro da necessidade de medicamentos de nossa UBS para poder satisfazer as demandas dos usuários.

Iniciamos a intervenção com a prescrição dos medicamentos da farmácia popular priorizada em 58 usuários com HAS e 21 com DM, no segundo mês com 88 usuários com HAS e 32 com DM, no terceiro mês 122 usuários com HAS e 44 com DM finalizando no quarto mês com 163 usuários com HAS e 55 com DM, atingindo em todos os meses 100% dos usuários cadastrados.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.7 Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 2.8 Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Neste indicador como nos anteriores obtivemos 100% dos usuários cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Apresentamos grandes dificuldades para avaliação dos usuários porque não temos odontólogo na UBS. O trabalho de avaliação odontológica foi realizado pela ESF e os usuários foram encaminhados para o Hospital Geral. Realizando parceria com os odontólogos que prestam atendimento pelo SUS.

Este indicador comportou– se nas 16 semanas com 58, 88, 122 e 163 (100%) usuários com HAS cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Tivemos 21, 32, 44 e 55 usuários com DM avaliados para a necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM **ao programa**

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com HAS cadastrados faltosos ás consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com DM cadastrados faltosos ás consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa.

Implementamos em todas as VD que realizamos as orientações referentes à adesão do tratamento, organizamos a agenda de trabalho do próximo dia, realizando com regularidade. Nas VD os ACS realizavam e orientam sobre a adesão e já incorporava- os ao acompanhamento na UBS. Mantivemos a educação de toda população na periodicidade das consultas e sobre a importância da realização destas para promoção da saúde e tratamento das complicações. Nas palestras foi realizada a orientação referente à importância da realização das consultas, bem como a continuidade do tratamento. Com esta sistemática não tivemos usuários faltosos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS**.**

Indicador 4.1 Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 4.2 Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Implementamos e realizamos o monitoramento dos registros dos usuários que acompanhamos na UBS, pelos profissionais, em todas as reuniões mensais e de sua qualidade. Também monitoramos a adesão dos profissionais a ficha espelho. Ainda não temos bem organizado 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 do agravo.

Definimos como responsável à enfermeira para o monitoramento dos registros, mantivemos as pessoas designadas para realizar o trabalho. Implementamos o treinamento continuo de todos profissionais referentes aos registros (prontuário, ficha espelho, planilha de acompanhamento, cartão de vacinas, etc.) da ESF. A facilidade encontrada nesta meta é que temos somente uma ESF, a mesma é coesa e motivada para a assistência qualificada.

Tivemos 58, 88, 122 e 163 (100%) usuários com HAS cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento e 21, 32, 44 e 55 usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM **de risco para doenças cardiovascular**

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS**.**

Indicador 5.1 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 5.2 Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Priorizamos o atendimento dos usuários com alto risco e organizamos a agenda de atendimento desta demanda. Implementamos esta orientação com os usuários sobre o nível de risco e a necessidade do acompanhamento regular. Iremos continuar com esta ação e monitoraremos anualmente este indicador. Realizamos a estratificação de risco nos usuários com HAS e/ou DM em 100% dos usuários cadastrados. Tivemos 58, 88, 122 e 163 usuários com HAS cadastrados estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e 21, 32, 44 e 55 usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM**.**

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.1 Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.2 Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.3 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.4 Proporção de usuários com DM com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

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

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.6 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo;

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.7 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.8 Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

Orientamos atividades sobre alimentação saudável com as nutricionistas do NASF. Também implementamos atividades de prática de exercícios físicos com ajuda e orientação da educadora física do NASF. Todas as atividades foram realizadas na UBS com boa participação de todos os usuários, realizamos seis encontros, além da colocação de panfletos e cartazes na UBS. Orientamos aos usuários em todas as ações realizadas na UBS e comunidade como evitar o tabagismo. Todos os usuários receberam orientação em relação à realização de consultas periódicas anuais com o dentista, implementamos junto ao gestor municipal o serviço odontológico para atendimento destes usuários no hospital geral para encaminhamento dos mesmos. Continuaremos realizando estas atividades diariamente para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com usuários com HAS e/ou DM. Atingimos durante os quatro meses da intervenção 100% destes indicadores. Tivemos 58, 88, 122 e 163 usuários com HAS e 21, 32, 44 e 55 usuários com DM com orientações para a promoção da saúde referente à nutrição, atividade física, evitar o tabagismo e sobre a saúde bucal.

.4.2 Discussão

Ao finalizar a intervenção em nossa UBS a mesma propiciou o cadastramento dos usuários com HAS que foram 32% e 44% dos usuários com

DM da área de abrangência da UBS pela estimativa da planilha de coleta de dados.

