

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância (EAD)

Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués/ AM**

Caridad Amita Gonzalez Amita

Pelotas, 2015

Caridad Amita Gonzalez Amita

Melhoria da Atenção à Saúde de Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués/ AM

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

Orientadora: Christiane Lacerda Franco Rocha

Pelotas, 2015

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

G643m Gonzalez, Caridad Amita

Melhoria da Atenção à Saúde de Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués/AM / Caridad Amita Gonzalez; Christiane Lacerda Franco Rocha, orientador(a); Fabivfer@yahoo.com.br, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 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. Rocha, Christiane Lacerda Franco, orient. II. Fabivfer@yahoo.com.br, , coorient.

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos
que não conjugam o verbo desistir.
*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente,
você estará fazendo o impossível”*

São Francisco de Assis

Agradecimentos

A minha orientadora Christiane Lacerda Franco Rocha pelo incentivo e perseverança no auxílio das atividades e discussões sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

A toda minha equipe do Centro de Saúde Santa Luzia pelo companheirismo e por não medirem esforços para que nossa intervenção fosse bem sucedida.

A todos os participantes e usuários do Centro de Saúde pela participação, pela interação com nossa equipe e por aceitarem fazer parte deste projeto.

A minha família pela paciência e por estar sempre disposta a compartilhar os momentos felizes, confrontar minhas angústias e estimular-me continuamente.

Resumo

Gonzalez, Caridad Amita. **Melhoria da Atenção à Saúde de Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués / AM**, 2015. 103 f. 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) e a diabetes mellitus (DM) constituem a primeira causa de morbimortalidade do Brasil e do mundo (BRASIL, 2013). Assim sendo, acredita-se de fundamental importância a realização de uma intervenção que ocorreu no Centro de Saúde (CS) Santa Luzia, em Maués, Amazonas, no período de setembro a dezembro de 2014, onde se implementou o Programa de Atenção à HAS e ao DM, uma vez que anteriormente foi identificado, por meio de uma análise situacional que ocorreu no primeiro semestre de 2014, como o mais desorganizado e com menor número de usuários cadastrados no CS e que teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos. Ao final da intervenção ampliaram-se os cadastros dos portadores de HAS de 34%(226) para 87%(476) e de DM de 40%(76) para 100%(149). Outras metas propostas e alcançadas foram a oferta para os 476 hipertensos e 149 diabéticos cadastrados no programa de exames clínicos apropriados, de exames complementares com periodicidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), a priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, a melhoria da adesão com a busca ativa de todos os faltosos às consultas, a melhoria dos registros com a atualização das fichas-espelho, a avaliação de risco, com a realização de pelo menos uma estratificação do risco cardiovascular por ano, assim como, a promoção de saúde com as orientações quanto à alimentação saudável, a importância da prática regular de exercício físico, orientações sobre o risco do tabagismo e cuidados com a saúde bucal para 100% dos portadores de HAS e de DM cadastrados no programa. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos cadastrados também foi proposta, entretanto, apenas 4,8% dos hipertensos e 4% dos diabéticos, receberam essa atenção, devido à grande demanda e a pouca oferta de serviço, visto que há apenas um dentista para as duas equipes do CS. Conclui-se que as ações realizadas no período da intervenção tendem a ser mantidas na rotina da unidade de saúde para a consolidação de uma atenção integral e com qualidade aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da recepção e arquivos do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	13
Figura 2	Fotografia de realização de triagem no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	19
Figura 3	Fotografia de atividade com o grupo de idosos do município de Maués, AM, 2014.	28
Figura 4	Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	69
Figura 5	Cobertura do Programa de atenção ao diabético do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	71
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, 2014.	75
Figura 7	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, 2014.	77
Figura 8	Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	92
Figura 9	Cobertura do Programa de atenção ao diabético do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	92
Figura 10	Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.	95

Figura 11 Cobertura do Programa de atenção ao diabético do
Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

96

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CS	Centro de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia de Saúde em Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	30
2 Análise Estratégica.....	32
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e metas.....	34
2.2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2.2 Objetivos Específicos.....	34
2.2.3.Metas.....	34
2.3 Metodologia.....	36
2.3.1 Detalhamento das ações.....	36
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	65
4 Avaliação da intervenção	68
4.1 Resultados	68
4.2 Discussão.....	85
5 Relatório da intervenção para gestores.....	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	94
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	97
Referências	99
Anexos	100

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Este volume engloba a **análise situacional** do Centro de Saúde Santa Luzia, em Maués, Amazonas com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implementação das ações propostas; o **relatório dos resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; os **relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade** e a **reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade além das **referências** e dos **anexos**.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (janeiro/2014)

Nossa unidade de saúde está localizada no município de Maués, estado do Amazonas (AM) e sua estrutura física é de construção recente, sendo que a inauguração está sendo no dia de hoje, que é dia 30 de janeiro de 2014. Até então, trabalhávamos em outro local, com dificuldades estruturais, mas continuamos com a mesma equipe de saúde e a mesma população. Essa mudança foi necessária, uma vez que no outro prédio que estávamos trabalhando, a estrutura física era muito limitada e dificultava o nosso trabalho. Esta unidade também é provisória, porque o Centro de Saúde (CS) Santa Luzia, onde trabalharemos em definitivo, está passando por uma grande reforma e talvez demore mais que um ano. Dispomos nessa nova unidade para onde estamos mudando de uma sala de espera ampla e confortável, sala de triagem, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, local de curativo, sala de vacinas, farmácia, uma sala de reuniões e um consultório odontológico, além de banheiros públicos nos dois andares. Há ainda banheiro para os funcionários. O horário de funcionamento é das 07h00 às 19h00 horas.

Nossa equipe é formada por mim, que sou médica, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, uma vacinadora, um odontólogo e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atendemos fundamentalmente a área urbana e também sítios da zona rural, mas a população que faz parte da área rural que é composta por três comunidades ribeirinhas tem muita dificuldade de acesso ao centro da saúde, pela distância.

Na nossa unidade de saúde temos 919 famílias cadastradas para um total de 3721 pessoas, mas continuamos trabalhando para conhecer o número real de usuários dessas famílias cadastradas. Temos quatro usuários com hanseníase, dois com tuberculose e fazemos o seguimento e o controle de suas doenças. Eu faço controle das reações adversas dos medicamentos em cada consulta programada e junto à psicóloga da área, fazemos o apoio emocional. Fazemos atendimento pré-natal às gestantes cadastradas e a avaliação de complicações, para encaminhar no período correto do parto para o hospital, mas temos dificuldades nesse acompanhamento, visto que muitas vezes, o parto é feito na comunidade rural pelas

dificuldades do transporte. As consultas de puericultura são feitas pela médica e enfermeira, mas necessitam de melhor controle da equipe de saúde.

Atualmente, o centro de saúde que realiza atendimentos à população residente na zona rural encontra-se em reforma. Alguns médicos deverão morar nestes locais para permanecerem próximos à população. Enquanto isso não acontece, para minimizar essas dificuldades, com o apoio do prefeito, do povo e da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), realizam-se mutirões planejados com toda a equipe, onde se atende demanda espontânea. A equipe é comprometida, trabalha em conjunto, portanto, é integrada e seus membros estão dispostos a colaborar. Nesses atendimentos, faz-se o que é possível, entretanto, acreditamos que um acompanhamento regular, com a presença da equipe de saúde da família próxima às residências, terá um impacto muito positivo.

No município podemos contar com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Temos ainda um hospital que realiza atendimento nas 24 horas com médicos generalistas que trabalham também nas unidades básicas de saúde (UBS), dois cirurgiões e um ultrassonografista. Realizamos algumas intervenções voltadas à prevenção e promoção de saúde e nas palestras educativas, conseguimos realizar algumas ações. Eu, que sou médica, juntamente com as enfermeiras e ACS fazemos atividades preventivas, voltadas à educação em saúde, além de atividades educativas na sala de espera, antes das consultas médicas. No grupo de gestantes, essas ações são realizadas quando as gestantes comparecem à unidade de saúde para as consultas programadas. É discutido o planejamento familiar com os adolescentes, uma vez que temos um alto índice de gestantes nesta faixa etária. Trabalhamos todas as terças-feiras com os idosos, com o apoio de educadores físicos.

Na nossa unidade de saúde todas as ações oferecidas aos usuários são anotadas em prontuários que se encontram em uma sala de arquivos. Quando usuário acessa a unidade de saúde para consulta, passa na sala de arquivos e solicita à recepcionista a sua pasta. Esses prontuários apresentam registro de acordo com a doença que o usuário apresenta, além de todas as consultas realizadas anteriormente. Por exemplo, para os usuários cadastrados nos Programas de Atenção ao Pré-natal e Puerpério, Atenção à Saúde da criança e também no Programa de Atenção à Saúde do hipertenso e diabético, existe

classificação prévia e eles encontram-se organizados por família e endereço, além de serem divididos pela zona que residem: rural ou urbana.

Nas consultas de demanda espontânea, também acontece dessa maneira e quando o usuário chega à unidade, como mostra a figura 1, solicita seu prontuário à recepcionista e passa pela triagem, antes que eu o consulte. Assim sendo, quando vou consultá-lo ele está de posse do seu prontuário, eu anoto os achados da consulta e os documentos voltam para a sala de arquivos e lá estarão até a próxima consulta. Pelo sistema de arquivamento disponível na nossa unidade de trabalho, é possível fazer levantamento e localizar os prontuários.



Figura 1. Fotografia da recepção e arquivos do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

As unidades de saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde (MS), único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes, com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Essa missão faz parte da “Saúde Mais Perto de Você” que é o conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive e delas fazem parte a Estratégia Saúde da Família, que enfrenta entraves para a expansão e desenvolvimento no país (BRASIL, 2012).

Eu acho que com este curso de especialização, com o apoio dos alunos e orientadores, pode ser uma solução para o desafio que o Brasil propõe e nós estamos comprometidos para fazer essa mudança.

1.2 Relatório da Análise Situacional (fevereiro /maio2014)

O município de Maués encontra-se situado no estado do AM, tem 57.663 habitantes e um área de unidade territorial de 39.989.886 km², segundo os dados de pesquisa publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010. Temos sete unidades de saúde da ESF, com 100% de cobertura da população. Temos NASF, CAPS e SAMU. Nosso município tem um hospital que realiza atendimento 24 horas com médicos generalistas que trabalham também nas UBS, dois cirurgiões e um ultrassonografista. Há referência para a maioria das especialidades, sendo que, os usuários em alguns casos, são encaminhados para a realização de suas consultas, em outros municípios. São oferecidos exames complementares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que estes usuários precisam agendar seus exames, exceto se, os pedidos forem de urgência.

Atualmente, há sérios problemas com os exames complementares, uma vez que no município, nem sempre é possível realizá-los. Para a sua realização, é necessária a utilização de aparelhos, que se encontram quebrados, motivo pelo qual, os usuários precisam ter condições financeiras para fazer exames, como por exemplo: colesterol, triglicérides, ácido úrico, ureia e outros, na rede privada. Há usuários que não dispõem de recursos para poder fazer esses exames na rede privada, o que dificulta o atendimento. Os exames, em sua maioria, são autorizados na própria unidade, com exceção de poucos, que são realizados rotineiramente na unidade de saúde, como glicemia capilar, teste rápido para identificar o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis.

Quanto aos encaminhamentos à Atenção Especializada e Hospital, encontram-se estabelecidos e acontecem na nossa unidade de saúde. A população é encaminhada e atendida por muitas especialidades como ginecologia, oftalmologia e pediatria. Os especialistas vêm de Manaus e realizam atendimento à população com frequência, mas muitos usuários têm que ser encaminhados à Manaus, porque não contamos com todas as especialidades no município. Algumas vezes, ocorrem problemas quando um usuário da zona rural é encaminhado à Manaus para ser

atendido por especialidades como ortopedia, neurologia e nefrologia, que não existe em nossa cidade, com a ajuda da prefeitura para o transporte gratuito e lá chegando, não é atendido sob a alegação de falta de recursos econômicos e/ou por haver limitação na capacidade de atendimento do serviço de saúde.

O Centro de Saúde onde realizarei atendimentos chama-se Santa Luzia. Foi construído há 12 anos, como ESF pela prefeitura, com 100% de cobertura da população da área de abrangência. Apresentam-se problemas em relação à estrutura da unidade de saúde, e devido a isso, está sendo reformada e, atualmente, trabalhamos em outra unidade, até que se conclua a ampliação. Nesse local trabalham 2 equipes de saúde. A nossa equipe possui: 1 médica, que sou eu, 1 técnico em enfermagem, 2 enfermeiros, 1 odontólogo, 1 auxiliar em saúde bucal, 1 auxiliar de enfermagem, 11 ACS, além dos profissionais do NASF que apoiam o nosso trabalho: psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga e uma assistente social. Nesta unidade de saúde, no mesmo prédio, são atendidas duas populações, uma da zona rural e uma da zona urbana. A zona rural é composta por 3 polos, nos quais a população da área de abrangência é ribeirinha, motivo pelo qual tem problemas para deslocar-se para o posto de saúde.

Como falei anteriormente, alguns médicos morarão e trabalharão nesses locais, mas atualmente os postos de saúde que darão atendimento à zona rural, estão em reforma. Os profissionais ficarão perto da população, para minimizar estas dificuldades. Estas benfeitorias são incentivadas pelo MS e foram conquistadas com o apoio do prefeito e da secretaria da saúde. Enquanto a reforma não acaba, realizamos mutirão de atendimento, ofertando atenção e cuidados de saúde para essa população.

Trabalho neste município há seis meses e nesse período a equipe já passou por diversas fases, com trocas constantes de profissionais. Médicos brasileiros abandonaram o município e, atualmente, há dois médicos cubanos do Programa Mais Médicos que estão trabalhando na nossa unidade de saúde, entretanto, observo que a vontade individual dos profissionais que fazem parte da equipe, pode interferir bastante na realização de um bom trabalho.

Quanto à estrutura física do CS, não é das melhores, mas dispõe de salas para os atendimentos médicos (2 consultórios sem banheiro), sala de recepção pequena, sala de arquivo de prontuários, sala de espera para acomodar 15 pessoas, uma sala de vacina, uma sala de armazenamento de medicamentos e farmácia, sala

da odontologia, um banheiro para usuário, um banheiro para funcionário e uma sala de reunião pequena. O espaço físico ocupado pela equipe do interior, que atende a população da zona rural, é mal estruturado e atualmente, está sendo ampliado, uma vez que era ainda pior: salas pequenas, ausência de salas para alguns ambientes, como sala destinada a almoxarifado, consultórios com sanitários, área de escovódromo, sanitário para deficiente. Todos os ambientes têm janelas que possibilitam a circulação de ar, contam com iluminação natural, mas não há telas mosquiteiras.

Há limitações para um bom desempenho do trabalho, sendo que algumas delas são relacionadas à estrutura física da unidade de saúde e outras, que dependem da motivação por parte de toda a equipe de saúde na melhoria da oferta de serviços. Em relação à estrutura física adequada da unidade, sabe-se que não é fácil a modificação e que não depende dos trabalhadores da saúde, mas sem que se estabeleça um melhor diálogo e participação dos gestores com a equipe e população, fica difícil sugerir e participar do processo como um todo, inclusive solicitar a participação nas reformas das unidades, conforme a necessidade da população e o tipo de estratégia estabelecida pelo SUS.

As reuniões entre as equipes de saúde que trabalham na ESF e a SMS devem ser feitas com frequência, e deve ser possível discutir, encontrar soluções e solicitar maior colaboração da SMS para o bom funcionamento do trabalho das equipes. De um modo geral, percebem-se melhorias na estruturação da equipe, onde todos estão tentando falar a mesma língua e há a tentativa de intervir nas situações possíveis, pois existe a consciência que algumas dessas situações não dependem da vontade ou da realização da equipe e sim dos gestores ou da população, que precisa ser mais estimulada para participar do controle social, ajudando a decidir e opinando nas questões de saúde.

Pode-se dizer que há problemas a resolver para um bom funcionamento da unidade de saúde. Quanto às atribuições dos profissionais da equipe de saúde e as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família, os ACS, recepcionista, enfermeiros, odontólogo, participam do mapeamento da área de atuação, realizando identificação dos grupos expostos, identificação de risco de forma individual, mas não há identificação de risco da família. Entre os grupos de agravos sinalizados estão os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hanseníase e tuberculose.

A participação em equipamentos sociais e em redes não é realizada por todos os trabalhadores da unidade de saúde e participam desta atividade, apenas os ACS e recepcionistas, fundamentalmente. A odontologia tem o grupo de trabalho definido (1 dentista, 1 auxiliar em saúde bucal) e eles realizam atividades com equipamentos sociais e redes. Realiza-se o cuidado da saúde à população no domicílio, mas em alguns locais situados na área de abrangência não são realizados, devido à distância. São realizados pequenos procedimentos e cirurgias na unidade de saúde, mas para os cuidados e atendimentos de urgência e emergência há dificuldades, pela falta de recursos na unidade de saúde.

A busca dos faltosos não é realizada. Os cuidados domiciliares são feitos pelos ACS e médicos e apresentam-se dificuldades nesses procedimentos, pela pouca participação dos demais profissionais da unidade de saúde. São baseadas, fundamentalmente, em consultas médicas, aferição da pressão arterial e entrega de medicação.

A unidade de saúde tem 11 ACS e eles apresentam dificuldades para fazer um bom trabalho, uma vez que não dispõem de materiais e equipamentos necessários. O meio de transporte utilizado pela unidade de saúde é particular de cada profissional, porque não se conta com meios de locomoção para o deslocamento na área de abrangência.

