

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Infraero II,
Macapá/AP**

Leyanit Vasallo Pérez

Pelotas, 2015

Leyanit Vasallo Pérez

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Infraero II,
Macapá/AP**

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

Orientador: Linda Cristina Sangoi

Pelotas, 2015.

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

P438m Perez, Leyanit Vasallo

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Infraero II, Macapá /AP / Leyanit Vasallo Perez; Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Haas, Linda Cristina Sangoi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus queridos filhos Dayron e Luis Daniel
por tornar minha vida mais bela e feliz;

A meu esposo, por seu amor, apoio e
compreensão ao longo de tantos anos;

A meus pais que com tudo o amor do mundo,
tem sido sempre meu apoio incondicional;

Ao povo brasileiro que representa nosso
maior estímulo para ser melhores médicos cada dia.

Agradecimentos

Tenho que agradecer a realização deste projeto em primeiro lugar à orientadora Linda Cristina Sangoi, pelo apoio incondicional em todo este tempo e por seu empenho e paciência mostrada para com nós;

Em segundo lugar, a Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade em desenvolver este trabalho e,

Em terceiro lugar, a minha equipe pela dedicação e entrega ao trabalho.

Resumo

Pérez, Leyanit Vasallo. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM na UBS/ESF Infraero II, Macapá/AP**. 2015. 71f. 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 e a Diabetes Mellitus são na atualidade agravos crônicos que representam problemas de saúde em todo o mundo, pelas taxas de prevalência atual e as complicações que podem gerar sem um adequado manejo. O objetivo deste trabalho foi à melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Infraero II, no município de Macapá/AP. Por meio da implementação de uma intervenção na prática assistencial da UBS, através do cadastramento e acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes no período de novembro/2014 a fevereiro/2015, durante 16 semanas. Para a obtenção dos dados utilizou-se os prontuários, as fichas espelhos e as planilhas de coleta de dados. Estimou-se alcançar com a intervenção 10% dos usuários da área adstrita cadastrados no programa de HAS/ DIA da unidade. Alcançado a cobertura de 15,2% (277 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica) e de 19,3% (87 usuários com Diabetes Mellitus), respectivamente, da área de abrangência da UBS; apesar do esforço alguns indicadores como: a proporção de usuários com hipertensão e diabetes com exames clínicos em dia; com exames complementares em dia; com prescrição de medicamentos da farmácia popular, com registro adequado na ficha de acompanhamento e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não foram possíveis de alcançar segundo as metas propostas, mas ainda assim representou um passo positivo no acompanhamento de nossos usuários; sendo que os outros indicadores alcançaram as metas planejadas de 100%. Finalizado com a elaboração do volume e apresentação do relatório dos resultados aos gestores e comunidades. Concluiu-se que com esta intervenção realizada, ocorreu uma mudança na assistência: ampliamos a cobertura da atenção dos usuários do programa de HAS e DM, com melhoria dos registros dos usuários portadores destes agravos e a qualidade de um atendimento integrador; para o benefício da saúde dos usuários atendidos e de sua implementação na rotina do serviço.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

Lista de Figuras

Figura 1	Quadro cronograma da intervenção	36
Figura 2	Foto da Capacitação dos profissionais de saúde sobre os protocolos do MS sobre atenção aos usuários com HAS e/ou DM	42
Figura 3	Foto da Capacitação dos profissionais sobre acolhimento dos usuários	43
Figura 4	Foto da Realizando palestras educativas a nossa comunidade na UBS	43
Figura 5	Foto do Atendimento Clínico na UBS	43
Figura 6	Foto da Realizando atividades de promoção de saúde na comunidade	44
Figura 7	Foto de Visita domiciliar a usuário com HAS /ou DM na área	44
Figura 8	Foto da Caminhando pelas ruas na busca dos faltosos	44
Figura 9	Foto do Atendimento na comunidade	45
Figura 10	Foto do Atendimento na comunidade	45
Figura 11	Gráficos 1: Cobertura de usuários com HAS do programa de hipertensão e diabetes	47
Figura 12	Gráficos 2: Cobertura de usuários com DM do programa de hipertensão e diabetes	47
Figura 13	Gráficos 3: Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	48
Figura 14	Gráficos 4: Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	49
Figura 15	Gráficos 5: Proporção de usuários com HAS como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 16	Gráfico 6: Proporção de usuários com DM como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 17	Gráficos 7: Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	51

Figura 18	Gráficos 8: Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	51
Figura 19	Gráficos 9: Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	52
Figura 20	Gráficos 10: Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	53
Figura 21	Gráficos 11: Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento	54
Figura 22	Gráficos 12: Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento	54
Figura 23	Gráficos 13: Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	55
Figura 24	Gráficos 14: Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	56
Figura 25	Gráfico 15: Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 26	Gráfico 16: Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Macapá
DM -	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino a Distância
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT -	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus de imunodeficiência humana
IMC -	Índice de massa corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo de Útero
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da família
VD	Visitas Domiciliares

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística.....	34
2.3.4 Cronograma.....	36
3 Relatório da Intervenção.....	37
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	42
4 Avaliação da intervenção.....	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	57
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	59
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	62

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	64
Referências	66
Anexos	67

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade Básica de Saúde Infraero II do município de Macapá/AP.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de junho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Leyanit Vasallo, atualmente encontro-me trabalhando numa Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na periferia da cidade de Macapá/AP, UBS Infraero II é de fácil acesso, na mesma trabalham duas equipes de saúde da família (ESF). Conta com uma sala de recepção, uma farmácia, uma sala de vacinação e dois consultórios, onde trabalham também os médicos que atendem na UBS.

Nossa equipe está composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico, não temos odontologista; prestamos assistência a uma população de 4000 pessoas, porém ainda estamos precisando mais ACS para cobertura de toda nossa comunidade. Minha agenda é dividida em dias específicos para cada grupo populacional como: HAS e DM, puericultura, pré-natal, geral e demanda espontânea, além disso, realizo visitas domiciliares (VD) semanal aos pacientes que necessitam de atendimento e em conjunto com a equipe realizamos atividades educativas na comunidade. Para o desenvolvimento de nosso trabalho temos os elementos básicos necessários, mas precisamos ampliar o local, muitas vezes coincidem vários médicos na UBS e não tem consultórios suficientes; não obstante toda nossa equipe está trabalhando junto para realizar uma melhor atenção de saúde a essa população que merece. Como a assistência que prestamos baseia-se nos princípios do SUS (equidade, universalidade, participação social, descentralização, resolutividade, etc.). A gestão em saúde realiza-se a diferentes níveis, nós como UBS estamos começando a trabalhar com a comunidade, através de atividades de promoção e prevenção implementadas ao nível de conhecimento da população, promovendo educação e modificando os estilos de vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município Brasileiro localizado no Estado do Amapá e conta com uma população de 437 256 habitantes (IBGE), têm 23 UBS e cinco módulos de Unidade Saúde da família (USF) localizados no bairro Araxá, Brasil Novo, Infraero I, Santa Rita e Curiaú, totalizando temos 72 equipes de saúde da família. A estratégia conta com o apoio do NASF com um quantitativo de oito equipes, também quatro equipes para o serviço de atenção domiciliar e 44 equipes odontológicas. A rede hospitalar de referencia é o hospital de Emergências e o Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, a rede de laboratório é insuficiente para o município, contamos com Serviço de Atenção as Urgências Médicas (SAMU).