A melhoria dos registros deste acompanhamento, realizamos o exame clinico completo a 100% dos usuários cadastrados, também garantimos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários, mantemos ficha de acompanhamento dos usuários cadastrados na UBS, realizamos estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários cadastrados.

Promovemos a saúde através da orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários, garantimos orientação em relação à prática regular de atividades físicas, garantimos orientação sobre o risco do tabagismo, orientação sobre higiene bucal, além de propiciar a ampliação da cobertura da atenção dos usuários cadastrados.

A intervenção exigiu que a ESF se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Está atividade promoveu o trabalho integrado da assistência médica e de enfermagem, (enfermeiras e auxiliares de enfermagens) e dos ACS. Definimos como atribuições do médico realizar o exame clínico em dia de acordo com o protocolo além de requisitar os exames complementares de acordo com o protocolo, realizar prioritariamente a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, realizar a estratificação de risco cardiovascular dos usuários, bem como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em parceria com a enfermeira. Ela também realizou o registro adequado na ficha de acompanhamento, a orientação nutricional sobre alimentação saudável dos usuários, da prática de atividades físicas regulares e forneceu a orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Estas orientações iniciaram na sala de espera pelos auxiliares de enfermagens. Os ACS forneceram as orientações gerais sobre higiene bucal, prática de exercícios físicos, risco do tabagismo aos usuários, todas estas ações impactaram nas outras atividades no serviço como do NASF, da atenção à saúde dos usuários idosos e saúde mental.

Antes da intervenção as atividades de atenção a HAS e DM eram concentradas na atenção médica, quase nunca eram realizadas atividades de promoção e prevenção.

A intervenção permitiu uma mudança do estilo de trabalho da equipe de saúde, a mesma reviu as atribuições da ESF viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e a organização do agendamento dos usuários com HAS e/ou DM, estas mudanças tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos usuários com estes agravos, também se viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

O impacto da intervenção é bem recebido por toda a comunidade que conheceu seus diretos, sinais e sintomas, medicamentos, etc. de HAS e DM. Demonstram satisfação na sala de espera, entre os outros membros da comunidade, satisfação pelo serviço recebido na UBS. Não recebemos queixas na atenção dispensada aos usuários e temos atendidos a todos os usuários da comunidade.

A intervenção poderia ter sido mais dinâmica, em todas as 16 semanas de trabalho, foi muito cansativo discutir as atividades planejadas e desenvolvidas pela ESF. Conseguimos realizar a educação e promover a mudança dos estilos de vida saudáveis à comunidade, tivemos boa participação de todos os usuários em palestras que foram realizadas na comunidade e houve integração da ESF a todas as ações, incorporando a intervenção, a rotina do serviço.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço, para manter todos os resultados atingidos, iremos continuar com as ações de conscientização da comunidade sobre mudança de estilo de vida mais saudáveis e promover atividades que ajudem a melhorar a qualidade de vida dos usuários. Nós priorizamos atenção dos usuários com alto risco ajudando na qualidade de vida. Durante a intervenção não apresentamos dificuldades com a coleta dos dados. A ESF trabalhou com todas as fichas espelhos para obter uma intervenção bem organizada.

A partir do próximo mês pretendemos dar continuidade desta intervenção, investindo com o gestor municipal a melhoria da disponibilidade de medicamentos para o tratamento dos usuários com HAS e/ou DM, que muitas

vezes não tem a disponibilidade destes, segundo o protocolo. Nós tivemos adesão e incorporação da intervenção à rutina de trabalho da UBS com desenvolvimento desta em melhoramento do estado de saúde da comunidade que participa em todas as atividades que desenvolvemos pela equipe de ESF. Incorporamos a ação programática na rotina do serviço, pois todos os profissionais aderiram à mesma.

Pretendemos implementar a melhoria para outras ações programáticas, iniciando com a Melhoria da atenção dos idosos na UBS.

5 Relatório da intervenção para os gestores:

A UBS Infraero I situada na zona Norte de Macapá/AP, conta com uma população de 3340 pessoas com 163 usuários com hipertensão e 55 com DM, pelo cadastro do SIAB. O objetivo geral da intervenção realizada foi Melhorar a Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, a mesma teve duração de 16 semanas, de Setembro 2014 a Janeiro de 2015, com a intervenção houve melhoria dos indicadores de saúde e morbimortalidade dos usuários. Antes do trabalho eram altos com 25% de mortalidade dos usuários praticamente, não tinham seguimento nem controle de suas doenças que tinham que assistir frequentemente ao Pronto-socorro da cidade e ao Hospital. Também o número de internações era de 20 internações por ano para 12,2% depois da intervenção este número diminuiu a 4,9 % para oito internações por ano e a mortalidade caiu 2,4 % (quatro óbitos por ano). Também antes da intervenção os indicadores de coberturas dos usuários eram baixos não cobriam toda a demanda dos usuários e a qualidade do serviço prestado aos usuários era de baixa qualidade, faltando insumos e medicamentos para o controle adequado destas doenças. Somos uma equipe de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagens e 10 agentes comunitários de saúde. O trabalho desenvolvido continuará permanente mantendo e ampliando os resultados atingidos.