Quanto à situação de abastecimento de materiais e insumos para a realização das atividades da unidade de saúde, pode ser considerado suficiente e não há problemas neste sentido. Falta muito a fazer, quanto à promoção e participação da comunidade no controle social, trabalhar na identificação de parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações intersetoriais com a equipe. Os profissionais da unidade de saúde participam da qualificação profissional em saúde, mas ainda há dificuldades a superar.

O gerenciamento dos insumos necessários, para o adequado funcionamento da unidade de saúde, é feito só pelo coordenador da unidade, com pouca participação de outros profissionais. As reuniões da equipe realizam-se mensalmente e são abordados temas como organização do processo de trabalho, qualificação clínica, planejamento de ações, mas acredito que poderíamos abordar outros, como as discussões de casos, agenda de trabalho, monitoramento e análises de indicadores, tão importantes para o desenvolvimento da equipe.

No CS, o total da população adscrita é de 8352 usuários, sendo 919 famílias e 3721 usuários cadastrados na equipe que atende a zona urbana, da qual faço parte e 932 famílias cadastradas na zona rural, num total de 4631 usuários. A equipe de saúde que atende a área urbana também atende os usuários da zona rural, mas os atendimentos da unidade são em maior quantidade para a zona urbana do que para a rural, dada a dificuldade de acesso à unidade de saúde, apresentada por usuários residentes na zona rural. O perfil demográfico da zona urbana é composto de acordo com o gênero, por 1922 usuários do sexo feminino e 1799 do sexo masculino, mas continuamos trabalhando para conhecer os números exatos da população da nossa área da abrangência.

Na nossa área temos de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): 1110 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 602 mulheres entre 25 e 64 anos, 171 mulheres entre 50 e 69 anos, 31 gestantes, 71 menores de 1 ano, 197 menores de 5 anos, 802 pessoas de 5 a 14 anos, 2448 pessoas de 15 a 59 anos, 203 pessoas com 60 anos ou mais, 1824 pessoas entre 20 e 59 anos 2144 pessoas com 20 anos ou mais, 227 pessoas com 20 anos ou mais com HAS, 76 pessoas com 20 anos ou mais com DM.

No CS Santa Luzia, o acolhimento do usuário é realizado na recepção, e na sala de enfermagem. É feito pela recepcionista, mas outros profissionais como técnica de enfermagem, técnica de higiene bucal, enfermeiro e ACS podem também realizar o acolhimento do usuário, porque não existe uma equipe para o acolhimento, sendo que o tipo de modelagem é o acolhimento coletivo, realizado por toda a equipe de saúde, realizado todos os dias e em ambos os turnos de atendimento. As ações oferecidas aos usuários são anotadas em prontuários que se encontram na unidade. Esses registros apresentam anotações de acordo com a doença que o usuário apresenta, além de todas as consultas realizadas anteriormente. Por exemplo, os usuários cadastrados nos Programas de Atenção ao Pré-natal e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e no Programa de Atenção à HAS e DM, passam por classificação prévia e encontram-se organizados por família e endereço, além de serem divididos pela zona que residem: rural ou urbana. O usuário quando chega à unidade, quer para consultas agendadas ou de demanda espontânea, retira seu prontuário com a recepcionista na sala arquivos e passa pela triagem, conforme demonstra a figura 2, antes de ser encaminhado para a consulta. Assim sendo, quando ele recebe a consulta, está de posse do seu prontuário, a

médica anota os achados da consulta e os documentos são devolvidos pelo usuário para a atendente da sala de arquivos, onde permanecem até a próxima consulta.



Figura 2. Fotografia de realização de triagem no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Todos os usuários que chegam à unidade de saúde têm suas necessidades acolhidas com tempo de demora entre dez e quinze minutos. A equipe de saúde conhece e utiliza avaliação e classificação do risco biológico e de vulnerabilidade social, para definir o encaminhamento da demanda do usuário. O enfermeiro e o médico realizam atendimentos no dia, para os casos em que os usuários apresentam problemas de saúde agudos. Atualmente, não há excesso de demanda de atendimento para o dia, mesmo para a demanda de atendimento imediato e prioritário, que também é feita por médico e enfermeiro, com tempo menor do que 30 minutos.

Quanto ao atendimento odontológico, quando os usuários solicitam consultas, pois estão com problemas de saúde agudos e necessitam ser atendidos no dia, essa possibilidade é oferecida para eles mas, como existe excesso de demanda para as consultas, às vezes, o usuário é orientado para retornar outro dia.

Durante o período em que ocorreu a Análise Situacional, realizamos um levantamento de indicadores de cobertura e de qualidade encontrados na nossa unidade de saúde, no que diz respeito às ações programáticas, por meio do Caderno de Ações Programáticas (CAP) e a partir daqui vamos conhecê-los, assim como o grau de implementação apresentado nos diversos Programas do MS.

Os menores de um ano totalizam 71 crianças, representando um índice de cobertura do Programa de Atenção à saúde da criança, de 90%, considerando os dados demográficos estimados pelo CAP, que são dados regionais, em relação aos dados que dispomos em nossa UBS. Destas crianças, 22 estão com consultas em dia, de acordo com o protocolo do MS, representando 31% do total, 44 crianças apresentam atraso da consulta agendada em mais de sete dias (62%), 52 crianças, do total das 71, receberam consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, onde foi feito o teste do pezinho, representando 73%. As vacinas em dia desta faixa etária, totalizam 100%. A situação de crescimento e desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde, de forma, que o seu acompanhamento constitui o eixo da assistência à criança. Ações simples como pesar, medir, orientar, anotar os resultados e utilizar a caderneta de saúde, que é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento, são realizadas, mas não são monitoradas de forma sistemática pelos profissionais das equipes de saúde. Das 71 crianças da nossa área 22 crianças apresentam um bom monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta, representando 31%. A triagem auditiva não é feita na unidade porque não dispomos do instrumento adequado para a realização da tarefa. Além disso, as orientações sobre acidentes não são feitas nas consultas de puericultura. Temos pouca avaliação de saúde bucal nesta faixa etária. Somente 31% das crianças são consultadas pelo dentista, devido à alta demanda e ao fato de só termos um dentista para as duas equipes.

O atendimento de puericultura é realizado só para o grupo etário das crianças menores de 12 meses, mas não em todos os dias da semana, ocorrendo nas segundas e quintas-feiras no turno da manhã. O enfermeiro realiza atendimento às crianças de dentro da área de cobertura da unidade de saúde e elas saem com a próxima consulta programada agendada. Os atendimentos de problemas de saúde agudos são realizados pelo médico e não existe excesso de demanda.

Na unidade de saúde não existe protocolo de atendimento de puericultura, mas utilizamos classificação para identificar crianças de alto risco.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico das crianças e na ficha espelho de vacinas. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos das puericulturas e os profissionais preenchem as informações atuais das crianças na caderneta, mas nem sempre. Existe o Programa Bolsa Família e os ACS são responsáveis pelo cadastramento das crianças. Encontramos uma cobertura vacinal de 100% para as crianças nessa faixa-etária e isso se deve ao fato que esse é um dos critérios para a manutenção do cadastro do Programa Bolsa Família. O enfermeiro é o responsável pelo envio à SMS. No âmbito da unidade de saúde realizam-se atividades com grupos de mães das crianças da puericultura.

A puericultura é uma ação inerente aos serviços de atenção básica à saúde e sua operacionalização deve contar com uma equipe capacitada para realizar acolhimento, organizar o serviço, orientar a população, além de estar tecnicamente habilitada para atender a criança. A capacitação da equipe, no acolhimento da criança, para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança, propostos pelo MS, constitui uma premissa na unidade de saúde, considerando os dados relatados anteriormente.

Temos 31 gestantes registradas no Programa de Atenção ao Pré-natal e puerpério e o indicador de cobertura é de 56%, visto que pela estimativa do CAP, deveríamos ter 55, aproximadamente. Destas, 16 gestantes (52%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 5 gestantes (16%) estão com consultas em dia, de acordo com calendário do MS, 10 gestantes (32%) receberam a solicitação de exames preconizados, na primeira consulta do pré-natal. Os indicadores antes expostos demonstram que temos pouca cobertura de pré-natal e temos dificuldades no seguimento das gestantes, uma vez que, muitas vezes o parto é feito na comunidade rural pelas dificuldades com transporte.

Quanto aos outros indicadores de qualidade, das gestantes atendidas na unidade de saúde, temos 100% de cobertura quanto à vacinação, prescrição de suplementos de sulfato ferroso conforme o protocolo, exame ginecológico trimestral, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento exclusivo.

O número de mulheres que realizaram consultas de puerpério nos últimos 12 meses foi de 42 para um indicador de cobertura de 53%. 100% das puérperas

tiveram suas consultas puerperais registradas antes dos 42 dias de pós-parto e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido.

A unidade de saúde realiza atendimento pré-natal e puerpério em dois dias por semana e acontece em um só turno do dia. O atendimento é feito pelo enfermeiro, médica clínica geral, odontólogo, psicóloga, técnico de enfermagem e de consultório dentário. Após a consulta, a gestante sai com a próxima consulta programada agendada. Os atendimentos à demanda de gestantes com problemas de saúde agudos são realizados para as gestantes que residem na área de cobertura da unidade de saúde, mas essa demanda é pequena. Todos os profissionais que participam no atendimento da gestante utilizam o protocolo do MS produzido em 2013.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde, no cuidado às gestantes são: diagnóstico e tratamento de problema clínico geral e saúde bucal, controle de cânceres de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis. Os profissionais utilizam a avaliação do risco gestacional e protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e ficha espelho das vacinas, onde são preenchidas as informações atuais da gestante, mas não existe arquivo específico do atendimento das gestantes. Os registros são arquivados por família e quando a gestante vem à consulta, seu prontuário é procurado em seu endereço e realizado o registro. Na unidade de saúde existe o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) do MS, e o cadastro é realizado no primeiro dia da captação. O enfermeiro é o responsável e faz o envio dos cadastros à SMS. Ele dedica-se ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal, fazendo reuniões quinzenais. No grupo de gestantes, as ações educativas são realizadas quando as gestantes chegam à unidade de saúde para as consultas programadas e acontecem na sala de espera, por meio de palestras informativas e discussão das orientações. Nessas oportunidades, discute-se planejamento familiar com os adolescentes, já que há um alto índice de gestantes nesta faixa etária.

Considerando os denominadores demográficos para o monitoramento de ações programáticas da unidade de saúde, revelados no CAP, entende-se que o

número estimado de gestantes da área, está acima do valor real existente, atualmente. Apesar das bases de dados serem regionais, existe uma grande diferença entre as gestantes estimadas e as cadastradas na nossa unidade de saúde.

Fazemos atendimento pré-natal às gestantes cadastradas e avaliações de eventuais complicações para encaminhá-las para o hospital, no tempo adequado, mas temos dificuldades no seguimento das gestantes, visto que muitas vezes, o parto é feito na comunidade rural, pelas dificuldades apresentadas com o transporte.

Quanto à análise da atenção pré-natal e puerpério na minha unidade de saúde, acredito que devemos melhorar o processo de atendimento das gestantes, com a qualificação dos profissionais de saúde quanto à avaliação pré-concepcional, fator importante para identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil, visto que o alto índice das gestações na adolescência na unidade de saúde é devido à falta de orientação ou de oportunidades para conhecimento e acesso a um método anticoncepcional, que em muitas vezes é desconhecido por elas. Temos que nos preocupar também com a informação sobre métodos da proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Durante o último ano, tivemos o registro de 42 (53%) mulheres que realizaram consulta de puerpério na nossa área adscrita, sendo que deveríamos apresentar 79, de acordo com o CAP. Dessas 42 mulheres, todas (100%) realizaram consultas de puerpério, antes de 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado, realizaram exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado. Nenhuma puérpera foi avaliada, quanto às intercorrências.

O conhecimento das mulheres em idade fértil, dentro da população da área de abrangência, permite um bom planejamento reprodutivo. As visitas domiciliares planejadas e organizadas possibilitam a identificação de possíveis fatores de risco das gestantes e puérperas e a captação precoce dessas gestantes, para um melhor controle e acompanhamento do pré-natal. A busca ativa das gestantes faltosas ao

pré-natal também é útil para a melhoria do pré-natal e do puerpério, assim como para o incentivo à consulta da primeira semana após o parto.

As visitas domiciliares realizadas pela nossa equipe de saúde só podem ser ofertadas aos moradores da zona urbana e sendo assim, os usuários que moram em sítios rurais, devem deslocar-se para a unidade de saúde, o que dificulta conhecermos o valor real dos dados demográficos que dispomos.

O número total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área de abrangência e acompanhadas no CS para prevenção de câncer de colo uterino é de 602 mulheres, com um indicador de cobertura do CAP de 76%, entretanto, as mulheres registradas no livro com exame citopatológico para câncer de colo uterino em dia são 262 mulheres, representando 44% do total das mulheres. Não foi possível saber quantas mulheres estão com atraso de mais de 6 meses para o exame citopatológico. Temos registro de 2 mulheres com exames alterados que estão sendo acompanhadas em Manaus, por especialistas em Oncologia. Na nossa unidade de saúde não existe avaliação de risco para câncer de colo uterino, orientação sobre sua prevenção, não existe registro de exames coletados com amostras satisfatórias, nem com células representativas da junção escamocolumnar.

Quanto ao controle do câncer do colo do útero, os profissionais da unidade de saúde orientam sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais, mas não são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo, nem a educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino.

Na unidade de saúde realiza-se a coleta de exame citopatológico, um dia por semana, num só turno, pela manhã e são realizadas pelo enfermeiro. Os demais profissionais aproveitam o contato com as mulheres para verificar as necessidades de realizar o preventivo, utilizando um tipo de rastreamento de oportunidade. Há na unidade de saúde um protocolo de prevenção do câncer de colo uterino produzido pelo MS, no ano 2013, mas não é utilizado.

Não se sabe quantas mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado, assim como também não conhecemos nenhum outro qualquer resultado, uma vez que as amostras para os exames são enviadas para Manaus e quando o resultado volta é devolvido à usuária para sua avaliação com o médico, mas o resultado não é registrado em seu prontuário. O enfermeiro, coordenador da unidade

de saúde, é o responsável pelo planejamento e avaliação do programa, mas não são realizados relatórios que avaliam os resultados encontrados.

Há muito a melhorar nos Programas de prevenção do câncer do colo uterino e controle do câncer de mama, considerando que com estratégias efetivas no controle dessas doenças, que incluem ações de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação do usuário, seria possível melhorar a qualidade de vida da população, evitando mortes provocadas por estas doenças. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades da população.

O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde para controle do câncer de mama é de 171 mulheres, com uma cobertura de 94% em relação aos dados estimados pelo CAP. Apesar dessa cobertura, não temos informes de mulheres que realizaram mamografia, uma vez que não contamos com esse exame em nosso município, não existe avaliação de risco para câncer de mama, nem orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Na unidade de saúde são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, feitas antes de cada consulta com o médico. As atividades físicas são realizadas pelo município, programadas junto aos educadores físicos, mas não são realizados regularmente na unidade de saúde. As ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama são tarefas do médico e enfermeiros nas consultas, mas não são realizadas pela unidade de saúde, em palestras ou atividades com a comunidade.

Os rastreamentos do câncer de mama são realizados nas consultas às mulheres da área de cobertura, uma vez que não se realiza essa ação para as mulheres de fora de nossa área. O rastreamento é realizado pelo médico e enfermeiro, aproveitando o contato com os usuários, utilizando o rastreamento de oportunidade. O protocolo de controle do câncer de mama, produzido pelo MS, ano 2013, está presente na unidade de saúde, mas não é utilizado pelos profissionais.

Não há registro de atendimento às mulheres que realizam mamografia, mas no prontuário são anotados os resultados de alguma mamografia realizada, quando é trazida à consulta.

Fazendo uma análise do controle da HAS da unidade de saúde, o número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde, é de 227 usuários e o indicador de cobertura, em relação aos dados estimados pelo CAP, é de 34%. Entre eles, temos 33%, ou seja, 74 hipertensos que têm exames complementares realizados em dia. Não foi possível saber quantos hipertensos têm atraso de consulta agendada em mais de 7 dias. Não existe realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre práticas de atividades físicas regulares e orientação para alimentação saudável. Temos 192 usuários com avaliação de saúde bucal em dia, o que representa 85% do total dos cadastrados na Ação Programática.

Quanto ao número de diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área e acompanhadas no posto de saúde é de 76, com indicador de cobertura de 40%, em relação à estimativa do CAP, entretanto, desse total, apenas 15 diabéticos têm exames complementares realizados em dia, o que representa 20% do total. Não foi possível saber quantos diabéticos têm atraso de consulta agendada em mais de 7 dias. Não existe realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre práticas de atividades físicas regulares e orientação para alimentação saudável. Também não foi possível conhecer os indicadores que avaliam o exame físico dos pés, a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, uma vez que faltam dados nos prontuários. Dos 76, 55 diabéticos estão com a avaliação de saúde bucal em dia, o que representa 72% do total de cadastrados.

Na unidade de saúde são realizadas ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, antes de cada consulta com o médico. As atividades físicas são realizadas pelo município, programadas junto aos educadores físicos, mas não são realizados regularmente na unidade de saúde. As ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo são feitas pelo médico e enfermeiros na consulta, mas não são realizadas pela unidade de saúde, em palestras ou atividades com a comunidade. A unidade de saúde realiza atendimentos de adultos portadores de HAS e/ou DM, um dia por semana, num só turno, pela manhã e são realizados pelo enfermeiro, médico e

odontólogo. Após a consulta, o adulto com HAS e/ou DM não sai com a próxima consulta programada agendada para este problema. Existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos da nossa área de cobertura.