Atualmente estou trabalhando numa UBS tradicional (urbana), localizada na zona norte na cidade de Macapá, denominada UBS Infraero II, de fácil acesso, apesar de estar na periferia, à mesma atende uma população de aproximadamente 12000 habitantes. Somos duas ESF e uma equipe do NASF, existe uma população usuária sem cobertura por ESF na UBS, que é de aproximadamente 4000 pessoas. A população em geral, antes da nossa chegada, estava carente de atenção básica. Esta UBS está vinculada ao SUS, com as instituições de ensino em docência para a formação das técnicas de enfermagem. As ESF estão compostas por duas técnicas de enfermagem, uma *enfermeira*, nove ACS, não temos odontologista, prestamos assistência a uma população de aproximadamente 4000 pessoas por equipe, porém ainda estamos precisando mais agentes comunitária de saúde para cobertura de toda nossa área adstrita. Esta UBS foi inaugurada há 13 anos.

A estrutura desta UBS está muito diferente da preconizada pelo manual de estrutura da UBS, existe pouca disponibilidade de consultórios, às vezes, temos que esperar que outro profissional atendesse sua consulta para começar a nossa. Falta sala de nebulização muito necessária para o tratamento dos usuários asmáticos da área, não temos sala de esterilização ocasionando dificuldades para os procedimentos médicos e de enfermagem, não existem banheiros para as pessoas portadoras de deficiências. As portas de acesso à UBS apresentam barreiras arquitetônicas, não dispõe de cadeiras com rodas para os mesmos, não tem sala para a realização de reuniões, nem conexão com internet. A UBS conta com muitas

necessidades e limitações, ficando longe da população atendida dificultando o acesso dessas pessoas para a adequada atenção de saúde e para os usuários com deficiências físicas, motoras, visuais, etc. pela distância e irregularidades do terreno de acesso à UBS. A população de idosos está aumentando e devemos preparar-nos para o atendimento adequado a esta faixa etária. Todos os problemas que temos na estrutura da UBS afetam diretamente o processo de trabalho, porque necessitamos um espaço amplo para atendimento dos usuários em situações especiais. Os problemas são levados para os membros do Conselho de saúde da comunidade, mas não temos respostas ainda, entre as prioridades de nosso trabalho está em resolver esta problemática, já que afeta o bom desenvolvimento da atenção básica na comunidade. A mesma limita o acesso destes usuários à UBS, que são a maior demanda que atualmente temos. A UBS tem uma sala de recepção, uma farmácia, uma sala de vacinação, uma de curativo, dois banheiros para os usuários, uma copa.

Realizamos em equipe atividades educativas na comunidade, trabalhando juntos para realizar uma melhor atenção de saúde a população. A gestão em saúde é realizada em diferentes níveis, nós como UBS estamos começando a trabalhar com a comunidade, através de atividades de promoção e prevenção implementadas ao nível de conhecimento da população, promovendo educação e modificando os estilos de vida.

Em relação à disponibilidade e suficiência de equipamento e instrumentos, na UBS não há telefone próprio, microcomputador, nem impressora para poder auxiliar-nos no trabalho diário e para impressão dos documentos necessários para o trabalho. Os ACS não dispõem dos equipamentos necessários para a realização das atividades, como balanças, filtro solar, não temos meios de locomoção para realizar as VD, sendo a UBS longe dos nossos usuários. Temos muitos medicamentos em falta na farmácia, os usuários não tem acesso a exames laboratoriais na própria UBS, só teste de malária, teste rápido de HIV e Sífilis, são dificuldades que afetam de alguma forma nosso trabalho.

Na UBS realizamos um trabalho em equipe para que todos os profissionais participem do mapeamento da área de abrangência e podendo opinar, enriquecendo o trabalho, corrigindo os erros, resolvendo-os. Os ACS conhecem muito bem sua área de abrangência facilitando o intercâmbio, avaliação e discussão sob os problemas de saúde que afetam a nossa população adstrita, fazendo o diagnóstico

de situações novas. Atualmente nossa equipe está prestando assistência médica todos os dias, diferença de épocas anteriores que não tinham médicos ou enfermeiras. Estamos realizando reuniões onde cada um dos profissionais da equipe propõe projetos para melhorar a atenção à saúde, realizamos VD, atenção a grupos em conjunto com o NASF aos idosos, usuários com HAS e/ou DM.

Na UBS realizamos assistência médica de manhã e a tarde, nos casos de demanda espontânea, agendamento de consultas, que acontecem na UBS. Estruturamos o atendimento para realizar semanalmente uma ação programática por dia (hipertensão/diabetes, puericultura, pré- natal) e os demais dias com clínica geral, os idosos são atendidos de forma sistemática e a coleta de Prevenção do câncer de colo de útero (PCCU) é feita todas as quinta e sextas- feiras, assim organizando o serviço diminuindo o excesso da demanda espontânea. Fazemos atividades de promoção e prevenção de saúde, VD a população adstrita. Também temos uma importante demanda espontânea da população, pertencentes a nossa UBS sem cobertura da ESF. Eu acho que deve haver a melhora do fluxo de informação dos hospitais com a atenção básica e trabalharmos em conjunto para melhorar os indicadores de qualidade.

O atendimento a saúde da criança é realizado pelas ESF, através das VD, visitamos sobre tudo aos menores de um ano e aqueles maiores que sofrem doenças graves ou com alguma deficiência, os demais atendimentos são realizados nas consultas, dando ênfase nas consultas de puericultura onde são trazidos pelos pais com a caderneta de saúde da criança. Consideramos que estamos trabalhando para melhorar a atenção à saúde da criança, faltando muito, porque há muitas mães que não levam a seus filhos a consulta de rotina de puericultura, levando- os somente quando estão doentes. Nossa população estimada é de 3000 crianças, temos cadastrados 126 crianças menores de um ano (50%) e 332 crianças menores de cinco anos, sendo preenchidas as cadernetas das crianças, mas não temos fichas espelhos, o registro é feito nos prontuários.

O acompanhamento às mulheres no pré- natal e no puerpério esta melhorando, realizamos consulta programadas semanalmente, são orientadas e agendadas as próximas consultas, mas ainda temos dificuldades com a captação precoce destas no primeiro trimestre, antes das 12 semanas. Há muitas que não realizam a consulta sistematizada, sobretudo por dificuldades na realização dos exames indicados, porém há muito trabalho para fazer por todos os profissionais. Eu

faço uma avaliação satisfatória, acompanhamos as púerperas após sua alta hospitalar, realizamos a VD de sete dias a aquelas púerperas que pertencem às áreas de abrangência das equipes da UBS. Fazemos o acompanhamento até os 45 dias do puerpério. No processo de trabalho podemos melhorar a captação precoce das gestantes, pois muitas vezes o mesmo é iniciado no segundo trimestre da gravidez. Orientando que em todas as consultas tragam, pela gestante, os exames requisitados, necessários para fazer uma atenção qualificada. As ações de atenção às gestantes estão estruturadas de forma programática e adotamos o protocolo e o manual técnico do MS, realizamos também o monitoramento mensal destas ações. O número estimado de gestantes é de 180, temos cadastradas 65 (36%), o registro é através dos prontuários e todas tem cartão da gestante, este atendimento é realizado pelas enfermeiras e médicos.