Cadastramos 32% dos usuários com hipertensão e 44% com diabetes da área de abrangência de acordo com a estimativa nacional (VIGITEL), realizamos exame clínico completo em 100% dos usuários cadastrados, também garantimos a realização de exames complementares, que sugiro a ampliação dos mesmos com outras instituições de saúde para ampliar a realização dos mesmos, garantindo os materiais necessários, rapidez e qualidade.

Priorizamos a prescrição de medicamento da farmácia popular, sendo que 100% dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados são fornecidos os medicamentos da listagem básica. Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico, buscamos os faltosos, ás consultas, em 100% dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados. Mantivemos ficha de registro e acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados. Realizamos estratificação do risco cardiovascular, garantimos orientação nutricional sobre alimentação saudável, garantimos orientação em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e garantimos orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários cadastrados.

Realizamos registro no prontuário de atendimento e no livro de registro de HAS/DIA, continuamos fazendo este trabalho como rotina. Garantimos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo com o protocolo, garantimos dentro das possibilidades, o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do HGT, na unidade de saúde. Sugiro a gestão desenvolver manutenção dos equipamentos de rotina para tê-los com confiabilidade, qualidade e disponíveis. Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde sendo bem acolhido por todos. A comunidade foi orientada sobre a importância de ações necessárias para a prevenção de agravos, diagnóstico e promoção de saúde em todas as palestras que desenvolvemos na comunidade foram 15.

Capacitamos os ACS para sinais e sintomas, para captação, para o acolhimento dos usuários. A equipe foi capacitada para a correta verificação da PA, para requisição de exames, para o registro de qualidade, para a prescrição de medicamentos conforme o protocolo atualizado de hipertensão e diabetes do MS. Monitoraremos as ações mensalmente nas reuniões de equipe. Definimos atribuições de cada membro da ESF e organizamos a agenda de atendimento. A gestão garantiu os impressos necessários à intervenção e reivindicamos a manutenção desta ação. Precisamos garantir também com a gestão agilidade para a realização dos exames complementares e estabelecendo sistemas de alerta. Realizamos controle do estoque de

medicamentos, foi implementado o registro das necessidades destes medicamentos. Orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Em cada reunião na comunidade falamos dos riscos que podem provocar estes agravos, manteremos todo o trabalho educativo e informativo na comunidade. Organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos e incorporamos- os novamente ao acompanhamento na UBS.

Monitoramos a realização das consultas periódicas com o dentista, reivindicamos o profissional dentista, necessário para desenvolver ações preventivas e promover a saúde bucal na UBS. Realizamos orientação nutricional, sobre a prática de atividades física regular, sobre riscos do tabagismo e manteremos estás orientações aos usuários em todas as reuniões desenvolvidas pela UBS. Estabelecemos parceria com outra UBS e organizamos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, estabelecemos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática de atividade física e sugerimos parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nestas ações. Necessitamos a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Buscamos parcerias na comunidade e reforçamos a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia do serviço de odontologia, parcerias institucionais para a continuação da qualificação da atenção aos usuários.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

Nossa UBS fica na zona Norte de Macapá/AP, somos uma população de 3.340 pessoas com 163 usuários com hipertensão e 55 com diabetes, pelo cadastro do SIAB. Sendo o objetivo geral desta intervenção, melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM na UBS Infraero I. O objetivo proposto foi atingido com o esforço da equipe de saúde e da comunidade, desenvolvemos juntamente, ações que ajudaram a melhorar a saúde da população com estes agravos, prevenindo complicações. Este trabalho desenvolvido com a comunidade continuará permanente, mantendo e ampliando os resultados atingidos. Orientamos sobre o programa, sobre sinais e sintomas, da importância de verificar a pressão arterial e o Hemoglicoteste, fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes em todas as 15 palestras feitas na comunidade.

Planejamos ações e desenvolvemos- as durante a intervenção como a ampliação da cobertura, cadastramos 162 (32 %) dos usuários com hipertensão e 55 (44%) dos usuários com diabetes, realizamos em todos os usuários cadastrados os exames clínicos necessários para uma adequada avaliação e classificamos- os de acordo com risco.