Temos protocolos de prevenção do controle de HAS e DM produzidos pelo MS, ano 2006, mas não são utilizados. O enfermeiro, coordenador da unidade de saúde, é o responsável pelo planejamento e avaliação do programa, mas não realiza relatórios que avaliem os resultados encontrados.

Considerando os dados acima, podemos falar, por exemplo, que nossos cadastros para esse grupo estão bem abaixo do que as estimativas do CAP sugerem, o que nos faz acreditar que há muitos portadores de HAS e/ou DM que ainda não estão diagnosticados. Enquanto isso, HAS e DM lideram as doenças mais frequentes e que são causas de cegueira, doença renal, eventos cardiovasculares e outras complicações. A avaliação e rastreamento desses riscos são muito importantes e acredito que deveríamos trabalhar também com as ações de proteção e prevenção, já que os usuários com estas doenças vêm às consultas com intenção de apenas renovar sua receita para pegar os medicamentos gratuitamente, porque trabalham e dizem que não têm tempo para se cuidar, entretanto, são no momento, obesos, hipercolesterolêmicos e estão expostos a outros riscos, que agravam a sua condição. Eu faço orientação educativa em cada consulta, sobre as necessidades de reduzir os riscos por meio de uma mensagem clara, mas eles não retornam para a continuidade e seguimento. Podemos concluir que, os nossos problemas e preocupações não são as deles, pelo menos neste momento.

Quanto ao controle da saúde da pessoa idosa da unidade de saúde, falaremos, inicialmente, dos dados demográficos, sendo que o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde, é de 203 usuários e o indicador de cobertura, em relação aos dados estimados pelo CAP, é de 91%. Entre eles, 100%, ou seja, os 203 idosos têm caderneta de saúde da pessoa idosa. Não foi possível saber quantos têm realização de avaliação multidimensional rápida. Não existe avaliação de risco para morbimortalidade, nem investigação de indicadores de fragilização na velhice. As orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e para a prática regular atividades físicas, não são realizadas. Temos 173 idosos com acompanhamento em dia, representando 85% do total. Dos 203 idosos com 60 anos ou mais, 94 são hipertensos e 64

diabéticos, respectivamente, 46% e 32%. Não foi possível saber o número de idosos com avaliação de saúde bucal em dia, visto que não há registro.

A unidade de saúde realiza atendimento de pessoas idosas, um dia por semana, num só turno, pela manhã e são realizadas pelo enfermeiro, médicos e odontólogo. Após a consulta, o idoso não sai com a próxima consulta programada agendada. Existe demanda de idosos e oferta para atendimento de problemas de saúde agudos de usuários da área de cobertura, mas não há excesso de demanda por este problema.

A unidade de saúde não tem protocolos de prevenção do controle da saúde de pessoas idosas, portanto, não são utilizados pelos profissionais. A equipe de saúde tem estabelecidas as estratégias de prevenção e promoção de saúde à população idosa, mediante trabalho em grupos com pessoas idosas, utilizando práticas corporais, atividades físicas e recreativas, conforme demonstra a figura 3 realizadas pelo educador físico e orientadas pela SMS.



Figura 3-Fotografia de atividade com o grupo de idosos do município de Maués, AM, 2014.

As visitas domiciliares aos idosos são realizadas pelo médico, de acordo com a necessidade apresentada, uma vez que são solicitadas pelos ACS que os visitam regularmente em suas microáreas e conhecem as necessidades dos usuários, entretanto, acredito que todos os integrantes da equipe devem trabalhar pela melhoria da qualidade de atendimentos aos nossos idosos, pois teríamos melhores resultados.

Os profissionais de saúde da unidade utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, e atendimento em pronto socorro. Os registros de atendimento são realizados em seus prontuários clínicos, mas não existe arquivo específico, para o registro dos atendimentos dos idosos. Na caderneta de saúde da pessoa idosa são preenchidas as informações atuais pelo enfermeiro e médico durante a consulta. Não existe estatuto do idoso na unidade de saúde.

O enfermeiro, coordenador da unidade de saúde, é o responsável pelo planejamento e avaliação do programa, mas não realiza relatórios que avaliem os resultados encontrados.

Considerando os dados acima, pode-se afirmar que é importante que o serviço de saúde preste atenção integral a este segmento da população, principalmente, promovendo ações que ajudem a manter o idoso com boa capacidade funcional e controle das patologias instaladas. Promover o envelhecimento ativo consiste em desenvolver atividades que objetivem melhorar a qualidade de vida do idoso, preservando sua autonomia, sua saúde física e mental. Incluem-se ainda nessa promoção, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercícios físicos, atividades recreativas que estimulem o convívio social, atenuem o estresse e reduzam os danos decorrentes de hábitos, como o fumo e o consumo de bebidas alcoólicas.

As estratégias de acolhimento e acompanhamento que aumentem a adesão aos tratamentos propostos e diminuam a automedicação, também devem ser pensadas. Tais ações dependem de medidas simples e de parcerias com organizações não governamentais, escolas, igrejas e centros comunitários.

No geral, no que diz respeito à nossa unidade de saúde, acredito que temos limitações para um bom desempenho de nosso trabalho. Penso que o caminho ainda é longo, mas a equipe está sempre disposta a resolver os problemas. Considero muito relevante poder associar a prática com a teoria, fato que me leva a acreditar, que todo trabalhador da saúde deve conhecer os protocolos e diretrizes do SUS, para poder fazer as modificações necessárias, quando surgirem as dificuldades. Alguns desses protocolos não são cumpridos, muitas vezes, por falta de organização.

Entendo que as reuniões entre as equipes da ESF e a SMS, deveriam ser realizadas com frequência para podermos discutir e encontrar soluções, podendo contar com uma maior colaboração da gestão, para o bom funcionamento das equipes.

Finalizando, percebo que a equipe desconhece a gestão da ESF e a legislação do SUS. Alguns profissionais têm falta de comprometimento com o trabalho e creio que seja este, um ponto que permanentemente deve ser estimulado, para o fortalecimento da atenção básica.

Acredito ainda que este curso de especialização, com apoio dos alunos e orientadores, pode ser a solução para o desafio que o Brasil propõe. Paralelamente a isso, nós estamos comprometidos para colaborar na realização dessa mudança.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional (maio/2014)

Fazendo uma comparação da minha percepção do início da especialização, no momento em que escrevi a tarefa sobre a situação de EFS/APS em meu serviço, durante a Semana de Ambientação e, atualmente, acredito que por meio do acesso aos protocolos das ações programáticas e dos marcos legais que passamos a conhecer, como o apresentado pelo Manual da Estrutura, por exemplo, minha visão foi ampliada. Temos realizado reuniões com a equipe de saúde, com a secretaria e, apoiados pelo coordenador, nos encontramos em uma fase de organização. Alguns registros que não contávamos na unidade estão sendo realizados e os ACS estão fazendo busca de faltosos. Estamos realizando grupos de puericultura, gestantes (pré-natal conforme protocolo), entretanto, ainda continuamos com dificuldades em outros Programas como os de Atenção aos portadores de HAS e/ou DM, dos idosos, de prevenção de câncer de mama e útero, motivos pelos quais precisamos avançar na qualificação do serviço e confiamos que, com os resultados provenientes deste trabalho, possamos continuar em busca da melhoria para a saúde da nossa população.

O curso abriu minha mente e olhos em relação ao funcionamento da saúde no município, pois achava que a saúde em Maués funcionava bem, realmente funciona, mas tem muita coisa para mudar e melhorar, principalmente em relação à utilização dos protocolos que nunca foram usados. Pude ver o quanto precisamos

estar sempre nos atualizando e estudando. Foi importantíssimo para que eu pudesse retomar meus estudos e leitura, foi muito bom rever diversas e diferentes matérias com os casos e os estudos clínicos e vermos o quanto alguns assuntos são esquecidos. Também adquiri novos conhecimentos. Enfim qualificou minha prática clínica.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O DM tipo II acomete aproximadamente 7% da população adulta brasileira e sua prevalência tende a aumentar, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública, sendo responsável por cerca de 30% dos casos de internação em unidades coronarianas intensivas; é a principal causa de amputação de membros inferiores, causa de cegueira e é responsável por cerca de 30% dos que ingressam em programas de diálise. Considerando-se que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade da população brasileira, muita atenção deve ser dada à HAS, devido à gravidade das complicações impostas por esta patologia, mas se diagnosticada precocemente, esta doença pode ser controlada, diminuindo as chances de complicações precoces. Isto reflete em maior qualidade de vida ao usuário e sua família, assim como, na redução de gastos ao sistema público de saúde (BRASIL, 2013).

A unidade de saúde com a qual mantemos vínculo de trabalho chama-se CS Santa Luzia. Foi construída há 12 anos pela prefeitura, faz parte da ESF e cobre 100% da população da área de abrangência da unidade de saúde. Apresentam-se problemas em relação à estrutura, mas neste momento está ocorrendo uma reforma na unidade, motivo pelo qual, estamos trabalhando provisoriamente em outra unidade de saúde, até que se conclua a ampliação. Nesse local, trabalham duas equipes de saúde. A equipe participante da ESF possui um médico, um técnico em enfermagem, duas enfermeiras, um odontólogo, um auxiliar em saúde bucal, um auxiliar de enfermagem, e onze ACS, além dos profissionais da equipe do NASF que nos apoiam: psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga e uma assistente social. Nesta unidade de saúde são atendidas duas populações, uma da zona rural e uma da zona urbana. A área de abrangência da equipe da zona rural é composta por 3 polos (microáreas), dos quais faz parte a população ribeirinha, residente a grandes distâncias da nossa unidade de saúde, razão pela qual, os usuários têm problemas para se deslocar até o nosso centro de saúde. Segundo as normas do município, não podemos realizar visitas a essa população e são eles que devem vir à unidade de saúde. Sendo assim, a nossa intervenção será destinada aos usuários da área de abrangência da equipe pertencente à área urbana.

Na unidade de saúde são realizadas ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, antes de cada consulta com o médico. As ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo são feitas pelo médico e enfermeiros na consulta, mas não são veiculadas em palestras ou atividades com a comunidade. A unidade de saúde realiza atendimentos de adultos portadores de HAS e/ou DM, um dia por semana, num só turno, pela manhã e esses atendimentos são realizados pelo enfermeiro, médico e odontólogo. Após a consulta, o adulto com HAS e/ou DM não sai com a próxima consulta programada agendada para este problema. Existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos da nossa área de cobertura.

No nosso município temos sérios problemas com os exames complementares e nem sempre é possível realizá-los. A informação que recebemos é que os aparelhos necessários para sua realização encontram-se quebrados. Sendo assim, os usuários precisam ter condições financeiras para fazer exames, como: colesterol, triglicérides, ácido úrico, uréia e outros, na rede particular. Há usuários que não dispõem de recursos para poder fazer particularmente, o que dificulta o atendimento e a realização de bons diagnósticos.

Fazendo uma análise sob o controle de HAS e de DM da unidade de saúde, podemos falar que temos 227 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde e o indicador de cobertura, em relação aos dados estimados pela planilha de coleta de dados (Anexo B), que são dados nacionais, é de 40%. Temos 76 diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área e acompanhados no centro de saúde e assim sendo, o indicador de cobertura é de 55%, em relação à estimativa da planilha, que foi abastecida por dados de estudos da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). **Nossa decisão de trabalhar com os dados estimados se dá pelo fato de não conhecermos o número total dos usuários da nossa área de abrangência.** A qualidade da atenção ofertada a esses usuários é deficiente. Não se realiza estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre práticas de atividades físicas regulares e orientação para alimentação saudável. Os indicadores que avaliam o exame físico dos pés, a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, além da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, não foi possível conhecer, uma vez que faltam dados nos prontuários.

Dessa forma, a escolha deste tema partiu do interesse em qualificar a atenção aos usuários portadores de HAS e /ou DM que fazem parte do Programa, bem como ampliar a cobertura para **100%** para hipertensos e diabéticos cadastrados no referido programa na área de abrangência da unidade de saúde, o que representa **566** hipertensos e **140** diabéticos. Frente à realidade apresentada, melhorar o cuidado aos hipertensos e/ou diabéticos será de extrema relevância para a comunidade do município, minimizando riscos, melhorando a saúde, a qualidade de vida dos usuários e a resolutividade das ações realizadas pela equipe de saúde, que está empenhada em participar desse projeto.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral – Melhorar a atenção aos portadores de HAS e DM do Centro de Saúde Santa Luzia, no município de Maués, AM.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.
4. Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1:

1. Ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e DM da unidade de saúde.
2. Ampliar para 100% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência do Programa de atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:

3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

5. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo.
6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos hipertensos.
10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3:

11. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.
12. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4:

13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5:

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

Relativas ao objetivo 6:

17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100%

dos diabéticos.

19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos
20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.
23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.
24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das ações

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas no Centro de Saúde **Santa Luzia**, em **Maués, AC**. Projeta-se a participação de adultos de 20 anos ou mais, sendo **566** hipertensos e **140** diabéticos em um total de **706** usuários.

Todo o usuário que for cadastrado no Programa de Atenção à HAS e ao DM, terá registro numa planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) e numa ficha-espelho (Anexo C) que permitirá que o acompanhamento possa ser feito por meio dessas anotações. Para auxiliar o trabalho de organização e monitoramento, os hipertensos e diabéticos cadastrados na nossa UBS, terão arquivos específicos para suas fichas, exames, encaminhamentos, entre outros, que serão conferidos semanalmente, para um melhor controle da intervenção. Como não temos computadores em condições de uso na unidade de saúde, decidimos realizar cópias impressas em papel da planilha de coleta de dados para que as ações possam ser registradas, durante ou após a realização da ação. Semanalmente, os dados das cópia de papel serão transferidas pela médica para a planilha eletrônica de coleta de dados. Mensalmente, numa das abas da planilha, os indicadores da intervenção serão calculados e a médica que será responsável pelo monitoramento e pelo compartilhamento dos dados com a equipe.

No objetivo 1 para ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos e de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, realizaremos ações para **monitoramento e avaliação**, como monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde. Para dar cumprimento a essa meta, utilizaremos a planilha eletrônica de coletas de dados (Anexo B), contendo todas as ações que serão monitoradas na intervenção, associada à outra, que gera os dados e gráficos dos indicadores dessa intervenção. A planilha de coleta de dados (Anexo B) será abastecida semanalmente e o monitoramento será realizado mensalmente.

Nas ações para **organização e gestão do serviço**, garantiremos o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa e para dar cumprimento a esta ação serão utilizadas as fichas de cadastro e acompanhamento, disponibilizadas pelo MS. Melhoraremos o acolhimento com reservas de vagas na agenda para os portadores de HAS e/ou DM e providenciaremos os materiais necessários para a tomada da medida da pressão arterial, como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e material para realização do hemoglicoteste, que estão disponíveis na unidade de saúde. As consultas de confirmações diagnósticas serão realizadas pela médica.

Nas ações para o **engajamento público**, informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, mediante os meios de difusão massiva, como o rádio, jornal, carro de som, informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg., orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM e para dar cumprimento a estas ações serão contatadas a associação de bairro, as lideranças comunitárias e os gestores, de forma a qualificar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Solicitaremos ao Presidente da Associação de Moradores a possibilidade de ceder o espaço físico desta associação para que as reuniões possam ser realizadas em sua sede e aproveitaremos a oportunidade e faremos também um convite para que todos participem das nossas reuniões da equipe.

Nas ações para **qualificação da prática clínica**, capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência da

unidade de saúde, capacitaremos a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito e também para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Para dar cumprimento a estas ações será realizada uma capacitação na própria unidade de saúde, durante a intervenção com a equipe de ACS, técnicas de enfermagem, enfermeira. Essas reuniões ocorrerão às sextas-feiras, no período da tarde, durante a reunião da equipe, e deverão ser embasadas pelos protocolos de HAS e DM, do MS, publicados no ano de 2013. A equipe será capacitada também para realizar diagnóstico de HAS e de DM e para a avaliação dos fatores de risco para suas complicações. Dessa forma, pretendemos aperfeiçoar o acolhimento dos diabéticos e/ou hipertensos, com a identificação dos sintomas de risco e das complicações causadas por essas patologias.

Com o objetivo 2, o de melhorarmos a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e cumprirmos as metas relativas a esse objetivo, desenvolveremos, por meio da planilha de coleta de dados eletrônica (Anexo B), ações para **monitoramento e avaliação** como a de monitorar o número de exames clínicos apropriados para hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais, com a periodicidade recomendada, solicitados de acordo com o protocolo adotado na nossa unidade de saúde, o número de hipertensos e diabéticos que terão acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e o número de hipertensos e diabéticos que serão avaliados em suas necessidades de tratamento odontológico.