Em relação ao PCCU e controle de câncer de mama, esta assistência é realizada com a participação dos integrantes da equipe em geral, todas as quintas e sextas- feira é realizada as coletas de PCCU. Os ACS estão recadastrando as mulheres entre 25-64 anos. Pelas ações de promoção de saúde estamos aumentando o número de mulheres que acessam a UBS para realizar o PCCU, assim como os exames clínicos de mamas e mamografia, a maioria ainda não compreende a importância dos exames e por isso não realizam, outras vezes, tornando muito difícil a realização das mamografias, porque a disponibilidade de vagas é pouca. Eu acho que pode ser melhorada a informação a toda população da importância de fazer o PCCU nas VD, nos trabalhos em grupo, nas salas de espera para a prevenção do câncer de colo de útero. Nós temos registrado as mesmas, na UBS, em livro de registro especial para este fim, onde damos seguimento de mulheres com exames alterados, destas últimas, temos um registro especial para o seguimento dos casos e para realizar um bom acompanhamento. Todas as ações estão estruturadas de forma programática, seguimos o protocolo ou manual técnico do MS e realizamos monitoramento regular destas ações, nesta tarefa participam os diferentes membros da equipe de saúde. A estimativa desta faixa etária é de 2542 mulheres entre 25-64 e 524 entre 50-69; cadastradas 2517 (99%) e 482 (92%) respectivamente; temos ficha espelho para melhor registro do atendimento e as mesmas são orientadas sobre a importância de fazer os exames periódicos, sobre a realização do autoexame de mamas e exame anual pelo profissional médico e/ou enfermeiro.

Em relação à atenção aos usuários com HAS e/ou DM, os usuários cadastrados 1200 (57%) usuários com HAS e 400 (66%) usuários com DM] recebem um adequado controle e seguimento, sendo este estruturado de forma programática. Sugiro melhorar a avaliação dos mesmos, por parte de outros níveis de atenção pela importância de uma atenção integral. Sem uma boa avaliação multiprofissional (nutricionista, psicólogo, endócrino, odontólogo, etc.) não há uma boa atenção, não havendo melhoramento do estado de saúde dos mesmos. Nossa cobertura é pequena, faltam captar mais usuários com HAS e/ou DM para realizar um adequado controle desta doença em nossa área de abrangência. Trabalhamos diariamente, realizando ações de promoção e prevenção de saúde com a população, fazemos planejamento e monitoramento regular mensal destas ações participando todos os membros da equipe de saúde. A população estimada é de 2114 usuários com HAS e 604 usuários com DM, a qual é registrada através dos prontuários, não existem fichas espelho, o atendimento é realizado pelas equipes, lembrando que existe população da UBS sem cobertura de ESF/ACS.

Na nossa UBS os idosos são atendidos nas consultas e nas VD, onde participam todos os membros da equipe de saúde além dos integrantes do NASF. São realizadas ações de promoção para uma alimentação saudável, exercícios físicos, imunizações e avaliação da visão, audição, movimentação, vacinação, participação social e capacidade funcional. Sugiro que deve ser ampliada esta atenção com outros especialistas como odontólogos, geriatras, psiquiatras etc. que podem realizar uma avaliação especializada neste acompanhamento. O atendimento a saúde dos idosos está estruturada de forma programática, diariamente, sem o uso de protocolo. Existem dificuldades com as cadernetas dos idosos já que não estão disponíveis na UBS. A população estimada é de 614, cadastrados 456 (74%), o registro é feito através dos prontuários.

Sobre a atenção à saúde bucal na nossa UBS, existem muitas dificuldades, não existe este serviço, as pessoas tem que recorrer a outras UBS para receber a atenção odontológica, não obstante realizamos nas consultas uma avaliação integral do usuário incluindo o exame bucal e se necessário encaminhamos o mesmo para o odontólogo. Achamos que este serviço é prioridade para nossa população, reivindicamos e aguardamos este profissional disponível em nossa UBS o mais breve possível.

Sugiro Planejamento Estratégico para a melhoria da atenção aos usuários, realizei o mesmo para a UBS levando em conta o preenchimento dos questionários e do caderno de ações programáticas, são eles:

1º. Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas (Hipertensão e Diabetes e outras), busca ativa, sensibilização de usuários e seu familiares na utilização regular das medicações, mudanças dos estilos de vida, hábitos saudáveis e avaliação.

2º. Atenção Integral à Saúde da Mulher, das Crianças e do Homem.

3º. Promoção e Vigilância em saúde com atenção especial ao combate a dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatites virais, doenças diarreicas e HIV.

4º. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, com doenças crônicas e portadores de deficiências físicas e mentais.

5º. Atenção Integral à Saúde do Adolescente e enfrentamento da dependência de drogas e alcoolismo.

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

No início de nosso trabalho tínhamos muitas dúvidas e expectativas. Hoje já transcorrido um período de trabalho onde muitas delas não são mais expectativas e sim, tarefas que com amor e muito empenho, realizamos a melhoria, e outras na luta por ser cumpridas em sua totalidade com a participação dos membros da equipe. Na atualidade, adquiri conhecimento sobre a UBS, sua organização, conhecimento sobre os protocolos preconizados do MS nos diferentes programas da atenção básica, ou seja, estamos mais preparados para realizar nosso trabalho diário.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM constituem na atualidade um importante problema de saúde em todo o mundo, sendo ainda, um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica, sendo nosso trabalho na atenção primária um elemento primordial para ajudar no controle dos portadores de HAS e DM e evitando complicações (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). No serviço da Atenção Básica, estes agravos representam uma das problemáticas mais comuns que as equipes de saúde enfrentam e, portanto existindo dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (OLIVERIA et al., 2002; SHARMA et al., 2004; GRANDI et al., 2006; MARQUEZ CONTRERAS et al., 2007; BONDS et al., 2009; OGLEDEGBE, 2008).

Localizada na periferia da cidade de Macapá, a UBS Infraero II é uma UBS tradicional urbana longe de sua população adstrita dificultando o acesso dessas pessoas. Sua estrutura física conta com muitas necessidades e limitações, com pouca disponibilidade de consultórios, não está adaptada às normas do manual 36 e 37 do MS, 2013 não temos acesso à internet. Somos duas ESF e uma equipe de NASF, temos uma população usuária sem cobertura, não temos equipe de odontologia. Nossa população estimada é de 12.000 habitantes. A ESF consta com os profissionais preconizados pelo MS, mas com insuficiência de ACS.

Nossa população alvo é estimada em 2114 usuários com HAS e 604 usuários com DM, temos uma cobertura aproximada de 57% dos usuários com HAS e 66% dos usuários com DM, mas o acompanhamento integral com registros confiáveis dos usuários é inexistente, já que as equipes com anterioridade estavam sem médicos e enfermeiras, além de que existe população da UBS sem cobertura de ESF/ACS. Realizamos o seguimento de forma programática, realizando ações de promoção,

prevenção de saúde, grupos e atividades educativas na comunidade, todos os profissionais planejam o atendimento. A maioria dos usuários com HAS e/ou DM da área adstrita está sem um adequado controle, com exames que não foram realizados de acordo com o protocolo.

Há necessidade de uma intervenção nesta ação programática na UBS, organizando e qualificando a assistência, promoverá resultados favoráveis para a comunidade, já que a primeira intenção é identificar as pessoas portadoras, organizar o trabalho de equipe, com fins de ter um controle mais restrito sobre nossa população, e desta forma melhorar a saúde de nossos usuários, realizando a busca ativa nos indivíduos maiores de 20 anos com envolvimento de toda a equipe nesta tarefa.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e DM na UBS Infraero II, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 10 % dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS **Meta 1.2** Cadastrar 10% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

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

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

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM

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

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

dos usuários com DM.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção a ser realizada por meio da estruturação dos serviços ofertados com adoção de protocolo, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos usuários com HAS e DM da área de abrangência da UBS Infraero II, situado no município de Macapá- AP por um período de 16 semanas.

Para levantamento dos dados e consolidação dos mesmos, será utilizado o banco de dados do SIAB, prontuários, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados e ficha-espelho, fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

2.3.1 Detalhamento das ações

Para alcançar os objetivos propostos foram traçadas ações, detalhadas a seguir, organizadas por eixo pedagógico: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

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

Manteremos o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM segundo programa da UBS.