Também melhoramos a qualidade nas visitas domiciliares, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para adequar os mesmos a lista de medicamentos gratuitos. Padronizamos os atendimentos, de acordo com o protocolo atualizado, além de garantirmos a solicitação dos exames complementários. Mantivemos o trabalho educativo e informativo na comunidade como: orientação da necessidade de realizar exames complementares e a periodicidade dos mesmos. Prevenção de complicações destes agravos, dos direitos a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Realizamos e organizamos as visitas domiciliares para buscar os faltosos às consultas para incorpora-lo novamente ao acompanhamento na UBS.

Capacitamos os profissionais para melhorar o registro, priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Falamos sobre os níveis de risco e a importância do acompanhamento regular e controle de fatores de risco modificáveis.

Realizamos a Promoção da saúde realizando as consultas periódicas anuais com o dentista, Organizamos a agenda do dentista, realizamos conversas sobre prevenção das doenças odontológicas,

Todas as ações foram incorporadas ao trabalho diário da equipe de saúde melhorando atenção médica dos usuários com hipertensão e diabetes. Contamos com ajuda de toda a comunidade e continuaremos precisando de seu apoio para reivindicar dentista, manter a manutenção dos equipamentos e fornecimento de insumos. Também queremos desenvolver ações de educação para a saúde em outras ações programáticas.

Obrigado pelo apoio.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem:

O trabalho da intervenção foi desenvolvido em 16 semanas com ajuda da ESF e participação importante da comunidade que apoio todo o tempo nosso trabalho, acho que o curso cumpriu todas minhas expectativas porque ajudou a melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e DM. A organização do trabalho foi bastante difícil porque precisávamos da ajuda dos gestores de saúde para dar solução a problemas velhos que há na UBS, integração da ESF também foi complexa, porque necessitou capacitação em muitas das áreas que desenvolveu a intervenção, além, de organizar a disciplina de trabalho cumprimento das tarefas. Mas tudo deu certo, pude concluir a intervenção com excelentes resultados para minha prática profissional, com muita experiência, para poder desenvolver este trabalho em outras ações programáticas que são importantes. Para dar atenção com qualidade à comunidade, aprendi como organizar todo o processo de atenção dos usuários e que devemos orientar nosso trabalho à promoção de saúde e prevenção dos agravos que é principal maneira de resolver os problemas de saúde da população. Acho importante à incorporação da intervenção, na rotina do trabalho da ESF, porque assim podemos oferecer uma atenção com qualidade a todos os usuários que precisam uma atenção de saúde com excelência.

A ação programática na UBS/ESF foi incorporada e estamos realizando outras ações na rotina de trabalho diário da ESF.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica n.15 e n.16 Brasília DF. 2006

Diabetes Car2 – The Journal of Clinical and Allied Research and Education – junho 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.

FREITAS, O.C, RESENDE, C.F, MARQUES, N. J ET AL. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of Sao Paulo, Brazil. Arq. Bras. Cardiol, 2001; 77(1): 9–21.

HARVARD – JOSLIN – SBD; Manual do Programa de Educação em Diabetes no Brasil, 2001.

Apêndices

Apêndice A – Ficha complementar

1. Data de ingresso no programa:

2. Número de prontuário:

3. Cartão do SUS:

4. Nome completo:

5. Data Nascimento:

6. Endereço:

7. Necessita de cuidador: Sim ( ) Não( )

8. Tem HAS: Sim ( ) Não ( )

9. Tem DM: Sim ( ) Não ( )

10. Tem HAS e DM: Sim ( ) Não ( )

11. Consulta Clínica:

12. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

    Sim tem atenção ( )

    Não tem atenção ( )

13. Orientações de saúde bucal:

    Recebe orientação de higiene bucal ( )

    Não recebe orientação de higiene bucal ( )

14. Controle de faltosos as consultas:

    Sim é faltoso ( )

    Não é faltoso ( )

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de Objetivos, Metas Indicadores e Ações (OMIA - planilha eletrônica).

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Cobertura	1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
	1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
	2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
3. Adesão	3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
	3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
4. Registro	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
5. Avaliação de risco	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1 Proporçao de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporçao de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saúdável a 100% dos hipertensos.	6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saúdável a 100% dos diabéticos.	6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
	6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Anexo C - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

ados para Cole	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar 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 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 recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de 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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	

Anexo D - Ficha espelho

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

CONSULTA CLÍNICA												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ ___ ___ ___ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____

Nome completo:_____ Data de nascimento: ___/___/___ ___ ___ ___

Endereço:_____ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato:_____/_____/_____

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM?_____ HAS e DM? _____ Estatura: ___ ___ ___ cm Perímetro Braquial: ___ ___ cm

Medicações de uso contínuo							
Data							
	Apresentação						
Hidroclorotiazida 25mg							
Captopril 25mg							
Propranolol 40 mg							
Enalapril 10 mg							
Atenolol 25 mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclamida 5mg							
Insulina NPH							

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						
VCM						
CHCM						
Plaquetas						