Para **organização e gestão do serviço** definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e/ou diabéticos e para dar cumprimento a esta ação, será feita uma reorganização no processo de trabalho dos profissionais da unidade de saúde para acolher os diabéticos e/ou hipertensos. Como nosso acolhimento é coletivo, os usuários poderão ser recepcionados pelos enfermeiros, técnicas de enfermagem, técnico de consultório odontológico ou outros. As técnicas de enfermagem e enfermeira serão as responsáveis pelo agendamento, classificação dos usuários e registro das suas necessidades de medicamentos. Os ACS realizarão o convite aos diabéticos e/ou hipertensos e realizarão a busca ativa dos faltosos. A médica (eu) e enfermeira serão responsáveis pela realização das reuniões da capacitação, seu andamento, pela seleção dos assuntos que serão abordados, bem como, por todo o acompanhamento médico e ambulatorial desses

usuários. Para facilitar o agendamento dos usuários com o dentista, forneceremos uma lista dos cadastrados no Programa à equipe da odontologia e solicitaremos que identifiquem os usuários que realizaram a consulta. Cada ação realizada deverá ser registrada na ficha espelho e planilha pelo profissional que foi responsável pela ação. A capacitação dos profissionais será desenvolvida de acordo com os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37 que são os protocolos adotados pela nossa unidade de saúde, sendo que essas capacitações deverão ocorrer às sextas-feiras no período da tarde, nas quatro primeiras semanas da intervenção. A partir da 5ª semana, todas as dúvidas a respeito da intervenção, serão discutidas nas reuniões da equipe. Contaremos com versões impressas dos protocolos, disponíveis na UBS. Esses encontros ocorrerão na própria unidade de saúde.

Garantiremos a solicitação dos exames complementares e solicitaremos aos gestores municipais agilidade para a realização dos exames definidos no protocolo. Todos os usuários que forem cadastrados no Programa terão solicitados seus exames complementares, caso não estejam em dia. A enfermeira será responsável pela solicitação desses exames. Os resultados desses, exames serão anexados às fichas-espelho e quando o usuário retornar à consulta terá ciência dos resultados. Realizaremos controle de estoque, incluindo a validade de medicamentos e manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Os medicamentos encontrados na unidade de saúde e na Farmácia Popular serão priorizados nas prescrições necessárias aos usuários. Solicitaremos à equipe da odontologia a organização da agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético, estabelecendo prioridades de atendimento, considerando a classificação do risco odontológico. Como foi relatado anteriormente, a equipe da odontologia receberá uma lista com o nome dos usuários com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde. Solicitaremos ao gestor a oferta de consultas odontológicas para estes usuários e providenciaremos panfletos educativos e kits de higiene bucal para colaborar com as ações ligadas à odontologia.

Para dar cumprimento às ações para o **engajamento público**, a população será mobilizada para participar de nossas palestras na unidade de saúde e na comunidade. Serão promovidas palestras na sala de espera da unidade de saúde e na sede da associação, orientando e estimulando os hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e comunidade, sobre conhecimentos necessários sobre a patologia,

fatores determinantes, meios para controle e cuidados específicos para portadores de HAS e/ou DM. Diversas orientações serão repassadas para os participantes do grupo dos hipertensos e/ou diabéticos, bem como aos participantes das palestras da unidade de saúde como a alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença, suas complicações e o encaminhamento para atendimento especializado, sempre que necessário.

Orientaremos os usuários e a comunidade em cada palestra e consulta realizada, 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, orientaremos os usuários com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que deverão ser realizados.

Faremos orientação para os usuários e para a comunidade, quanto ao direito do usuário de ter acesso aos medicamentos da farmácia do CS ou da Farmácia Popular para HAS e para DM e as possíveis alternativas para se obter este acesso. Para o cumprimento destas ações, buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizaremos a comunidade para solicitar, junto aos gestores municipais, a garantia da disponibilização do atendimento com o dentista. Todos os membros da equipe poderão realizar as ações de engajamento público, como as palestras planejadas na unidade de saúde e comunidade.

Nas ações para **qualificação da prática clínica**, capacitaremos a equipe no próprio centro de saúde, para a realização de exame clínico apropriado, capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizaremos atualização do profissional no tratamento da HAS e do DM, capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia do CS e da Farmácia Popular para HAS e para DM. Para dar cumprimento a essas ações, nas reuniões com toda a equipe, serão repassadas as orientações de como fazer os exames clínicos e as observações necessárias para orientar e ofertar atenção e cuidados para os diabéticos e/ou hipertensos, capacitaremos os profissionais sobre os sinais e sintomas da doença, bem como seus principais fatores de risco.

As capacitações sempre serão programadas com base nos protocolos oficiais. Na capacitação da equipe participarão os técnicos de enfermagem,

enfermeiros e ACS e faremos orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e do DM, sobre o diagnóstico de DM, considerando a avaliação dos fatores de riscos para suas complicações: historia familiar, história ponderal, uso de medicação, peso, altura, pressão arterial, exame dos pés, avaliação da sensibilidade, além de capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste. Todos os profissionais serão capacitados e farão o procedimento da forma mais criteriosa possível. Prepararemos a equipe para que possa orientar os usuários sobre as alternativas para a obtenção dos medicamentos prescritos na unidade de saúde. Além disso, capacitaremos a equipe com orientações sobre as especificidades da avaliação e do tratamento odontológico do hipertenso e/ou diabético, auxiliados pela equipe da odontologia.

Para melhorar a adesão e busca dos 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, que faz parte do objetivo 3, realizaremos ações para **monitoramento e avaliação**, entre elas, o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, identificando os usuários que estão, ou não, com as consultas em dia. Inicialmente serão revisadas todas as fichas dos hipertensos e/ou diabéticos que são cadastrados no programa, tendo como objetivo a identificação dos usuários que estão com as consultas de retorno em atraso e para facilitar a manutenção desse trabalho, a ficha-espelho (Anexo C) deverá ser colocada no arquivo específico de portadores de HAS e de DM, no dia do retorno agendado pelo usuário e se, durante o controle semanal que será proposto, alguma das fichas não saiu do arquivo específico, significa que o usuário está com atraso nas consultas. A partir daí, diariamente realizaremos a busca ativa dos usuários que estiverem com atraso na realização da consulta.

Nas ações para **organização e gestão do serviço**, organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos, provenientes dessas buscas. Disponibilizaremos uma sala para realizarmos a formação de grupos, com a participação dos diabéticos e/ou hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde e ofertaremos consultas no mesmo dia do grupo, sempre que necessário. As ações terão início, quando as ACS, fizerem as buscas dos hipertensos e/ou diabéticos com consultas em atraso. Assim se dará o início dos preparativos para a realização das reuniões com os grupos.

Nas ações para o **engajamento público**, por meio de palestras na Associação de Moradores, nos grupos formados com hipertensos e/ou diabéticos e nas palestras realizadas na sala de espera da unidade de saúde, informaremos à comunidade sobre a importância da realização das consultas, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores e, se houver número excessivo de faltosos, esclareceremos aos portadores de HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas ações serão realizadas com a participação de toda a equipe de saúde da unidade de saúde.

Nas ações para **qualificação da prática clínica**, treinaremos os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Para manter atualizadas as fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, que faz parte do objetivo 4, realizar-se-ão ações para **monitoramento e avaliação**, da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, por meio da planilha de coleta de dados. Cada usuário que for atendido terá seu registro atualizado e, então, registraremos esse dado na planilha.

Nas ações para **organização e gestão do serviço**, manteremos as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, implantaremos planilhas e registro específico de acompanhamento, pactuaremos com a equipe o registro das informações de cada ação ofertada ao usuário. Os membros responsáveis pela realização das ações, deverão registrá-las também. O enfermeiro será o responsável pelo monitoramento dos registros. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. As fichas-espelho serão dispostas no arquivo específico no dia da consulta de retorno do usuário e se elas permanecerem no arquivo significa que eles estão apresentando atraso. Proporemos para cumprimento dessas ações, um controle semanal das fichas-espelho utilizadas para os participantes do programa. Nossas buscas ativas serão realizadas a partir da identificação dos atrasos.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, serão solicitados à SMS os relatórios do SIAB para podermos dar continuidade na manutenção dos dados.

Nas ações para o **engajamento público**, procuraremos orientar os usuários participantes dos grupos da unidade de saúde e da comunidade, durante a intervenção, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, quando necessário. Utilizaremos um modelo de educação interativa, segundo a qual, os frequentadores dos grupos e das palestras serão estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas. A troca de vivências e experiências entre os membros dos grupos estimula os conhecimentos necessários sobre a doença, seus determinantes e seu controle.

Com as ações para **qualificação da prática clínica**, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético, capacitaremos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas mediante capacitação das técnicas de enfermagem, enfermeiro e ACS. O cabeçalho dessas fichas será preenchido primeiramente pelas técnicas de enfermagem e, posteriormente, serão preenchidas, a cada consulta, pelo médico. Os dados das fichas-espelho serão transferidos para a cópia impressa da planilha de coleta de dados (Anexo B), porque, como foi falado anteriormente, não temos computador na unidade de saúde. Posteriormente, serão novamente transferidas da cópia impressa para a planilha eletrônica, pela médica. Durante a capacitação, faremos orientações sobre o preenchimento da cópia de papel da planilha de coletas de dados (Anexo B) para toda a equipe.

Para que se cumpra a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no objetivo 5, trabalharemos com ações para **monitoramento e avaliação** e monitoraremos o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Para isso, identificaremos na planilha de coleta de dados (Anexo B) os hipertensos e diabéticos, que realizaram a estratificação de risco.

Com as ações para **organização e gestão do serviço**, priorizaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda mediante o monitoramento do registro da

classificação de risco e avaliação das complicações, em todas as consultas. A médica será responsável por avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando a estratificação do risco do portador de HAS e/ou DM. Para encaminhamento às consultas com especialistas, realizaremos em todos os hipertensos e/ou diabéticos atendidos no grupo, bem como aqueles atendidos na unidade de saúde, a avaliação para a verificação do risco cardiovascular.

Nas ações para o **engajamento público**, orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco, sobre a importância do acompanhamento regular e esclareceremos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, prática de exercícios físicos, entre outros, por meio de palestras na Associação dos moradores, nos grupos de hipertensos e/ou diabéticos e nas palestras da sala de espera da unidade de saúde.

Por meio das ações para **qualificação da prática clínica**, capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Além desses temas, abordaremos o reforço das orientações de como avaliar o diabético e o hipertenso, como realizar o agendamento para o retorno, avaliação dos pés dos diabéticos fazendo o exame da sensibilidade, alimentação saudável, atividade física, enfim, as necessidades básicas dos cuidados com os diabéticos e/ou hipertensos, em especial ao acolhimento, sempre baseados nos protocolos oficiais.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde, garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos e também para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos, que faz parte do objetivo 6, aproveitaremos oportunidades em que os hipertensos e diabéticos e seus familiares estejam reunidos e realizaremos palestras com as orientações. Nas consultas e orientações individuais promovidas por membros da equipe e do NASF também serão abordados esses temas.

No eixo de **monitoramento e avaliação**, monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, monitoraremos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos, monitoraremos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, monitoraremos a realização de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos hipertensos e diabéticos. Para realizar esse controle, registraremos em listas de presença as participações nas orientações realizadas, por meio das ações promovidas no engajamento público, para que possam ser transferidas para as planilhas de coleta de dados. As orientações individuais, com a equipe da unidade de saúde e do NASF, serão registradas, diretamente na ficha-espelho (Anexo C) e cópia impressa da planilha de coleta de dados (Anexo B).

Nas ações para **organização e gestão do serviço**, organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável e envolveremos os nutricionistas do NASF. Para a organização das práticas coletivas para orientação de atividade física, solicitaremos ao gestor a parceria com a equipe do NASF que desenvolve esse trabalho na comunidade. Eles promovem encontros de orientação e prática de exercício físico e incentivo à alimentação saudável nas igrejas, centro de convivência e na praia.

Para buscar tratamento para hipertensos e/ou diabéticos interessados em abandonar o tabagismo, solicitaremos ao gestor, a compra de medicamentos específicos, mediante a identificação dos usuários fumantes e de orientações realizadas para os participantes dos grupos, bem como a outros hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados e acompanhados na unidade de saúde. Solicitaremos a participação de psicóloga do CAPS para auxiliar a tarefa. Envolveremos a equipe da odontologia na organização e preparo das orientações, promovidas em grupo sobre higiene bucal e os cuidados com a saúde bucal.

Palestras educativas com diversos profissionais da saúde serão realizadas com o intuito de melhorar o conhecimento sobre essas doenças e assim, conscientizar hipertensos, e/ou diabéticos, seus familiares e comunidade interessada, sobre a importância das alterações nos hábitos de vida, necessárias para melhorar a qualidade de vida. A ajuda de profissionais especializados e outros profissionais que possam contribuir com o engrandecimento dos conhecimentos do grupo a respeito dessas duas doenças crônicas, serão bem-vindas durante as ações realizadas para dar cumprimento às ações do eixo de **engajamento público**. Por

meio delas, orientaremos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e da prática regular de atividades físicas. As orientações serão feitas tanto no consultório, quanto nas reuniões do grupo e palestras.

Nas palestras educativas, orientaremos os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo regular e tentaremos conscientizá-los sobre a importância das alterações nos hábitos promovendo a melhoria da qualidade de vida. Com a colaboração da equipe de saúde bucal da unidade de saúde, orientaremos hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal em palestras, utilizando recursos como cartazes e distribuição de panfletos educativos, se possível.

Com as ações para **qualificação da prática clínica**, conversaremos com a equipe sobre a educação em saúde, uma vez que toda a equipe participará das atividades de engajamento público. Abordaremos, junto à equipe da unidade de saúde, a importância das práticas de alimentação saudável e da prática regular de exercícios físicos, mediante capacitação dos profissionais sobre os sinais e sintomas da doença, bem como, seus principais fatores de risco e as vantagens da modificação da dieta alimentar e a prática do exercício físico regular. Tentaremos viabilizar a participação de nutricionista e de educadores físicos do NASF nas capacitações onde sejam tratados assuntos dessa natureza.

Para capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas, serão realizadas atividades com profissionais da saúde, se possível, psicóloga, com o intuito de melhorar o conhecimento sobre a dependência, em suas diversas abordagens, colaborando para a conscientização da importância das alterações nos hábitos de vida, necessárias para melhorar a qualidade de vida. Solicitaremos a participação da equipe da odontologia, para que possa realizar orientações necessárias às atividades de promoção de saúde referentes à higiene bucal e sobre os cuidados sobre a saúde bucal do usuário hipertenso e diabético.

2.3.2 Indicadores

Referente à meta 1: ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

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

Referente à meta 2: ampliar para 100% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

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

Referente à meta 3: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Referente à meta 4: realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

Referente à meta 5: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Referente à meta 6: garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Referente à meta 7: priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizados.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Referente à meta 8: priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizados.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

Referente à meta 9: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Referente à meta 10: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Referente à meta 11: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Referente à meta 12: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Referente à meta 13: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Referente à meta 14: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Referente à meta 15: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Referente à meta 16: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Referente à meta 17: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre

alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 18: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 19: garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 20: garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 21: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 21: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 22: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 23: garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta 24: garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção para a qual estamos desenvolvendo este projeto será realizada no CS Santa Luzia, em Maués, Amazonas, apenas com a equipe responsável pelo atendimento da população residente na zona urbana, visto que a população da zona rural reside a grandes distâncias da nossa unidade de saúde e, em breve, quando as unidades de saúde próximas às suas residências estiverem concluídas, os profissionais serão deslocados para estes locais. Estima-se incluir, durante as 16 semanas, 566 usuários hipertensos e 140 usuários diabéticos nos Programas de

Atenção à HAS e ao DM, o que representa 100% da população-alvo, segundo dados da planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), uma vez que os dados reais da nossa unidade de saúde não estão atualizados. Durante a intervenção serão utilizados os Protocolos de DM e HAS, do MS, publicados no ano de 2013, os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37.

Para registrar os dados necessários à qualificação da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, será utilizada a ficha-espelho (Anexo C) proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFPel, que foi desenvolvida, de acordo com os itens que deverão ser monitorados durante a intervenção. Ela é bem completa, de fácil manuseio e há locais para registro de todas as anotações acerca das ações postas em prática na intervenção. A ficha será individualizada para cada usuário com HAS e/ou DM cadastrado nos programas da unidade de saúde. Solicitaremos à gestão a realização das cópias impressas das fichas-espelho necessárias, para que seja possível a realização do trabalho nas 16 semanas da intervenção. Para conseguir realizar adequadamente os registros na ficha-espelho, pactuaremos com a equipe e o responsável pela realização da ação ofertada ao usuário, será também responsável pelo registro da ação na ficha-espelho. Confeccionaremos arquivos específicos para as fichas-espelho dos usuários com HAS e/ou DM, que serão dispostas na data do retorno das consultas e serão monitoradas semanalmente pelo enfermeiro, a fim de identificar atrasos. Os nomes dos usuários com atrasos serão encaminhados aos ACS para a realização da busca ativa, na semana seguinte à falta.

Todos os usuários cadastrados na intervenção serão registrados também em uma planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), que em uma das abas contém a lista de indicadores monitorados durante a intervenção. Como na nossa unidade de saúde os computadores existentes estão necessitando de reparos, faremos cópias impressas da planilha de coleta de dados que serão preenchidas com o nome e idade dos usuários além dos registros das ações realizadas com os usuários cadastrados no Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, em cópias de papel. O preenchimento desta planilha também será da responsabilidade do membro da equipe que realizou a ação junto ao usuário. Semanalmente, as ações serão transferidas para a planilha eletrônica pela médica. Solicitaremos também à gestão, a confecção de cópias impressas das planilhas. Em uma das abas da planilha eletrônica de coleta de dados, estão disponíveis os indicadores a serem

monitorados mensalmente. A médica realizará esse monitoramento e compartilhará os resultados com a equipe.