Responsável: ACS em parceria com toda a equipe.

Organização e gestão do Serviço

Manteremos sistematicamente o registro dos usuários com HAS e/ou DM. Continuaremos realizando ações para a melhoria do acolhimento aos usuários com hipertensão e diabetes.

Coordenaremos juntamente com a secretaria de saúde a garantia da disponibilidade e manutenção dos equipamentos necessários para tomada de Pressão Arterial (PA) e Hemoglicoteste (HGT).

Responsável: Técnicas de Enfermagem, Enfermeira, Gestor.

Engajamento Público

Manteremos informando a população sobre a existência do programa de HAS e DM na UBS. Aumentaremos o nível de conhecimento da comunidade em relação à importância da medida da PA a partir dos 18 anos. Manteremos a educação em saúde na comunidade sobre associação de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Rastreamos mediante HGT a presença de glicemias alteradas em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Implementaremos medidas que priorizem a educação em saúde, com o objetivo de orientar a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Responsável: Técnicas de Enfermagem, ACS.

Qualificação da prática clínica

Facilitaremos capacitação aos ACS sobre cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM.

Facilitaremos capacitação sobre correta verificação da PA e realização do HGT para os membros da equipe.

Responsável: Enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

Avaliação da realização de exames clínicos apropriados os usuários com HAS e/ou DM.

Manteremos o controle sistemático dos usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados e a periodicidade estabelecida de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Priorizaremos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

Responsável: Médico

Organização e Gestão do Serviço.

Definiremos em reunião de equipe as atribuições de cada profissional da equipe no exame clínico de usuários com HAS e/ou DM.

Garantiremos com a coordenação e o gestor da UBS a capacitação dos profissionais. Assim como a disponibilidade do protocolo atualizado e impresso na UBS.

Manteremos a solicitação dos exames complementares. Viabilizaremos junto ao gestor municipal a parceria com outras UBS do SUS para a realização dos exames laboratoriais definidos no protocolo.

Trabalharemos em conjunto com as farmacêuticas da UBS no programa de HAS e DM para ter um registro das necessidades de medicamentos dos mesmos bem como do controle de sua validade.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Engajamento Público

Realizaremos ações de promoção e prevenção de saúde para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM.

Realizaremos educação em saúde na comunidade com o objetivo de esclarecer a importância da realização de exames laboratoriais, assim como a importância da periodicidade destes.

Oferecemos informações à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular.

Responsável: Médico, Enfermeira em parceria com toda a equipe.

Qualificação da Prática clínica

Facilitaremos cursos de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado.

Manteremos sistematicamente a atualização dos profissionais.

Capacitaremos aos integrantes da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Responsável: Médico e Enfermeira.

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

Monitoramento e Avaliação

Manteremos avaliação do controle dos usuários do programa HAS/DM em relação a cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Responsável: Enfermeira e Técnicas de Enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

Continuaremos e intensificaremos a realização das VD na busca dos faltosos, assim como agendar os mesmos para consulta na UBS de acordo com sua preferência. Como temos já estabelecido.

Responsável: ACS.

Engajamento Público

Garantiremos informação à comunidade e aos portadores de HAS e DM sobre a importância de realização das consultas, sobre a periodicidade das mesmas para a realização das consultas, possibilitando assim o controle.

Responsável: Toda a Equipe.

Qualificação da Prática clínica

Realizaremos cursos de treinamentos os ACS, para que recebam orientações que facilitem seu trabalho de orientação os usuários com HAS e/ou DM.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Monitoramento e Avaliação

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

Responsável: Médico, Enfermeira e Técnicas de Enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

Aperfeiçoaremos o sistema de registro, para manter as informações do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB) atualizadas e o registro das informações coletadas, pela equipe.

Realizaremos de forma sistemática o registro específico de acompanhamento.

Responsável: Enfermeira.

Engajamento Público

Garantiremos e ofereceremos aos usuários e a comunidade orientações precisas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Responsável: Toda a Equipe.

Qualificação da Prática clínica

Garantiremos o treinamento da equipe no correto preenchimento dos registros, ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas para acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM.

Responsável: Médico e Enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

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

Organização e Gestão do Serviço

Manteremos e aperfeiçoaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Garantiremos adequada organização da agenda, para atendimento desta demanda.

Responsável: Médico e Enfermeira.

Engajamento público

Aperfeiçoaremos e manteremos ações, com o objetivo de orientar os usuários quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular para evitar possíveis complicações.

Aperfeiçoaremos as ações de educação em saúde encaminhadas a esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a alimentação.

Responsável: Técnicas de Enfermagem e ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Realizaremos cursos de capacitação para toda a equipe em conjunto para adquirir os conhecimentos adequados referentes à estratificação de risco segundo o

escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e nas estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Responsável: Médico.

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

Monitoramento e Avaliação

Avaliaremos os usuários com HAS e/ou DM sem a realização de risco cardiovascular.

Manteremos as orientações sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e/ou DM.

Responsável: Médico em parceria com toda a equipe.

Organização e Gestão do Serviço

Promoveremos aos usuários as consultas periódicas anuais com o dentista.

Planejaremos estratégias para oferecer o atendimento deste grupo priorizado pelo serviço de odontologia nas consultas periódicas anuais.

Aperfeiçoaremos as orientações nutricionais aos usuários com HAS e/ou DM.

Aperfeiçoaremos as orientações para atividade física regular aos usuários com HAS e/ou DM.

Priorizaremos o atendimento odontológico para este grupo prioritário.

Realizaremos junto ao gestor da UBS ações de parceria, para facilitar ofertas de consultas com o dentista para estas pessoas.

Estabeleceremos as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Manteremos as atividades de promoção de saúde para oferecer orientações sobre alimentação saudável.

Promover a inserção da nutricionista no trabalho da equipe no atendimento dos usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Realizaremos junto a gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos na orientação de atividades física para os usuários e a comunidade.

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

Responsável: Gestores, Equipe do NASF, Enfermeira.

Engajamento Público

Mobilizaremos aos líderes formais e não formais da comunidade com o objetivo de promover parcerias na comunidade, para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizaremos a comunidade junto aos gestores municipais para promover e garantir a disponibilização do atendimento com dentista.

Garantiremos a orientação a nossos usuários com HAS e/ou DM e seus familiares, em relação à importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e existência de tratamentos para abandonar o tabagismo.

Responsável: Gestores, NASF, Equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Realizaremos capacitações para toda a equipe sobre a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e/ou diabético, a práticas de alimentação saudável, a metodologias de educação em saúde, a promoção da prática ao tratamento de usuários tabagistas.

Responsável: Médico e Enfermeira, NASF.

2.3.2 Indicadores

Para monitorar o alcance das metas foram elencados indicadores para cada meta proposta, conforme descrito a seguir:

Relativa ao Objetivo 1:

Meta 1.1 Cadastrar 10% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 10% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS.

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

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

Relativa ao Objetivo 2:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 3:

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

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

Numerador: Número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa **Denominador:** Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Relativa ao Objetivo 4:

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS

Relativa ao Objetivo 5:

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 6:

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na melhoria da atenção ao usuário com HAS e DM vamos adotar o Caderno de Atenção Básica, Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, Nº 36 e 37, Brasília- 2013. Utilizaremos a ficha de cadastro dos usuários do programa e os prontuários. A ficha não prevê a coleta de informações sobre estratificação de risco cardiovascular, exames realizados, acompanhamento de saúde bucal. Assim para poder coletar todos os dados necessários, o médico e o enfermeiro, possuem apontes de compilações feitas, para

arrumar melhor os dados, mas não chega ser uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 10% dos usuários cadastrados no programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS.