Para dar início ao trabalho, informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, mediante os meios de difusão massiva, como o rádio, jornal, carro de som. A equipe multiprofissional composta por ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico clínico geral, dentista, auxiliar de odontologia, farmacêutica e os profissionais do NASF serão convidados para contribuir com as tarefas da intervenção. Essa equipe será capacitada para desenvolver as atividades de acordo com as normas do MS, pela autora do projeto, enfermeiro e outros colegas. A capacitação ocorrerá na própria unidade de saúde, na sala dos ACS, durante as 4 primeiras semanas da intervenção e a médica e o enfermeiro serão os responsáveis por selecionar os temas e preparar as aulas de capacitação para a equipe. Após esse período, a capacitação prosseguirá no horário da reunião mensal. Todos os membros da equipe serão capacitados e para isso, usaremos como base os protocolos do MS. Confeccionaremos cartazes com informações para orientar os colegas, assim como faremos orientações práticas e treinamento para as ações relativas à triagem dos usuários, verificação da pressão arterial, com uso do manguito, medidas de glicemia, preenchimento das fichas-espelho e planilha de coleta de dados. O dentista, a auxiliar de odontologia, a farmacêutica, a nutricionista e a educadora física do NASF serão convidados para participar da capacitação a respeito de suas áreas de especialização. Nossa equipe deverá estar preparada para orientar o usuário portador de HAS, DM, seus familiares e comunidade. Todo o material necessário para a realização da capacitação e intervenção como papel, lápis, canetas e cartazes serão solicitados à gestão, mas dispomos de alguns itens em nossa unidade de saúde, em quantidade suficiente como: esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e material para realização do hemoglicoteste.

No primeiro encontro da capacitação distribuiremos as ações da intervenção entre os membros da equipe, a fim de organizar melhor o trabalho. Os técnicos de enfermagem e o enfermeiro serão os responsáveis pelo agendamento dos usuários. Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pela verificação dos níveis da pressão arterial, do controle do peso, da altura, das circunferências abdominal e braquial de todos os usuários que chegarão à unidade de saúde para receber consultas. Também faz parte das atribuições desses profissionais fazer os registros

nas fichas-espelho (Anexo C) das ações realizadas por eles para os usuários e encaminhá-los para o enfermeiro e/ou à médica para as consultas. O registro dos medicamentos necessários aos usuários também serão realizados pelos técnicos de enfermagem e enfermeiro, auxiliados pela farmacêutica. Os ACS realizarão o convite aos diabéticos e/ou hipertensos, registrarão em sua ficha de acompanhamento o diagnóstico da HAS e DM, o risco cardiovascular global estimado de cada membro da família. Da função dos ACS também fará parte acompanhar o usuário hipertenso e/ou diabético quanto à regularidade do uso dos medicamentos, do cumprimento das orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas e outras orientações. Além disso, serão responsáveis por encaminhar à consulta médica os indivíduos rastreados com suspeita de serem portadores de HAS e/ou DM e realizar a busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

Para facilitar o agendamento dos usuários com o dentista, forneceremos uma lista dos cadastrados no Programa à equipe da odontologia e solicitaremos que identifiquem os usuários que realizarão a consulta.

Para cumprir as ações de engajamento público realizaremos palestras educativas e ações de promoção de saúde, voltadas ao autocuidado do usuário com HAS e/ou DM, semanalmente na UBS e na comunidade, com a participação dos líderes. Todos os membros da equipe estarão envolvidos nesse trabalho. Realizaremos também orientações individuais sobre esses temas que ocorrerão no decorrer das consultas, tanto nas nossas, como as dos profissionais do NASF. Para orientar os usuários sobre os temas de interesse da intervenção, usaremos cartazes explicativos sobre as orientações importantes e aos cuidados necessários aos usuários com HAS e /ou DM. Como já existe uma ação da prefeitura que envolve os idosos, aproveitaremos a iniciativa e recomendaremos aos nossos usuários a participação de tais grupos para a realização da prática regular de atividade física na área desportiva do município, na igreja ou na praia. Desse projeto municipal participam as equipe do NASF e do CAPS.

Como no nosso projeto está previsto que os portadores de HAS e/ou de DM realizarão exames laboratoriais e no nosso município há muitas dificuldades para essa realização, conversaremos com os responsáveis para que possamos encaminhar os usuários e que obtenhamos os resultados o mais rápido possível. Está previsto também que os usuários com HAS e/ou DM receberão prescrições de

medicamentos existentes na unidade de saúde ou da Farmácia Popular, portanto, conversaremos com a gestão para que esses medicamentos estejam presentes no período da intervenção.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e realizadas

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas em sua maioria, com certa facilidade, graças à persistência da equipe e a ajuda de muitos parceiros, amigos e colaboradores, visto que tivemos dificuldades no período da intervenção com a troca de membros importantes da equipe como o enfermeiro. Nossas ações tiveram início quando as ACS foram a campo para fazerem os convites aos diabéticos e/ou hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde e, então, começamos com os preparativos para a realização das reuniões da equipe de saúde.

Durante o período das 16 semanas da intervenção, todas as ações propostas no eixo de **monitoramento e avaliação** foram realizadas e monitorou-se o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, o número de diabéticos cadastrados no Programa de HAS e DM da unidade de saúde, o número de hipertensos que receberam exame clínico apropriado, o número de diabéticos que receberam exame clínico apropriado.

Foi monitorado também, o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e a periodicidade adotada na unidade de saúde, o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade adotada na unidade de saúde, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular aos hipertensos, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular aos diabéticos, a avaliação dos hipertensos em sua necessidade de atendimento odontológico, a avaliação dos diabéticos em sua necessidade de tratamento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas médicas previstas no protocolo, mantendo as consultas em dia, para hipertensos e o cumprimento da periodicidade das consultas médicas previstas no protocolo, com as consultas em dia, para diabéticos.

No período da intervenção, monitorou-se ainda a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o número de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, o número de diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Foram monitoradas também a orientação nutricional aos hipertensos, a orientação nutricional aos diabéticos, a orientação para atividade física regular aos hipertensos, a orientação para atividade física regular aos diabéticos, a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos, a orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos, a orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos hipertensos e a orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos diabéticos.

Para monitorarmos o cumprimento de todas essas ações, instituímos a utilização de registros em ficha-espelho (Anexo C) e planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) para cada usuário cadastrado no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde, além da confecção de arquivos específicos para hipertensos e diabéticos. Semanalmente transferimos os dados da ficha-espelho (Anexo C) para uma cópia impressa da planilha de coleta de dados (Anexo B), porque na unidade de saúde, não há computador e, posteriormente, transferei os dados para a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) que, mensalmente, calculou automaticamente, os indicadores para a intervenção. Para auxiliar nesse trabalho de monitoramento, dispusemos as fichas-espelho dos usuários, na data em que deveriam retornar à UBS, para consultas, no arquivo específico destinado a esse fim e fizemos o controle semanal das fichas nesse arquivo.

Para cumprirmos as ações destinadas à **organização e gestão do serviço**, foi promovida a divulgação da intervenção, a investigação do usuário portador de hipertensão e/ou diabetes na área de abrangência e seu acolhimento para cadastro foi melhorado. Todo usuário hipertenso e/ou diabético que chegou à unidade, foi atendido no mesmo dia, tanto o agendado, como quando apresentava doenças agudas e/ou compareceu à unidade por demanda espontânea. Para facilitar o controle e a organização, quando ele saiu da consulta, o retorno para a próxima consulta, foi agendado. Também com objetivo de facilitar o acesso do usuário, no CS, a gestão estabeleceu a criação do horário estendido, o que possibilitou que usuários que trabalham durante o dia, não fiquem sem atenção e cuidados de saúde. Esta ação não estava prevista no projeto de intervenção, mas foi posta em prática em todas as unidades de saúde do município, o que contribuiu com o acolhimento do nosso usuário.

Foi garantido o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa e o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial como

esfigmomanômetro, manguito, fita métrica e material para realização de hemoglicoteste, na unidade de saúde. Atribuiu-se funções para cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e/ou diabéticos, organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do MS, adotados pela unidade de saúde, foi estabelecida a periodicidade para atualização dos profissionais, que ocorreu semanalmente, todas às sextas-feiras, no horário da tarde. Para facilitar a consulta pelos membros da equipe, contamos com a versão 2013 dos protocolos sobre HAS e DM, impressos na unidade de saúde.

Foram solicitados exames complementares para todos os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa, assim como foi combinado, com o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares, definidos no protocolo. Realizou-se controle de estoque de medicamentos, incluindo a validade. Mantivemos um registro das necessidades de medicamentos para hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados na unidade de saúde e demandamos junto ao gestor, a oferta de consultas com dentista para estes usuários. Os usuários que receberam avaliação das necessidades de tratamento odontológico receberam também kits de higiene bucal.

Foram organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas, mantivemos as informações do SIAB atualizadas, implantamos planilha/registro específico de acompanhamento, pactuamos com a equipe o registro das informações e cada ação realizada foi registrada pelo membro da equipe que a realizou e o enfermeiro foi responsável pelo monitoramento registros. Foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e para isso, todas as fichas espelho e os exames dos usuários foram colocadas nos arquivos específicos, os quais foram revisados semanalmente pelo enfermeiro. Para colaborar com a identificação de todos esses itens, as fichas espelho e os exames foram dispostos nas datas em que os usuários deveriam retornar às consultas.

Todos os usuários cadastrados nos programas de atenção à HAS e ao DM passaram por avaliação de risco cardiovascular por meio do escore de Framingham, e uma vez realizada a avaliação, priorizamos o atendimento dos hipertensos e/ou

diabéticos, especialmente aos que foram avaliados como de alto risco. Para ofertarmos atenção priorizada a essa população, organizamos a agenda para o atendimento desta demanda.

Foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável e solicitamos ao gestor e contamos com a parceria do NASF para envolver nutricionistas nesta atividade, organizamos práticas coletivas para orientação de atividade física e solicitamos parcerias com o NASF para envolver educadores físicos nesta atividade. Foi solicitada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", organizamos a prática coletiva para orientações sobre cuidados com a saúde bucal com a participação do odontólogo e sua auxiliar.

Para dar cumprimento às ações de **engajamento público**, foram realizadas palestras na sala de espera da unidade de saúde e solicitou-se o apoio da comunidade no sentido de ampliar a identificação de hipertensos e/ou diabéticos. A comunidade foi esclarecida sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Mediante os meios de difusão massiva, como o rádio, jornal, carro de som, foi informado à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM do CS, informamos à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientou-se a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientaram-se também os hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade, quanto a necessidade de realização de exames complementares, quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia do CS ou da Farmácia Popular para HAS, DM e as possíveis alternativas para obter este acesso.

Foram buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais, a garantia da disponibilização do atendimento com

dentista. Informaram-se hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância de realização das consultas, foram feitos esclarecimentos aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Os usuários conheceram o seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, sendo esclarecidos os hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, por exemplo. Os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares foram orientados sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de atividade física, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal. Foram distribuídos panfletos educativos, fornecidos pela SMS sobre o assunto, pela equipe odontológica.

Para **qualificar a prática clínica**, realizamos ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações, atenção e cuidados para os portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus, seus familiares e comunidade. Para isso, realizamos encontros na unidade de saúde. Estas capacitações ocorreram no CS, na sala dos ACS e tiveram por base o protocolo sobre Hipertensão e Diabetes Mellitus do MS, ano de 2013. Toda a equipe participou. Os membros da equipe responsáveis pelas capacitações foram a médica e o enfermeiro. Tivemos o auxílio dos profissionais do NASF, da farmacêutica e da equipe de saúde bucal, durante algumas destas sessões, em especial, nas oportunidades em que discutimos e fizemos orientações a respeito das especialidades de cada um desses profissionais. As capacitações ocorreram semanalmente, durante 4 semanas na própria unidade de saúde, às sextas-feiras, após às 4 horas da tarde. Na primeira semana a médica realizou capacitação de duas horas. Todo o material utilizado na capacitação, como papel, lápis, canetas e cartazes foram disponibilizadas pela gestão.

Os ACS foram capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, tanto na teoria, como na prática.

A equipe foi preparada para o exame clínico apropriado e para a solicitação de exames complementares, de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, foi atualizada no tratamento da HAS e do DM. Foi orientada também sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia do CS e da Farmácia Popular para tratamento da HAS e do DM e sobre a avaliação e tratamento odontológico do hipertenso e/ou diabético. Os ACS foram treinados para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

A equipe foi treinada para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético, foi capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação, quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sobre as práticas de alimentação saudável sobre as metodologias de educação em saúde, sempre respeitando o conhecimento anterior do usuário. Todos os membros da equipe foram orientados sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de tabagistas, sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal do hipertenso e do diabético. Para essas atividades contamos com os profissionais especialistas da área como o dentista, a nutricionista do NASF e a psicóloga do CAPS.

3.2 Ações previstas e não realizadas

Poucas dificuldades foram enfrentadas no cumprimento das ações propostas no projeto e uma delas foi a participação de todos os hipertensos na unidade de saúde para a execução de nossas ações diárias. Nossa meta era cadastrar 100% dos hipertensos (566) e 100% dos diabéticos (149). Cadastramos 476 hipertensos (84,1%) e 149 diabéticos (mais que 100%). Apesar de não termos conseguido cadastrar todos os hipertensos da área de abrangência, todos os cadastrados na intervenção (476) tiveram suas fichas-espelho preenchidas e receberam todas as orientações e cuidados de acordo com o que foi previsto no nosso projeto de intervenção.

Outra dificuldade apresentada foi o fato de não termos computador e internet na UBS o que dificultou o nosso trabalho que poderia ser bem mais simples de ser realizado, menos burocrático.

Em cada consulta realizou-se orientações sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal, mas tivemos dificuldades quanto às consultas odontológicas, já que contamos com um só profissional para duas unidades da saúde e existe muita demanda para as consultas agendadas. Os encaminhamentos continuam sendo feitos, de acordo com a agenda programada em conjunto com a equipe da odontologia. Pretendemos aumentar o percentual até agora obtido.

As ações propostas sobre o contato com a associação de bairro, lideranças comunitárias, não puderam ser realizadas, uma vez que o nosso município não conta com essa organização, centralizando todas as atividades comunitárias na Prefeitura e secretarias, fato pelo qual se tornou difícil o cumprimento destas ações programadas. Realizamos palestras na sala de espera da UBS e fizemos orientações individuais durante as nossas consultas e nas consultas da equipe do NASF.

3.3 Aspectos relativos à sistematização de dados

No princípio da intervenção, acreditamos que a coleta dos dados de cada usuário atendido demorava um pouco, uma vez que, muitas vezes, o usuário não lembrava a data do início da sua doença e tínhamos que procurar em todo o prontuário. Além disso, muitos não traziam consigo o cartão do SUS e também não sabiam o número, o que foi solucionado com ajuda das recepcionistas, que recomendavam que trouxessem o cartão SUS na próxima consulta. Os dados da ficha-espelho (Anexo C), com ajuda da equipe, foram anotados sem dificuldades.

Sendo assim, não apresentamos problemas quanto aos registros dos dados e sua sistematização. No fechamento das planilhas de coletas de dados, os cálculos dos indicadores, também não apresentaram problemas, possivelmente, devido à participação e ajuda de toda a equipe e à orientação e ajuda de nossa orientadora do curso que foi muito importante no êxito de meu projeto.

3.4 Viabilidade de incorporação das ações à rotina do serviço

A intervenção vem sendo incorporada na rotina do serviço e identifiquei alguns aspectos positivos, como a melhoria no acesso aos hipertensos e/ou diabéticos, o

acolhimento e o atendimento melhorado às situações de risco, o que demonstra que a equipe está percebendo a importância da qualificação da ação programática. Continuaremos cadastrando os usuários que ainda não o fizeram e pretendemos continuar fazendo encaminhamento para odontologia e para a consulta médica especializada, se necessário. Realizaremos busca àqueles que estão com exames e consultas em atraso.

Como falei anteriormente, houve uma grande melhoria no acolhimento dos usuários da unidade de saúde, conseguimos compartilhar conhecimentos com os portadores de diabetes e/ou hipertensão e outros participantes das palestras e ações em grupo e conseguimos melhorar a sua qualidade de vida. Com a prática das nossas ações, conseguimos também, mobilizar a comunidade e outros profissionais de saúde, hoje nossos parceiros.

A intervenção fez bem a todos e trouxe boas mudanças nos hábitos de vida dos usuários e seus familiares e eles querem que as ações continuem, após o término da intervenção.

Enfim, volto a frisar que várias modificações ocorreram, tanto na equipe quanto no grupo e na comunidade, em geral, graças à intervenção e a todas as ações que foram desenvolvidas com sucesso. Houve mudança na vida dos usuários, transformação na rotina e na saúde de todos que frequentam a unidade de saúde.

Acredito que algumas das ações implantadas com o projeto, poderão seguir acontecendo sem dificuldades, como a triagem de qualidade, com a manutenção das rotinas de medidas, pesagem e medida do perímetro braquial, este último, implantado com a intervenção, a medição do nível da glicose de cada usuário diabético.

Durante a intervenção, após as buscas realizadas pelos ACS, quando foi identificado um portador de HAS e/ou de DM sem condições de vir ao CS para realizar o seu acompanhamento, ou por idade avançada, ou por qualquer outra limitação física ou mental, a equipe deslocou-se para as suas residências, realizando suas consultas de acompanhamento, solicitação de exames, entre outras ações e cuidados.

Outros itens devem ser monitorados continuamente pelo responsável pelo programa na unidade de saúde, uma vez que estamos tendo trocas constantes do pessoal na unidade. Outro aspecto importante é a busca ativa dos faltosos, a consulta de acordo com o protocolo, consulta previamente agendada. Cada ficha-

espelho (Anexo C) deve ser monitorada semanalmente, porque pode ser que ocorram problemas em relação a isso, visto que apesar de insistir em relação a esse ponto, constantemente, em nosso trabalho diário, acredito que ainda não exista um comprometimento total de toda a equipe, motivo pelo qual, temos que seguir insistindo para que essas ações sejam mantidas de agora em diante, com a conclusão da intervenção.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada, por nossa equipe, teve como objetivo geral a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência do nosso CS, onde estão cadastrados 3721 usuários, entretanto, a intervenção focou os portadores de hipertensão e/ou diabetes. Os investigados foram os adultos com mais de 20 anos. Segundo as estimativas da VIGITEL, que abastece a planilha de coleta de dados (Anexo B) para essas ações, deveríamos ter na nossa área de abrangência 566 hipertensos e 140 diabéticos.

Objetivo1 - Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta1: Ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM na unidade de saúde.

Indicador1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM na unidade de saúde.

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

Tínhamos 2493 usuários maiores de 20 anos na nossa área de abrangência sendo que a estimativa previa que deveríamos ter 566 hipertensos. Ao iniciar a intervenção tínhamos apenas 227 hipertensos cadastrados na unidade, representando 34% do total dos usuários hipertensos. Ao longo da intervenção foram cadastrados 476 usuários, representando 84,1% do total dos usuários que deveriam ser cadastrados.

No decorrer da intervenção, como demonstra a figura 4, no primeiro mês cadastramos 12,4% (70) dos hipertensos, e sequencialmente, nos próximos meses 27,2% (154), 45,4% (257) e 84,1%, o que representou 476 dos 566 portadores de hipertensão estimados para nossa área de abrangência.

As ações que mais auxiliaram o cadastramento foram as visitas domiciliares, em conjunto com os ACS, que facilitaram o cadastramento dos hipertensos que não tinham acesso à unidade por sua idade ou outras limitações, a busca dos usuários faltosos e de outros que não visitavam a unidade pela falta de conhecimento sobre a importância do controle da doença. Um dos motivos que impossibilitou o alcance da meta proposta foi a demissão de membros da equipe, especialmente do enfermeiro, que deixou a equipe desfalcada. Quando ocorreu a substituição, o novo profissional teve que ser capacitado no decorrer da intervenção, mas já tínhamos perdido muito tempo.

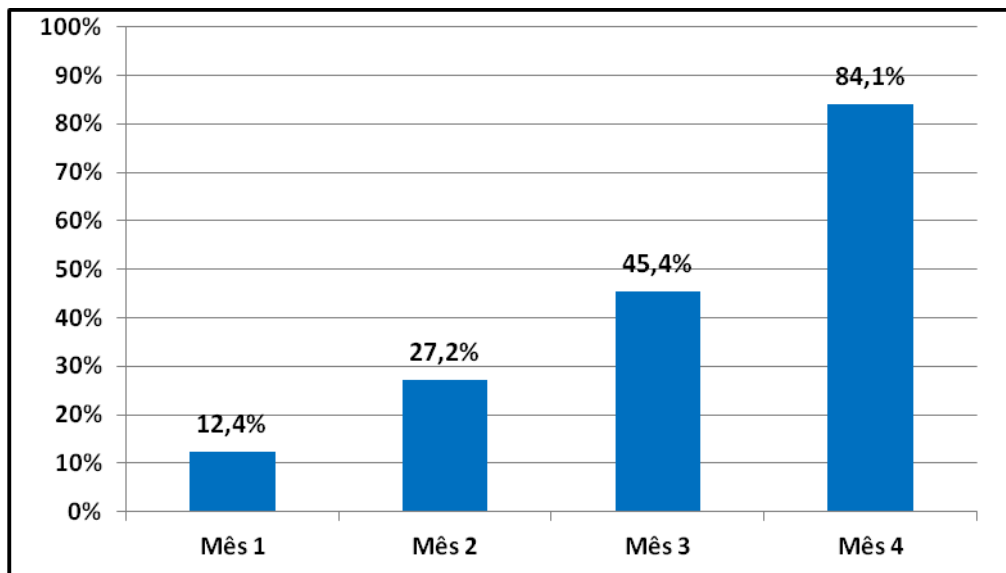


Figura 4 – Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2: Ampliar para 100% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM na unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM na unidade de saúde.

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

Na nossa área de abrangência teríamos 140 diabéticos, de acordo com a estimativa, mas ao iniciarmos a intervenção, tínhamos apenas 76 diabéticos cadastrados na unidade, representando 40% do total.

Ao longo da intervenção, conforme demonstra a Figura 5, no primeiro mês cadastramos 18,8% (28) dos diabéticos e, sucessivamente, nos próximos meses alcançamos 46,3% (69), 81,2% (121). Finalmente, no 4º mês, atingimos os 100% (149) dos cadastros, ultrapassando os 140 estimados para nossa área de abrangência.

As ações que mais auxiliaram o cadastramento dos diabéticos também foram as visitas domiciliares, em conjunto com agentes comunitários, visto que contribuíram para o cadastramento dos diabéticos que não podiam acessar a unidade de saúde por sua idade, ou qualquer outra limitação. A busca dos faltosos e a divulgação da intervenção pelos ACS e pela equipe, fez com que outros usuários que não tinham o hábito de frequentar o centro, pela falta de costume ou de maiores informações a respeito da doenças, também foi importante para a ampliação dos cadastros e alcance da meta ultrapassando as estimativas. Acredito que a identificação de maior número de usuários com DM, dos que os sugeridos pela estimativa deva-se a vários fatores. Inicialmente, a estimativa que guia os nossos indicadores e que abastecem a planilha são baseadas em dados nacionais (pesquisa VIGITEL). Quando realizamos a Análise Situacional, com o auxílio do CAP, que é baseado em estimativas com dados regionais, era previsto que em nossa área de abrangência tivéssemos 189 usuários com DM. Outros motivos que poderiam ter levado à identificação de um número maior de portadores de DM do que se previa foi a idade avançada dos usuários, especialmente os acamados e impossibilitados de frequentarem a unidade de saúde, que receberam visitas domiciliares e o hábito de uma dieta pouco saudável.

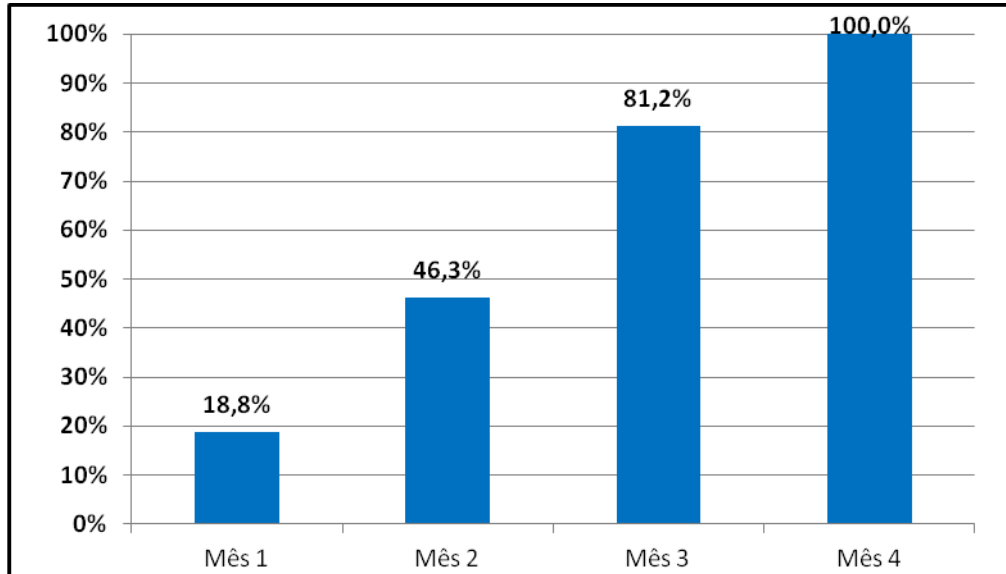


Figura 5 – Cobertura do programa de atenção ao diabético do Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Todos os usuários portadores de HAS, quando acessaram o CS, passaram pela triagem que continha procedimentos tais como: verificação da pressão arterial, teste de glicemia capilar, aferição do peso corporal e da altura do usuário. De posse destes dados, os usuários seguiram para a consulta onde se realizou o interrogatório, acompanhado de exame físico, avaliação do risco cardiovascular e nutricional, orientações de hábitos saudáveis, encaminhamento para avaliação nutricional e odontológica e, quando necessário, foram encaminhados para as especialidades. Todos os usuários saíram desta consulta com as indicações médicas, com as solicitações de exames complementares e com a próxima consulta agendada.

Em todos os meses alcançamos 100% neste indicador. No primeiro mês, realizamos exames clínicos apropriados em 70 hipertensos, no 2º mês 84 exames,

no 3º mês 103 exames e no 4º mês 219 exames, totalizando os 476 hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Assim como para os hipertensos, todo diabético, quando acessou o CS, passou pela triagem que continha os mesmos itens das consultas dos hipertensos. Todos receberam consulta de qualidade com avaliação de risco cardiovascular, avaliação dos pés diabéticos, orientações nutricionais, recomendação para a prática de exercícios físicos, encaminhamento para avaliação nutricional, odontológica e quando foi necessário, os diabéticos foram encaminhados às especialidades. Todos os usuários saíram desta consulta com as indicações médicas, com as solicitações de exames complementares e com a próxima consulta agendada.

Para este indicador também alcançamos 100% do previsto. No primeiro mês, realizamos exames clínicos apropriados em 28 diabéticos, no 2º mês foram 41 exames, no 3º mês. 52 exames e no 4º mês 28 exames, totalizando os 149 diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo.

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

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

Os gestores garantiram a realização dos exames complementares para 100 % dos portadores de HAS. Os usuários foram agendados na unidade no mesmo dia em que saíram da consulta, orientando-se a sua realização em outra unidade.

Em todos os meses alcançamos 100% para esse indicador, significando que todos os usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, estão com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. Na evolução dos meses tivemos 70 hipertensos no 1º mês, 84 no 2º mês, 103 no 3º mês e 476 no 4º mês.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Para os diabéticos, também foi disponibilizada a possibilidade de realizar gratuitamente e com grande rapidez, os exames complementares. Essa foi uma das maiores colaborações ofertadas pelos gestores, uma vez que anteriormente, só os usuários que tinham condições financeiras podiam realizar esses exames, com resultados e em tempo adequados.

Assim como nos outros indicadores referentes a esse objetivo, 100% dos usuários portadores de diabetes cadastrados na unidade de saúde tiveram seus exames complementares em dia, segundo o protocolo e no decorrer dos meses tivemos progressivamente 28 no 1º mês, 41 no 2º mês, 52 no 3º mês e 149 diabéticos no 4º mês que realizaram os exames.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Todo portador de hipertensão (100%) que necessitou de medicamentos, quando saiu da consulta com o receituário, pode adquiri-los na farmácia existente na unidade de saúde, pois as receitas foram prescritas, priorizando estes medicamentos. Dessa forma, no primeiro mês tivemos 70, no 2º mês, 84, no 3º mês, 103 hipertensos e no final do 4º mês 476 hipertensos tinham obtido prescrição de medicamentos da farmácia do CS e da Farmácia Popular priorizada.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Assim como para os hipertensos, os diabéticos também receberam receitas com prescrições de medicamentos da farmácia do CS e da Farmácia Popular. No primeiro mês, tivemos 28 diabéticos, no 2º mês, 41 diabéticos no 3º mês, 52 diabéticos e no 4º mês, 149 diabéticos obtiveram prescrição de medicamentos da farmácia do CS e da Farmácia Popular priorizada.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Quanto à avaliação da realização das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, envolvemos a equipe da odontologia na organização e preparo das orientações promovidas e cada hipertenso que passou pela consulta odontológica, recebeu um kit de higiene bucal. Em cada consulta médica foi orientada a importância dos cuidados com a saúde bucal, mas tivemos

dificuldades quanto à avaliação odontológica dos usuários, já que contamos com um só profissional para as duas equipes do CS e existe muita demanda para consultas agendadas. Os encaminhamentos continuam sendo feitos e pretendemos aumentar o percentual, até agora obtido.

No primeiro mês, 6 hipertensos foram avaliados pelo dentista, no 2º mês mais 3 hipertensos foram avaliados pelo dentista, totalizando 9 hipertensos. No 3º mês mais 5 hipertensos foram avaliados, totalizando 13 hipertensos, e no quarto mês mais 10 hipertensos foram avaliados pelo dentista, num total de 23 hipertensos, dos 476 cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Em porcentagem, conforme mostra a figura 6, alcançamos no decorrer dos 4 meses da intervenção 8,6%, 5,8%, 5,1% e 4,8% e apesar do número de usuários examinados aumentar, proporcionalmente houve uma diminuição, uma vez que o número de cadastrados aumentou.

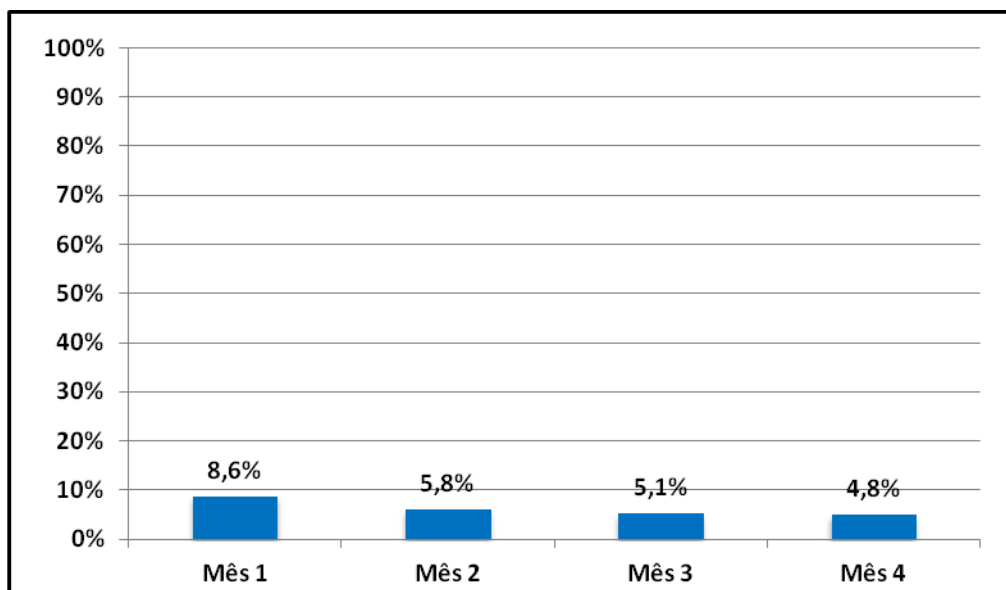


Figura 6– Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Da mesma maneira, para a avaliação da realização das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, a equipe da odontologia participou da organização e preparo das orientações promovidas. A equipe da odontologia distribuiu kits de higiene bucal, quando os diabéticos foram às consultas odontológicas.

Orientou-se a cada consulta realizada sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal, mas não foi possível realizar as consultas odontológicas previstas para esse grupo populacional, uma vez que contamos com um só profissional para as duas equipes e existe muita demanda para consultas agendadas. Os encaminhamentos continuam sendo feitos e pretendemos aumentar o percentual, até agora obtido.

No primeiro mês, conforme demonstra a figura 7, não tivemos diabéticos que realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no 2º mês, foram 2 (2,9%), no 3º mês, mais 4 diabéticos, totalizando 6 (representando 5% do total) e no 4º mês, nenhum diabético foi avaliado pelo dentista. Concluiu-se a intervenção com 6 diabéticos avaliados pelo dentista (4% do total dos cadastrados no programa). Neste caso a porcentagem dos avaliados também foi menor no 4º mês, visto que o número de cadastrados no programa aumentou.

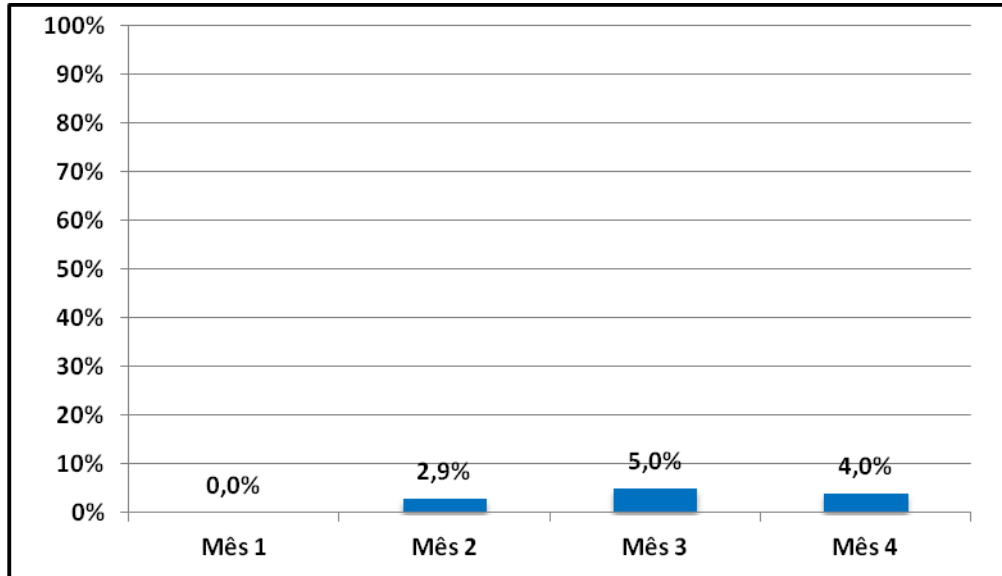


Figura 7– Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués,2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Durante a intervenção, fizemos o controle dos portadores de hipertensão e quando detectamos atrasos nas consultas, na semana seguinte, os agentes comunitários realizaram a busca dos faltosos e, posteriormente, se fosse necessário, foram buscados pela equipe.