Para organizar o registro específico, a enfermeira vai revisar junto às técnicas de enfermagem, todos os prontuários e fichas de cadastro e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho disponibilizadas pelo curso (Anexo C). Realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação em relação às consultas atrasadas, exames clínicos e laboratoriais atrasados, estratificação de risco, acompanhamento da saúde bucal.

A análise situacional e a definição de o foco para a intervenção foram analisadas entre todos os membros da equipe, iremos começar a intervenção com a capacitação da equipe sobre os protocolos do MS para o programa de HAS e DM, sobre acolhimento. A mesma será realizada no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe, com a participação ativa de todos.

A organização do acolhimento, dos usuários na UBS, se realizada pelas técnicas de enfermagem. As consultas de acompanhamento serão agendadas e ao sair conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem a UBS precisando rápido atendimento serão priorizados, igualmente aqueles cadastrados pelos ACS nas VD.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, na escola da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle dos fatores de risco dos agravos crônicos, da importância do acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, das periodicidades das consultas, promovendo, além disso, a participação comunitária nas modificações dos estilos de vida.

Com uma frequência semanal, a enfermeira examinará as fichas espelhos. Identificando aqueles que com consultas, exames laboratoriais, atendimento à saúde bucal, atrasados. Os ACS farão a busca ativa dos faltosos. Temos previsto ao iniciar a intervenção realizar aproximadamente vinte ou mais atendimentos semanais de usuários com HAS e/ou DM, tendo em conta que sempre existirão vagas para os casos de demanda espontânea.

Ao final de semana, as informações coletadas na ficha espelho serão preenchidas na planilha eletrônica para coleta de dados, disponibilizada pela UFPEL (Anexo B).

3 Relatório da Intervenção

Ao finalizar as atividades nas 16 semanas planejadas da intervenção, segundo o cronograma do projeto com o objetivo de Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e DM. A intervenção ocorreu dentro dos meses de novembro/2014 a fevereiro/2015, na UBS Infraero II, em Macapá/AP.

A seguir irei descrever as ações realizadas de acordo com o eixo pedagógico.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Eixo monitoramento e avaliação

Semanalmente monitoramos as fichas espelhos e o preenchimento da planilha de coleta de dados dos usuários cadastrados no programa, onde identificávamos os usuários que ficavam com atraso nas consultas, com exames complementares, sem estratificação de risco, além disso, monitorávamos as informações na ficha espelho. Também aproveitávamos para organizar na agenda da enfermeira e do médico, as VD dos usuários com HAS e/ou DM e repassávamos para os ACS, os faltosos. Os medicamentos prescritos também eram monitorados quanto a sua prescrição, validade e existência na UBS.

O cadastramento dos usuários aconteceu sistematicamente com apoio dos líderes da comunidade, na busca ativa, através das VD dos profissionais das ESF e nas consultas realizadas na UBS.

As consultas eram monitorizadas de acordo com a periodicidade prevista no protocolo, bem como as orientações para promoção da saúde. Monitoramos os usuários com a realização da estratificação de risco.

Organização e gestão do serviço

O trabalho da equipe foi com muita qualidade e compromisso para atingir um sistema de registro que viabilize situações quanto a não realização de consultas, exames, estratificação de risco, avaliação de órgão alvo, incluindo a atenção bucal.

Organizamos a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares. Os atendimentos clínicos dos usuários, foi um dos aspectos mais importantes do cronograma na realização deste projeto, planejamos as consultas três vezes na semana. Foram avaliados os portadores de HAS e DM de uma forma integral, onde se explicava a importância de tomar os medicamentos diariamente e da assistência à consulta. Orientávamos sobre uma alimentação saudável, da prática de exercícios físicos, de evitar hábitos tóxicos como o tabagismo, sedentarismo, realizando a estratificação de risco cardiovascular, solicitando os exames complementares correspondentes. Orientávamos sobre a importância da saúde bucal e a necessidade de avaliação odontológica. Saindo das consultas com o próximo controle planejado, verificamos sistematicamente a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS.

Importante mencionar que ao iniciamos a intervenção não existia nenhuma ficha espelho dos usuários com HAS e/ou DM confeccionada, nenhum registro dos mesmos. Introduzimos no trabalho diário e conscientização dos membros da equipe sobre a importância do registro, fazendo uso de nossos próprios recursos, confeccionamos uma quantidade que não foi suficiente para todos os cadastrados, apresentamos dificuldades especificamente no segundo mês. Com a experiência acumulada deste trabalho acredito que faltaram ações que poderiam ser realizadas (áreas descobertas, sem laboratório, sem dentista, sem materiais ou insumos), mas não tivemos oportunidade para realizar, já que não tivemos uma boa retroalimentação dos gestores para obter os recursos.

Foi muito importante para o bom desenvolvimento, deste trabalho, definir com clareza as atribuições de cada membro da equipe, facilitando que cada profissional na sua atuação, ajudando nas prioridades segundo sua patologia clínica. Além disso, garantimos com o gestor da UBS, a capacitação de todos os profissionais e o local desta capacitação com os respectivos protocolos e atualização dos mesmos. Uma das ações necessárias foram as parcerias com o gestor municipal para a realização dos exames dos usuários nas outras UBS do SUS, já que minha UBS não tem laboratório, viabilizando este procedimento, sendo realizada sempre a solicitação dos exames de acordo com os protocolos adotados. Quero relatar da

beleza e satisfação de contar com o apoio de outros profissionais como a nutricionista, as farmacêuticas que aderiram ao projeto, sendo de grande valor sua colaboração. As sextas-feiras realizamos atividades de grupo com a equipe do NASF da UBS, oferecendo dicas sobre estilos de vida saudável, alimentação adequada, e na fomentação da prática de atividades físicas, abandono de tabagismo, entre outras.

Engajamento Público

Receberam orientações sobre os fatores de risco que incide em suas doenças como dietas inadequadas, tabagismo, sedentarismo, obesidade. Também fizemos palestras para orientar e capacitar a população em geral na comunidade e acompanhamento regular. Foram realizadas na UBS e em sua maioria na comunidade, organizadas pelos ACS e líderes da comunidade nas diferentes micro-áreas da área de abrangência da UBS, semanalmente, tínhamos esse contato com eles, onde participaram os membros da equipe e em ocasiões os profissionais do NASF.

Sempre a população manteve-se bem informada, sendo a informação prioridade para nossa equipe. A informação correta à comunidade trouxe benefícios importantes para evitar fatores de risco e ajudarmos a melhorar o controle das mesmas, além disso, a ênfase na avaliação da PA a partir de 18 anos, e rastreamento mediante HGT foram essenciais na busca ativa dos usuários da população alvo. É importante cada vez que assistimos usuários do programa de hipertensão e diabetes, como fizemos durante o desenvolvimento da intervenção, planejarmos todos os tipos de ações e atividades encaminhadas a favorecer a qualidade de vida destas pessoas. A programação sistemática de atividades de educação em saúde com o objetivo de orientar os mesmos não faltou. Esclarecemos dúvidas de como conviver com seus agravos crônicos, quais os sinais e sintomas de quando estão descompensados e suas possíveis complicações. Foi abordada em todos os encontros, a importância do acompanhamento regular, a prioridade do acesso aos medicamentos da farmácia popular, etc.; sempre contando com a mobilização dos líderes comunitários para o desenvolvimento destas atividades.