Todo hipertenso (100%) que apresentava atraso na consulta médica conforme a periodicidade recomendada em protocolo, recebeu busca ativa. No primeiro mês da intervenção, realizamos 11 buscas a hipertensos faltosos, no 2º mês 15 buscas a hipertensos faltosos, no 3º mês realizamos buscas para 20 hipertensos e no 4º mês realizamos 105 buscas, que representaram 100% dos hipertensos

faltosos às consultas médicas, cadastrados na unidade de saúde, num total de 151 hipertensos.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Durante a intervenção, fizemos o controle dos diabéticos, por meio das fichas-espelho em arquivo específico para diabéticos e quando detectamos atrasos nas consultas, na semana seguinte, os agentes comunitários realizaram a busca dos faltosos. Assim como para os hipertensos, se essa busca não fosse eficiente para a recuperação do faltoso, eram buscados pela equipe. Todos (100%) os diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde receberam busca ativa.

No primeiro mês da intervenção, realizamos 3 buscas, no 2º mês realizamos 7 buscas aos diabéticos faltosos no 3º mês realizamos buscas para 8 diabéticos e no 4º mês realizamos buscas para 15 diabéticos faltosos às consultas médicas, totalizando 33 buscas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Durante a intervenção, implantamos um arquivo específico com as fichas-espelho de todos (100%) os usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde,

as quais foram dispostas no arquivo, nos meses, segundo a próxima consulta do portador de hipertensão. Essa ação contribuiu para o cumprimento da meta, porque ficou fácil para revisar essas fichas.

Em todos os meses da intervenção tivemos 100% dos registros adequados na ficha de acompanhamento, que evoluíram da seguinte forma: no 1º mês tínhamos 70, no 2º mês tínhamos 84 no 3º mês, 103 e no 4º mês, 476 hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Para alcançarmos esta meta, revisamos o arquivo específico com as fichas-espelho de todos (100%) os diabéticos cadastrados na unidade de saúde, semanalmente, as quais foram dispostas nos meses, segundo a próxima consulta do portador de diabetes.

Também alcançamos 100% nesse indicador, em todos os meses, que tiveram a seguinte evolução: no 1º mês tínhamos 28, no 2º mês tínhamos 41 no 3º mês, 52 e no 4º mês 28, para 149 diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Todos os portadores de hipertensão receberam avaliação do risco e no caso de apresentarem alguma complicação cardiovascular associada, foram encaminhados para o cardiologista, que realizou sua avaliação. Esse profissional realiza consultas na unidade de saúde, de 15 em 15 dias, sendo um grande benefício para a população.

Durante os 4 meses, tivemos no 1º mês 70, no 2º mês, 84, no 3º mês, 103 e no 4º mês, 476 hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular, representando 100% dos hipertensos cadastrados.

As ações que mais contribuíram para a avaliação do risco de todos os hipertensos foram a realização da consulta programática personalizada e a possibilidade de se obter rapidamente os resultados dos exames complementares.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Todos os portadores de diabetes receberam avaliação do risco cardiovascular e em caso de apresentarem alguma suspeita de patologia associada, foram encaminhados para o cardiologista, que realizou sua avaliação. Como esclareci, esse profissional realiza consultas na UBS, de 15 em 15 dias, sendo um grande benefício para a população.

Durante os 4 meses, tivemos no 1º mês 28, no 2º mês, 41, no 3º mês, 52 e no 4º mês, 149 diabéticos cadastrados na unidade de saúde, com estratificação do risco cardiovascular, representando 100% dos diabéticos cadastrados.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No período da intervenção realizamos orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os hipertensos cadastrados na unidade de saúde, no decorrer da consulta médica. Os hipertensos que apresentaram obesidade foram encaminhados para a nutricionista e receberam um folheto explicativo sobre nutrição para hipertensos. Durante os quatro meses da intervenção, realizamos palestras na sala de espera, sobre orientação nutricional e alimentação saudável e essas foram as ações que mais contribuíram para o alcance das metas.

Com respeito à evolução do indicador, no decorrer dos meses receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável 70 hipertensos no 1º mês e sucessivamente nos próximos meses, 84, 103 e 476 hipertensos cadastrados no CS, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Assim como para os hipertensos, fizemos orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos diabéticos, durante as consultas programáticas. Muitos foram encaminhados para a nutricionista, além de receberem um folheto sobre nutrição para diabéticos. Também realizamos palestras na sala de espera sobre este tema e esta foi a ação responsável pelo alcance das metas.

O indicador, no decorrer dos meses, comportou-se da seguinte maneira: 28 diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável no 1º mês e sucessivamente nos próximos meses, 41,52 e 149 diabéticos cadastrados na unidade de saúde, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O grupo de hipertensos e/ou diabéticos e outros idosos recebeu orientação e realizou atividades físicas com a equipe do NASF, principalmente com a educadora física e com a fisioterapeuta. Estas atividades aconteceram três vezes por semana, na área da igreja, na praia e em uma área desportiva.

Os hipertensos foram ainda orientados sobre a importância da prática regular de exercícios físicos durante as palestras e também nas consultas. Sucessivamente, durante os meses tivemos 70, 84, 103 e 476 hipertensos que receberam essas orientações, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 20 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No grupo de hipertensos e/ou diabéticos e outros idosos existente no nosso município, coordenado pela educadora física e fisioterapeuta, os portadores de HAS e de DM da nossa área de abrangência, realizaram atividades físicas que

aconteceram três vezes por semana, na área da igreja, na praia e em uma área desportiva e receberam orientações sobre a importância da prática regular do exercício físico.

Durante as consultas e nas palestras na unidade de saúde, os usuários também foram orientados sobre a prática de exercício físico, o que contribuiu com o alcance das metas. Todos os usuários cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso e diabético receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física e sucessivamente, tivemos durante os meses: 28, 41, 52 e 149 diabéticos orientados, totalizando 100% dos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os hipertensos e/ou diabéticos foram orientados, nas consultas, sobre o risco de tabagismo, além de receberem palestras na sala de espera, com apoio da psicóloga da equipe do CAPS.

Cumprimos 100% da nossa meta em todos os meses da intervenção, portanto, 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês, 70 hipertensos tinham recebido as orientações, no 2º mês, 84, no 3º mês, 103 e no 4º mês, 476.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de

saúde.

Assim como os hipertensos, os diabéticos foram orientados, nas consultas, sobre o risco de tabagismo, e receberam palestras, com apoio da psicóloga da equipe do CAPS, realizadas na sala de espera.

Nesta meta também alcançamos 100% em todos os meses da intervenção, portanto, todos os diabéticos cadastrados na unidade de saúde, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês, 28, no 2º mês, 41, no 3º mês, 52 e no 4º mês, 149 diabéticos tinham recebido as orientações.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Os 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM do CS, foram orientados sobre os cuidados com a higiene bucal e encaminhados à consulta de odontologia, em todos os meses da intervenção. A equipe da odontologia também realizou palestras na sala de espera sobre higiene bucal. Durante as palestras, os participantes receberam folhetos educativos, fornecidos pela SMS.

No 1º mês, tínhamos 70 hipertensos orientados sobre cuidados com a higiene bucal, no 2º mês, 84 hipertensos, no 3º mês, 103 hipertensos e no 4º mês, 476 hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tinham recebido essas orientações.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os diabéticos cadastrados no Programa foram orientados sobre os cuidados com higiene bucal e encaminhados à consulta de odontologia. Durante a

intervenção, realizamos palestras de orientação sobre o tema e os usuários receberam panfletos educativos, obtidas pelo odontólogo na SMS. No 1º mês, tínhamos 28 diabéticos orientados sobre os cuidados de higiene bucal, no 2º mês, 41 diabéticos, no 3º mês, 52 diabéticos e no 4º mês, 149 diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tinham recebido essas orientações.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção.

A intervenção em minha UBS propiciou a ampliação dos cadastros de hipertensos e/ou diabéticos no Programa de Atenção à HAS e DM, a melhoria dos registros, o mapeamento dos hipertensos e/ou diabéticos de risco, a adesão dos usuários ao serviço, orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos, a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação dos exames complementares oferecidos e para a classificação de risco realizada.

Importância da intervenção para a equipe.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS, especificadas nos protocolos adotados para HAS e para DM, os Cadernos da Atenção Básica nº 37 e nº 36 do MS, 2013, no que se refere ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e de DM. Esta atividade facilitou o trabalho integrado da médica, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACS, dentista e recepcionistas.

Em relação ao cuidado destinado ao usuário hipertenso e/ou diabético, foi necessário dividir as atribuições aos membros da equipe, para que juntos, pudessemos alcançar melhores resultados. Coube a mim, como médica, realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando a estratificação do risco do portador de HAS e/ou DM. Fez parte das atribuições realizadas pelo enfermeiro solicitar exames complementares, quando necessário. Alguns portadores de HAS e/ou DM foram encaminhados para o Cardiologista que atende na unidade de saúde de 15 em 15 dias as pessoas que apresentaram hipertensão arterial e/ou diabetes graves e refratárias ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo,

com suspeita de causas secundárias. Os usuários que se encontravam em estado de urgência e emergência, também foram encaminhados ao hospital.

Aos enfermeiros e à médica, coube capacitar os técnicos em enfermagem e os ACS e supervisionar as suas atividades como: desenvolver as ações educativas individuais ou em grupo com os hipertensos e/ou diabéticos e realizar a busca ativa dos usuários faltosos às consultas. Esse controle deve acontecer de forma permanente.

Os técnicos em enfermagem foram responsáveis por verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e braquial de todos os usuários que chegaram à unidade de saúde para receber consulta. Também fez parte de suas atribuições, proceder as anotações devidas em ficha-espelho (Anexo C) e encaminhar ao enfermeiro e/ou médico. Aos ACS, coube registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico da HAS e DM, risco cardiovascular global estimado de cada membro da família. Da função dos ACS também fez parte perguntar ao usuário hipertenso e/ou diabético se ele está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas e proceder as devidas orientações. Além disso, foram responsáveis por encaminhar à consulta médica os indivíduos rastreados com suspeita de serem portadores de HAS e/ou DM e realizar a busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

O dentista foi responsável por agendar revisões anuais para hipertensos e/ou diabéticos e as demais consultas que se fizessem necessárias, após a primeira avaliação odontológica. A recepção da UBS teve como função o acolhimento, que é um primeiro olhar que se tem, antes de chegar à equipe de saúde, do usuário hipertenso e/ou diabético que procurou o serviço.

Houve um aumento significativo no cadastramento dos usuários e realizamos ações de promoção de saúde, voltadas ao autocuidado do hipertenso e/ou diabético nos grupos realizados na comunidade, com atividades integradas, à equipe do NASF e do CAPS. Para a organização das práticas coletivas de orientação às atividades físicas, solicitamos apoio à educadora física e à fisioterapeuta. Elas fizeram as orientações e realizaram atividades com idosos na área desportiva, na igreja e na praia.

Importância da intervenção para o serviço

Acredito que a equipe se aproximou mais a partir da intervenção, em virtude da necessidade de dialogar sobre certas condutas e procedimentos a serem realizados com o usuário que acessa a UBS e também pela insistência em fazermos nosso trabalho da melhor forma possível.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao usuário hipertenso e diabético eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, visto que o enfermeiro passou a desempenhar um papel importante, junto a esse público, descentralizando do médico muitas ações como a solicitação de exames complementares, avaliação de risco, bem como reuniões com a comunidade, a fim de trabalhar de forma preventiva e não somente curativa.

A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos adequaram a agenda para a atenção à demanda espontânea, mas mesmo assim, alguns usuários agendados não compareceram às consultas. Outro impacto positivo que pode ser citado é o espaço, criado a partir da intervenção, para discussões sobre atendimento que vinha sendo oferecido aos hipertensos e/ou diabéticos e a necessidade de promover melhorias. Esse tipo de iniciativa veio para qualificar o serviço oferecido à comunidade.

Importância da intervenção para a comunidade

O impacto da intervenção ainda é pouco significativo na comunidade. Os hipertensos e/ou diabéticos mostram-se satisfeitos com a prioridade no atendimento, porém os outros usuários demonstram-se insatisfeitos, por estes “passarem na frente”, sendo que não eram portadores das primeiras senhas de atendimento. Isto aconteceu porque não foi possível explicar para todos os usuários o motivo desta prioridade. Esse é um ponto que deverá ser revisto na continuidade da intervenção e este fato deixa claro que a equipe precisa se empenhar mais no eixo do engajamento público, informando à comunidade quais são os grupos prioritários e por que isto se faz necessário.

Apesar da ampliação da cobertura do programa de HAS ter superado os 84%, ainda temos muitos hipertensos sem cadastro no programa, sendo que o principal motivo foi o difícil acesso à UBS, especialmente para os idosos e limitados

fisicamente. Apesar do pequeno impacto, os usuários cadastrados receberam um atendimento qualificado, de acordo com o que preconiza o protocolo.

Agora que concluímos a intervenção, percebo que a equipe está integrada e como iremos incorporar as ações da intervenção na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e tenho ciência que outras que poderão surgir.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Acredito que a capacitação da equipe quanto aos protocolos do MS deveria ter sido feita antes do início da intervenção, pois o engajamento de todos os profissionais aconteceria desde o início, o que melhoraria o desenvolvimento do trabalho. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse me empenhado na busca dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e insistido para que os ACS realizassem visitas com mais frequência, estimulando-os para acessar o serviço de saúde, a fim de realizarem o cadastro no programa, consulta médica e de enfermagem. Também faltou articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de fazer a implementação. Acredito que se a comunidade fosse mais informada sobre a necessidade e importância da frequência do usuário hipertenso e/ou diabético ao serviço, a adesão ao programa poderia ser maior.

Para atingirmos todas as metas com um bom resultado, nossa intervenção teria que ter uma duração maior que 16 semanas e então poderíamos ter atingido os 100% da meta dos cadastros dos hipertensos, pois dispensaríamos um tempo maior para fazer os convites aos nossos usuários da UBS, visitando as famílias e demonstrando-lhes a importância da intervenção e os resultados que eles poderiam ter, com sua participação.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço que melhorias pretende fazer na intervenção

Agora que finalizamos a intervenção, percebo que a equipe está integrada e engajada para continuar o trabalho ora iniciado. Teremos condições de superar algumas das dificuldades, como por exemplo, a falta de interação com o usuário que chegava para consulta, ou mesmo para cadastro. Antes não perguntávamos se o

usuário era hipertenso ou diabético, apenas aferíamos os sinais vitais e eram encaminhados ao médico. Então, vejo que também neste aspecto, houve melhorias com a intervenção.

Realizar ações que não foram colocadas em prática por falta de tempo, como os encaminhamentos para consulta especializada que ocorreram na unidade, mas em pouca quantidade, ou fortalecer outras, como a pouca oferta pelo serviço odontológico, serão prioridade na continuidade do cuidado do hipertenso e/ou diabético.

Quais os próximos passos

A intervenção está sendo incorporada na rotina do serviço. Para isto teremos que cadastrar os usuários que ainda não o fizeram e encaminhá-los para a odontologia e para consulta especializada, se ainda não tiveram a oportunidade de serem encaminhados. Todos passarão por avaliação da estratificação de risco. Os próximos passos são continuar com as reuniões do grupo de hipertensos e/ou diabéticos e aproveitar a oportunidade para fazer os cadastros dos que ainda não fizeram.

5. Relatório da Intervenção para Gestores

Como é do conhecimento dos senhores, foi realizada uma intervenção no Centro de Saúde Santa Luzia, de setembro a dezembro de 2014 e a equipe envolvida nesse trabalho foi a que presta atendimento à comunidade urbana. Nossa população conta com 3721 usuários e no início do ano passado tínhamos cadastrados em nossa unidade de saúde 227 portadores de HAS e 76 portadores de DM, quando as estatísticas da VIGITEL, apontavam que entre os 2493 usuários maiores de 20 anos, deveríamos ter cadastrados 566 hipertensos e 140 diabéticos. Sendo assim, tínhamos em porcentagem de cobertura, 34% e 40% do total que deveríamos ter cadastrados, na nossa área de abrangência.

A implementação do Programa da atenção ao portador de hipertensão e/ou diabetes foi de fundamental importância, uma vez que estas doenças constituem a primeira causa de morbimortalidade no mundo e no Brasil (BRASIL, 2013).

O objetivo geral dessa intervenção foi melhorar a atenção aos portadores de HAS e/ou DM. Como objetivos específicos tínhamos a ampliação do cadastro dos portadores de HAS e/ou DM, a melhoria da qualidade, com preconização de consultas apropriadas para tais usuários, investigação, por meio de exames laboratoriais dessas patologias, prescrição, quando necessário, de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação odontológica de todos os portadores de HAS e/ou DM. Para melhorar a adesão ao programa, todos os hipertensos e/ou diabéticos com atrasos nas consultas de acompanhamento, receberam buscas ativas realizadas pelos ACS.

Todos os usuários ao ingressarem no programa, foram registrados em fichas-espelho e em planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), recomendadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel – UNA-SUS, instrumentos que permitiram o monitoramento das ações realizadas, durante a intervenção. A planilha forneceu automaticamente os indicadores da intervenção. Foram criados também, arquivos específicos para os portadores de HAS e de DM.