Qualificação da Prática Clínica

Trabalhamos na capacitação das equipes da UBS sobre os protocolos do MS para o programa de hipertensão e diabetes, atribuições de cada membro, preenchimento do registro, acolhimento dos usuários, educação em saúde, entre outros aspectos, a qual foi feita pelo médico e enfermeira da equipe com acompanhamento das técnicas de enfermagem e os ACS. Durante este tempo os profissionais de saúde da UBS mostraram-se muito interessados pelas questões e ações que foram desenvolvidas. Realizamos exercícios práticos sobre medida de PA e realização de HGT, com o objetivo de lograr os objetivos e metas do projeto de intervenção. Toda a equipe adquiriu em conjunto os conhecimentos adequados para fazer um bom trabalho na intervenção, referentes à periodicidade das consultas, estratificação de risco, verificação de PA e realização de HGT, da importância da busca dos faltosos e das atividades na promoção de saúde relacionados com os fatores de risco.

Foram capacitados os profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos do MS sobre a atenção aos usuários com HAS e/ou DM, também capacitamos a equipe sobre as atribuições de cada membro, e acolhimento dos indivíduos para a consulta deste agravo na UBS, assim como sobre preenchimento do registro, estratificações de risco, entre outras. As mesmas aconteciam semanalmente segundo o cronograma, na UBS e em outros locais organizados pela equipe, fazíamos leitura dos temas referentes à intervenção, além de debater entre todos os aspectos mais importantes, esclarecendo as dúvidas que apareciam.

Eu acredito que uns dos elementos mais positivos e alentadores desta intervenção foram que tanto os usuários faltosos as consultas, (que receberam busca ativa), e outros que não cumpriam o tratamento com medicamentos, aderiram ao tratamento, indo as consultas, conhecem os fatores de risco que são modificáveis, com as mudanças do estilo de vida, e compreenderam a importância do atendimento e controle das mesmas, sabem que na UBS está sendo implementado o programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM e que todos os usuários com estes agravos devem dirigir a UBS para serem acompanhados pela equipe. Outro aspecto positivo deste projeto foi para a equipe o mesmo ganho, isto é, organização para enfrentar outros trabalhos, estreitando novos vínculos com participação ativa da comunidade e líderes comunitários. Estou muito feliz de trabalhar com esta equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As dificuldades ao começo não foram poucas, mas com o desejo de todas as pessoas que de uma forma ou outra estiveram aderindo a este trabalho planejado, como membros da equipe, profissionais da saúde, etc. Estas dificuldades desenvolver as ações propostas, pouco a pouco, semana pós semana foram convertendo-se de sonhos em realidade, todos sabiam o que tinham que fazer em cada momento, e com o apoio das comunidades e líderes do bairro os obstáculos foram resolvendo-se gradualmente.

Uma das dificuldades que afrontamos desde o começo da intervenção é com a consulta de odontologia, no posto não temos atendimento odontológico, isto sempre tem sido um problema a enfrentar, os casos são encaminhados a outras UBS do SUS, onde prestam este serviço que fica distante. Durante um curto período existiu uma UBS móvel de odontologia, mas não foi suficiente para as necessidades da população, também em nossa UBS não temos laboratório pra coleta dos exames. A população tem que assistir ao hospital ou as outras instituições que fazem, representando sempre um nível de dificuldade.

Outra dificuldade que apresentamos ao início da intervenção foi para imprimir as fichas espelhos, iniciamos o projeto com poucas fichas, mas juntamente com o gestor da UBS e a equipe conseguimos imprimir as mesmas.

Apesar de nosso esforço juntamente com o diretor da UBS em reivindicar aos gestores municipais a garantia de recursos matérias imprescindíveis para a medida de PA e verificação de glicose por meio do HGT, pois apresentamos déficit na quantidade necessária das fitas.

Por último dentro das dificuldades que ainda persiste e que enfrentamos diariamente em nosso trabalho na UBS, é referente à contra referência, o seja, quando temos fazer uma referência a determinado usuário por estar descompensados em seu agravo, caso que nos preocupa, nunca recebemos alguma folha ou documento que informe que o usuário está retornando para o acompanhamento na UBS/ESF.

Na UBS somos duas ESF, sempre tivemos parceria no trabalho a desempenhar, na busca dos faltosos, na coordenação de atividades para educação em saúde, nas ações realizadas. Mas a maior dificuldade aconteceu com os

usuários de áreas descobertas pelas ESF/ACS e que recebem também atendimento na UBS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção nem fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores. O preenchimento dos dados nas fichas espelhos foi realizado pela equipe com qualidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a finalização do projeto, alcançamos também uma etapa de superação, para todos os profissionais da equipe, através das diferentes ações desenvolvidas.

As experiências acumuladas com certeza vão ser de grande utilidade para dar continuidade ao trabalho iniciado em nosso dia a dia, agora estamos capacitados para oferecer um melhor atendimento a nossa comunidade. A população em geral recebeu atividades de promoção de saúde encaminhadas a aumentar seu nível de conhecimento em relação aos fatores de risco destes agravos crônicos, frequentes a nível mundial. A importância da periodicidade das consultas, da realização dos exames, da alimentação adequada, da prática de exercícios físicos, dos cuidados odontológicos, sabem da existência do programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus na UBS e a importância do acompanhamento para evitar complicações. Acreditamos que todo o atendimento realizado na intervenção já faz parte da rotina no serviço com o objetivo fundamental que é a promoção e prevenção da saúde.



Figura 2: Capacitação dos profissionais de saúde sobre os protocolos do MS sobre atenção aos usuários HAS e/ou DM.



Figura 3: Capacitação dos profissionais sobre acolhimento dos usuários.



Figura 4: Realizando palestras educativas a nossa comunidade na UBS.



Figura 5: Atendimento clínico na UBS.



Figura 6: Realizando atividades de promoção de saúde na comunidade



Figura 7: VD a usuário com HAS e/ou DM na área.



Figura 8: Caminhando pelas ruas na busca dos faltosos.



Figura 9: Atendimento na comunidade



Figura 10: Atendimento na comunidade

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção aconteceu na cidade de Macapá/AP, na UBS Infraero II, localizada na zona norte da cidade, no período compreendido de novembro/2014 a fevereiro/2015. Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM tomamos em conta o Caderno de Atenção Básica, Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, nº 36 e 37, Brasília 2013.

Não tínhamos o número real da população da área adstrita, logo não era conhecido o número total de usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos residentes na área adstrita à UBS, porém tomando como base a estimativa nacional, deveríamos ter 2114 usuários com HAS e 604 usuários com DM com 20 anos ou mais, residentes na área ao iniciarmos a intervenção.

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

Meta 1.1 Cadastrar 10% dos usuários com HAS da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 10% dos usuários com HAS da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

A intervenção tratou de melhorar a cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM, captando e cadastrando 15,2% (277) usuários com HAS

(fig. 1) e 19,3% (87) (fig. 2) dos usuários com DM da área de abrangência da UBS respectivamente.

Obtivemos estes indicadores nos primeiros meses: 49 (2,7%), 104 (5,7%), 170 (9,3%) para os usuários com HAS (figura 11) e 15 (3,3%), 30 (6,7%), 45 (10,0%) para os usuários com DM (figura 12).

No desenvolvimento destas ações foi muito importante o trabalho dos ACS e técnicas de enfermagem, tendo em conta que existe uma população da área de abrangência da UBS sem cobertura pelas ESF.

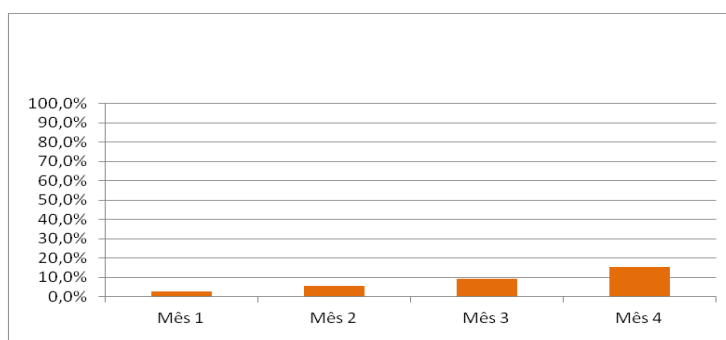


Figura 11: Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

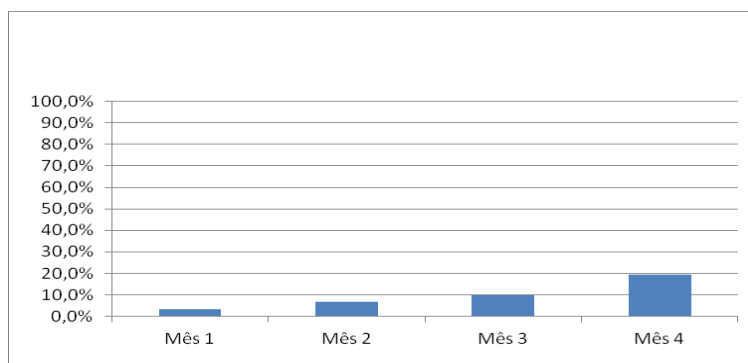


Figura 12: Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

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

Quando analisamos esta meta, olhamos que não foi possível atingir o percentual proposto de 100% dos usuários com HAS e/ou DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo do MS, isto se deve, apesar de nossa insistência, e de todos os profissionais da equipe, conjuntamente com líderes da comunidade que sempre nos acompanharam na busca dos usuários faltosos a consulta.

A razão da não ter o exame clínico em dia é por não haver esta sistemática da realização dos exames clínicos, as quais eram devido a: ausência do hábito de atendimento sistemático e planejado, pois as equipes levavam tempo sem ter médicos, além de que existe uma população que ainda continua descoberta de ESF e recebe assistência na UBS também; não consideravam importante o trabalho preventivo para evitar complicações, apesar de as orientações realizadas em consulta e VD; alguns comparecem quando já tem a algum sintoma do agravo.

Do total de 277 usuários com HAS cadastrados finalizamos o exame em dia de 191 (69%) usuários com HAS (fig.13) e de 87 usuários com DM 72 (82,7%) com exame clínico em dia (fig.14), respectivamente. A consequência de nossa insistência nas consultas e VD é que os usuários começaram a comparecer às consultas na UBS, implicando na melhoria deste indicador no terceiro e quarto mês da intervenção.

Este indicador se comportou nos primeiros meses com 25 (51,0%), 34 (32,7%) e 84 (49,4%) usuários com HAS e 10 (66,7%), 16 (53,3%), 30 (66,7%) dos usuários com DM com o exame clínico em dia.

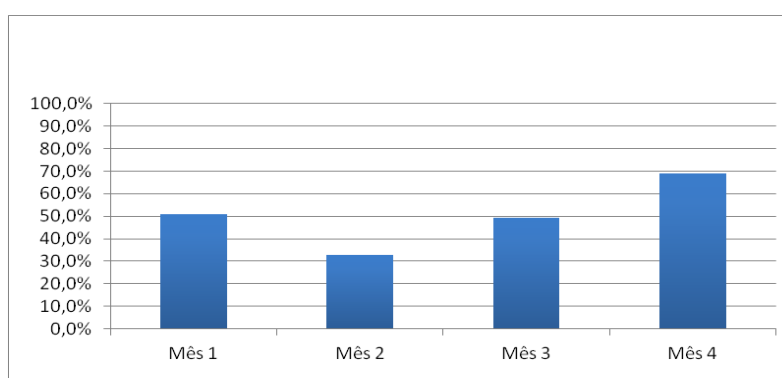


Figura 13: Gráfico 3: Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados

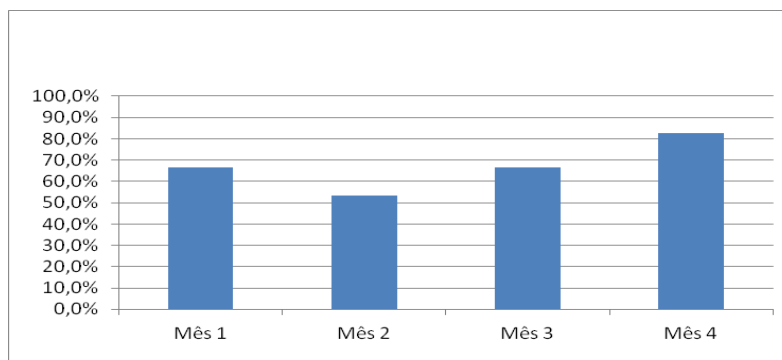


Figura 14: Gráfico 4: Proporção de usuários de DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

Nesta meta avaliaríamos a solicitação dos exames pelos profissionais, 100% foram solicitados. Mas a interpretação nossa, foi à realização dos mesmos pelos usuários, já que na UBS não existe laboratório para coleta de exame. Assim, nossos usuários têm que deslocar-se a outra instituição onde se presta este tipo de serviço, com o passar do tempo e com a orientação dos mesmos, os portadores de HAS e DM começaram a compreender sobre a importância dos exames, os quais compareciam a outras instituições do SUS onde sim, realizam as coletas para realizar os exames complementares, os quais ficam longe de nossa área. Esta situação é de conhecimento de nossa gestora e secretária de saúde. Ainda temos esperança que esse impasse seja resolvido para assim, melhorar a saúde de nossos usuários. Destaco que apesar de ter cumprido com este indicador nota-se uma melhoria a partir do terceiro mês a consequência do trabalho insidioso e permanente sobre o convencimento dos usuários de HAS e DM da importância dos exames para o controle de seus agravos crônicos. Do total de 277 usuários com HAS, 189 (68,2%), estiveram os exames complementares em dia. (Fig. 15) E a mesma

situação acontece com nossos usuários com DM somente 70 (80,5%) deles apresentaram os exames complementares em dia, (fig.16), respectivamente.

Este indicador se comportou nos primeiros meses com 21 (42,9%), 28 (26,9%) e 82 (68,2%) usuários com HAS e nove (60,0%), 14 (46,7%), 28 (62,2%) dos usuários com DM com a realização dos exames.

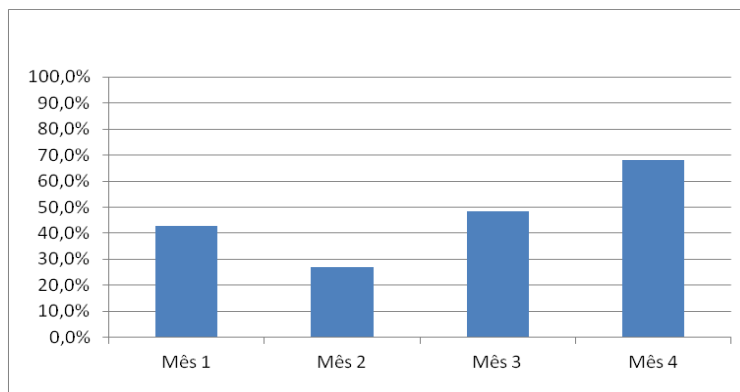


Figura 15: Gráfico 5: Proporção de usuários com HAS como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados

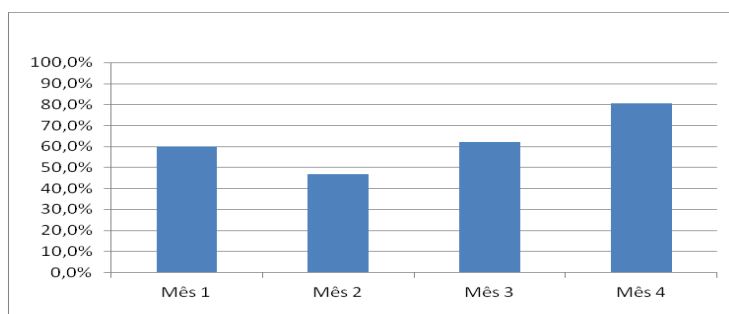


Figura 16: Gráfico 6: Proporção de usuários com DM como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

Este indicador foi cumprido em 90,3% (250) de nossos usuários com HAS como mostra (fig.17) e em 93.1% (81) de nossos usuários com DM mostrando-se (fig.18), respectivamente.