Todos receberam avaliação do risco cardiovascular e quando foram identificados como de risco, foram priorizados e acompanhados de acordo com o protocolo. Em palestras na unidade de saúde, na comunidade, em visitas domiciliares e nas consultas, todos receberam orientações nutricionais acerca da importância de alimentação saudável e sobre a importância da prática regular de exercícios físicos.

Todos foram orientados sobre os cuidados com a higiene bucal e quando passaram por avaliação da necessidade de tratamento odontológico receberam kits de higiene bucal. Todos os cadastrados receberam ainda, informações sobre os riscos do tabagismo.

Na preparação para essa intervenção, a equipe foi capacitada e atualizada a respeito do tema, com base nos protocolos do MS, os Cadernos da Atenção Básica nº 36 e nº 37. A equipe toda participou da capacitação, inclusive os ACS e os profissionais do NASF e a equipe de saúde bucal foi convidada para colaborar, contribuindo com informações a respeito dos cuidados sobre as doenças, ligadas as suas especialidades.

O horário estendido contribuiu com a melhoria do acolhimento, uma vez que possibilitou que usuários que não frequentavam a unidade de saúde, porque trabalham durante o dia, passassem a frequentá-la.

A colaboração recebida com a disponibilização do material necessário e as cópias das fichas-espelho também foram muito importantes e possibilitaram o cadastro de 616 portadores de HAS e/ou DM, além de terem melhorado a qualidade da atenção e dos cuidados ofertados, a adesão, os registros, a avaliação dos riscos e a promoção de saúde melhorados.

Gostaríamos de contar com seu apoio para que as ações da intervenção permaneçam, mesmo após a sua conclusão, possibilitando o cadastro de novos portadores e a manutenção do que já foi obtido, com a melhoria da qualidade de vida para a população.

Alcançamos uma cobertura de 84,1%, com a inclusão no programa de 476 hipertensos e 100%, com a inclusão de 149 diabéticos, ainda que a estimativa de diabéticos indicasse que encontraríamos 140 portadores de DM. Isso com certeza deveu-se ao fato de podermos realizar visitas domiciliares a muitos idosos acamados e impossibilitados de comparecerem à unidade de saúde e o hábito de uma dieta não saudável.

Em seguida foram incluídos os gráficos indicativos da evolução dos cadastros na unidade. Na figura 8, está representada a evolução do cadastro dos hipertensos no Centro de Saúde Santa Luzia, durante os 4 meses:

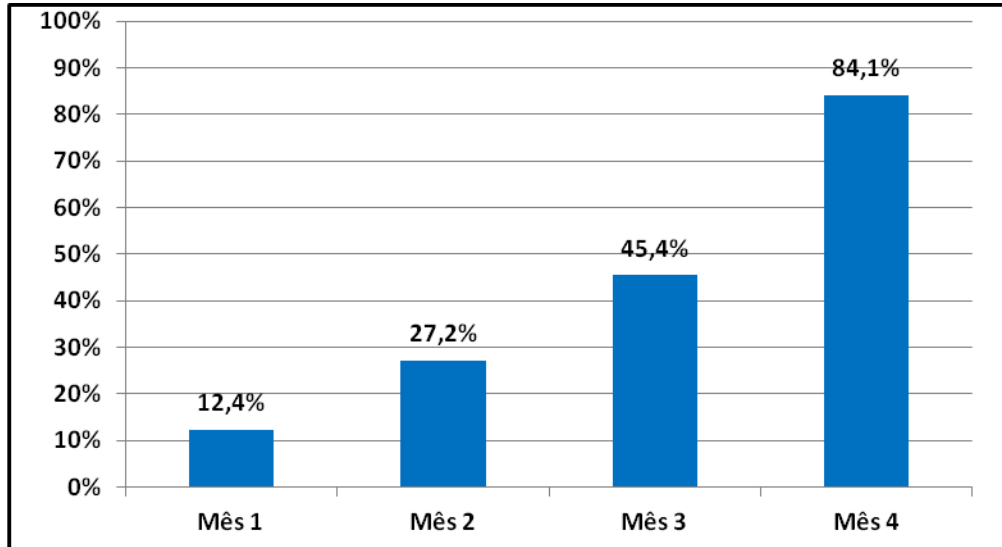


Figura.8-Cobertura do programa de atenção ao hipertenso no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Na figura 9 podemos identificar a evolução dos cadastros dos diabéticos, no decorrer dos 4 meses no Centro de Saúde Santa Luzia.

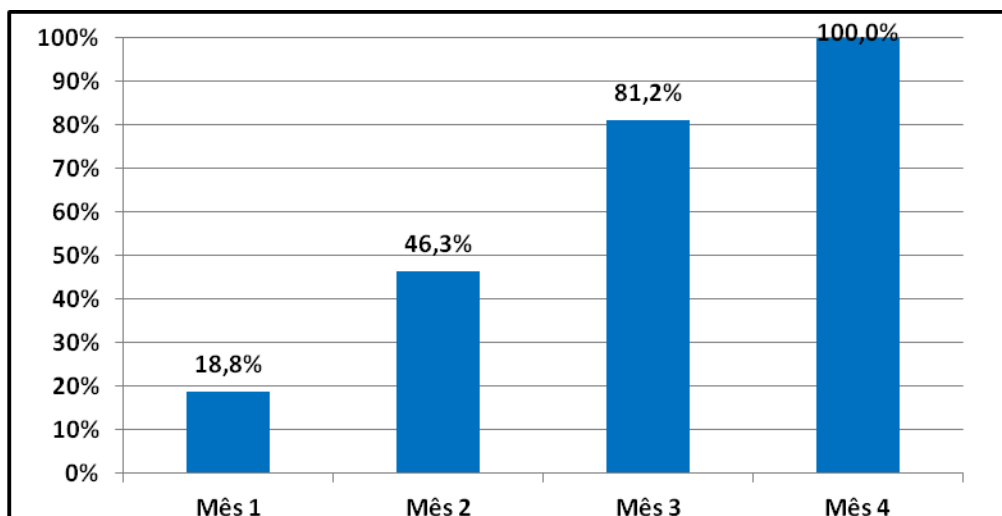


Figura.9-Cobertura do programa de atenção ao diabético no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Vinte e uma metas propostas foram cumpridas em 100%, o que significa dizer que todos os cadastrados receberam a atenção e os cuidados de qualidade, entretanto para duas metas não foi possível o cumprimento, visto que uma tratava das avaliações dos hipertensos em suas necessidades odontológicas e a outra das avaliações dos diabéticos de suas necessidades odontológicas. Infelizmente o

odontólogo trabalha muito, porque ele é sozinho para prestar atendimento às duas equipes e devido à grande demanda, foi bem difícil para os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus conseguirem ser atendidos por ele. Gostaríamos de solicitar-lhes uma atenção especial para o caso, reunindo esforços para dar solução a essa difícil situação.

Para a meta que envolvia os hipertensos, 23, dos 476 portadores receberam avaliação odontológica no período da intervenção e para a mesma meta para os diabéticos apenas 6, dos 149 portadores receberam avaliação odontológica.

Diante dos resultados alcançados, reiteramos a solicitação do apoio para o alcance das metas que foram parcialmente cumpridas, assim como para a manutenção das ações que foram realizadas. Solicitamos ainda o apoio para futuras implementações de novas ações programáticas.

6. Relatório da intervenção para a comunidade

Como é do conhecimento de vocês, aqui no nosso Centro de Saúde, na equipe que atende a zona urbana, aconteceu uma intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da nossa área de abrangência.

Conseguimos saber por meio dos resultados de um levantamento feito aqui, que grande parte dos portadores de pressão alta e de diabéticos aqui da nossa unidade, que deveriam estar cadastrados no Programa de Atenção ao hipertenso e/ou diabético, ainda não estavam e provavelmente, nem sabiam que eram portadores dessas doenças, porque no início essas doenças não apresentam muitos sintomas, mas com o passar do tempo prejudicam muito a saúde.

Então, para conhecer quem eram os portadores de pressão alta e diabetes, resolvemos fazer uma intervenção na unidade para modificar a evolução dessas doenças. Foi um difícil trabalho, mas ao final das 16 semanas da intervenção, tínhamos conseguido cadastrar **486** hipertensos e **149** diabéticos. Todos os **616** usuários tinham recebido consultas apropriadas, exames de laboratório para controle das doenças, receitas com remédios da farmácia do CS ou da Farmácia Popular, tinham sido encaminhados para avaliação com o dentista, mas nem todos puderam ser atendidos, porque temos um só dentista, para atender muitas pessoas. Todos tiveram seus registros feitos numa ficha e numa planilha, conheceram seus riscos cardiovasculares e foram priorizados em seus atendimentos.

Os ACS fizeram busca aos que estavam com as consultas atrasadas. Além disso, todos receberam orientações sobre nutrição e alimentação saudável, sobre a necessidade da prática regular de exercícios físicos, sobre os cuidados da higiene bucal e sobre os riscos do tabagismo, tanto nas palestras, como nas consultas ou visitas domiciliares.

Então, depois de ter explicado todo o nosso trabalho, quero explicar a vocês, que toda vez que um hipertenso e/ou diabético chegar para uma consulta, devemos considerar o seu atendimento como preferencial, uma vez que esta pessoa pode estar em risco de doença cardiovascular ou com a pressão alterada no momento da consulta, sendo justificada a prioridade.

Sendo assim, gostaria de dizer que manteremos as ações que foram realizadas durante a intervenção, para que nossos portadores de pressão alta e

diabetes continuem sendo bem cuidados e que outros venham a fazer parte do nosso time. Precisamos identificar e cadastrar mais portadores de pressão alta. Se você tem mais de 20 anos e tem na família alguém que apresenta esta doença, fale com um dos membros da equipe, que orientaremos você!

Obrigada a todos que participaram e colaboraram com o sucesso da nossa intervenção!

Segue abaixo, na figura 10 o gráfico mostrando como evoluíram os cadastros dos portadores de pressão alta (hipertensos). Durante os quatro meses, cadastramos 486 portadores de pressão alta. No primeiro mês cadastramos 70, no segundo tínhamos 154, no terceiro 257 e no quarto tínhamos os 486 hipertensos cadastrados.

HIPERTENSOS

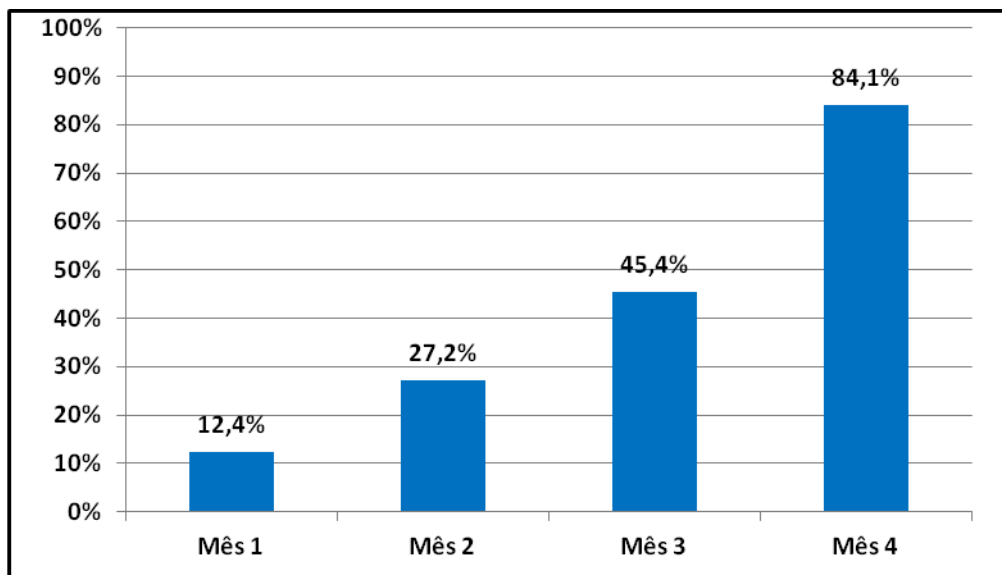


Figura10 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Na figura 11, temos o gráfico mostrando como evoluíram os cadastros dos diabéticos. Cadastramos durante os 4 meses, 149 diabéticos sendo que no primeiro mês cadastramos 28, no segundo tínhamos 69, no terceiro 121 e no quarto mês tínhamos 149 diabéticos cadastrados.

DIABÉTICOS

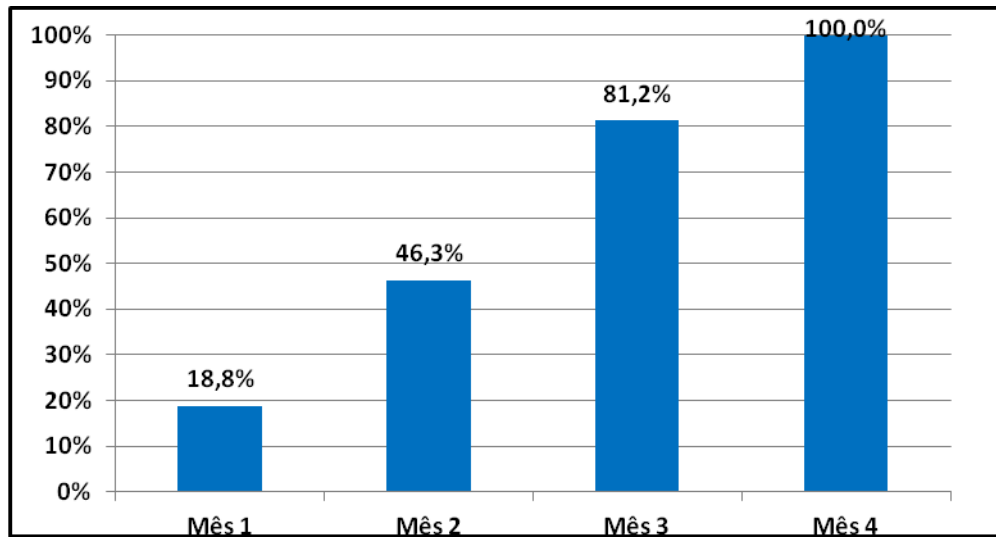


Figura.11- Cobertura do programa de atenção ao diabético no Centro de Saúde Santa Luzia, Maués, AM, 2014.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A respeito do meu processo de aprendizagem durante o Curso de Especialização de Saúde da Família, acredito que no início foi muito difícil, uma vez que tinha dificuldade com a redação em português.

Tinha conhecimento de cursos à distância, mas não havia realizado uma especialização com esta modalidade em nenhuma área, sendo que esta foi uma experiência boa em meu dia a dia.

Quando iniciamos pensei que não iria ser possível fazer tantos trabalhos e pesquisas pela internet, pois a comunicação em Maués, no estado do Amazonas, onde moro, apresenta muitos problemas. Com muita vontade e sacrifícios, pois muitas vezes tive que fazer as tarefas no período da madrugada, continuei o curso e obtive resultados positivos.

Foram vários os aprendizados durante o curso, dentre eles as referências recomendadas pelo MS sobre estrutura da unidade de saúde, engajamento público e ações programáticas, até concluir a Análise Situacional de nossa unidade de saúde e fazer a escolha do tema da intervenção e a partir desse momento, realizar a implementação da ação programática.

Ainda no curso, desenvolvemos um projeto de intervenção e no nosso caso, realizamos a implementação do Programa de Atenção à hipertensos e/ou diabéticos, baseada nos protocolos do MS. A equipe aderiu e o usuário foi o principal favorecido.

O curso designou uma orientadora para nos apoiar e essa parceria foi boa, porque fomos apoiados nas horas de dificuldade e pelo modelo de sua escrita, fomos aprendendo a fazer redação em português. Se não tivéssemos colaboração, talvez não fosse possível fazer todas as atividades solicitadas pelo curso.

Em relação ao ambiente de aprendizagem, foi tudo bem explicativo, fácil de achar por ser dividido em tarefas semanais. Nas experiências vividas no dia a dia no trabalho, conseguimos observar os problemas, mas geralmente, não temos tempo de trabalhar em cima deles e o curso proporcionou isto: sentar, estudar e melhorar a prática profissional em cima do problema identificado.

Quanto ao significado do curso para minha prática profissional, afirmo que foi relevante, pois os estudos da prática clínica e as demais atividades nos fizeram

refletir sobre a realidade do município e ao mesmo tempo, tentar fazer as mudanças. No que se refere ao meu tema de trabalho, foi possível analisar como os hipertensos e/ou diabéticos eram atendidos e como são atendidos agora, fazendo com que eu me sinta gratificada profissionalmente, devido a isso.

As discussões com o orientador foram muito proveitosas e ajudaram no desenvolvimento de todo o trabalho. As conversas com os colegas do CS foram produtivas também, em relação à montagem do trabalho, o que acrescentar, o que retirar, o que seria bom para melhorar a intervenção. Os casos clínicos apresentados no curso eram quase todos relacionados com o cotidiano do nosso serviço de saúde e fiquei surpresa com o aprendizado, que contribuiu para melhorar a atenção ao usuário.

Com o curso vi que podemos modificar as ações e melhorar o serviço, vencer obstáculos, se toda equipe trabalhar nesse sentido e que é muito bom ver a diferença que podemos fazer na vida da população e que podemos melhorar cada vez mais a sua saúde.

Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n. 37.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Anexos

Anexo A- – Autorização do Comitê de Ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de Coleta de Dados

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
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
1							
2							
3							
4							

O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física
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