Nossa dificuldade neste indicador é que em algumas oportunidades não existia disponibilidade de alguns dos medicamentos requeridos para o tratamento dos portadores de tais agravos na farmácia da UBS ou nas farmácias populares e os mesmos precisaram comprar em outras farmácias.

Obtivemos estes indicadores nos primeiros meses: 41(83,7%), 81 (77,9%), 143 (84,1%) para os usuários com HAS e 12 (80,0%), 24 (80,0%), 39 (86,7%) para os usuários com DM.

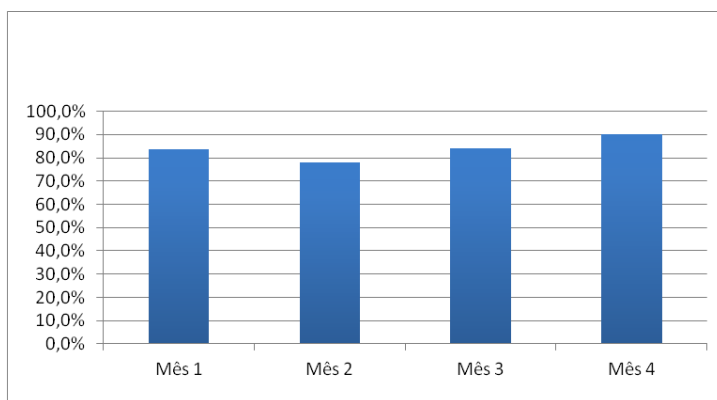


Figura17: Gráfico 7: Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

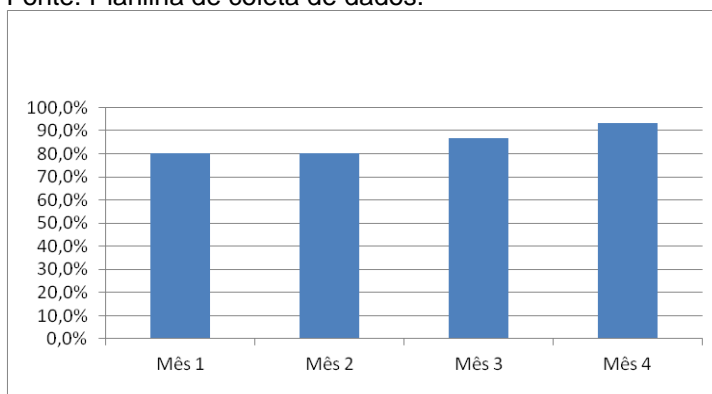


Figura 18: Gráfico 8: Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

Este indicador foi alcançado em 79,4% (220) de nossos usuários com HAS (fig.19) e 85,1% (74) de nossos usuários com DM (fig. 20), respectivamente. Os resultados obtidos estão em relação a que na UBS não temos odontólogo, apesar de ser sido avaliada a necessidade do atendimento pela equipe e encaminhados para as unidades que prestam o serviço. As principais razões da não assistência são: a ausência do hábito de atendimento bucal preventivo; não consideram estas ações importantes; apenas comparecem quando tem algum sintoma, também a acessibilidade torna-se difícil já que as UBS mais próximas ficam longe de suas casas.

Iniciamos com 49 (100%) usuários com HAS avaliados no primeiro mês, com 61 (58,7%) e 113 (66,5%) no segundo e terceiro mês respectivamente. Para os usuários com DM tivemos 15 (100%), 19 (63,3%) e 32 (71,1%) dos usuários com DM com avaliação odontológica.

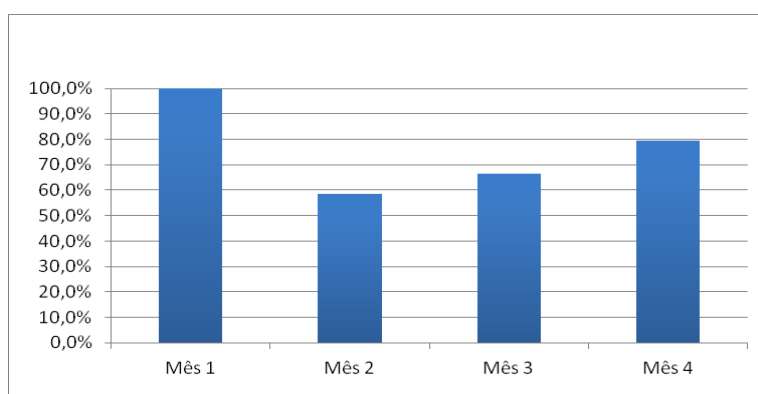


Figura 19: Gráfico 9: Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

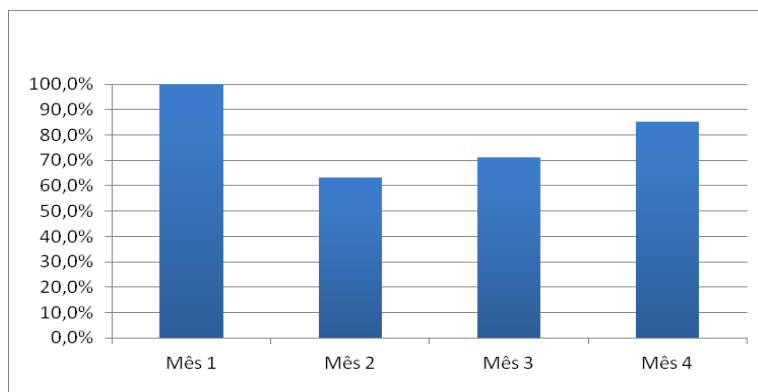


Figura 20: Gráfico 10: Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

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

Este indicador foi cumprido em 100% (24, 69, 87 e 101) de nossos usuários com HAS (fig.21) e o 100% (5, 14, 16 e 21) de nossos usuários com DM (fig.22), respectivamente. Como resultado de nosso esforço à medida que transcorria o tempo o número de faltosos, que era notável, começou a diminuir devido a que com anterioridade não existia médico na UBS para dar seu acompanhamento de maneira sistemática e nossos usuários referem que não tinham a costume de assistir regularmente as consultas, assim como também não serem visitados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Este indicador não foi possível ser alcançado em sua totalidade, atingimos no final 88,4% (245) de nossos usuários com HAS (fig.23) e 93,1% (81) de nossos usuários com DM (fig. 24), respectivamente. Infelizmente apresentamos dificuldades ao início de nosso projeto com as impressões das fichas espelhos, situação que foi resolvida em coordenação com o gestor da UBS, mas os dados foram preenchidos posteriormente.

Tivemos nos três primeiros meses 49 (100%), 72 (69,2%), 138 (81,2%) usuários com HAS e 15 (100%), 24 (80,0%), 39 (86,7%) dos usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

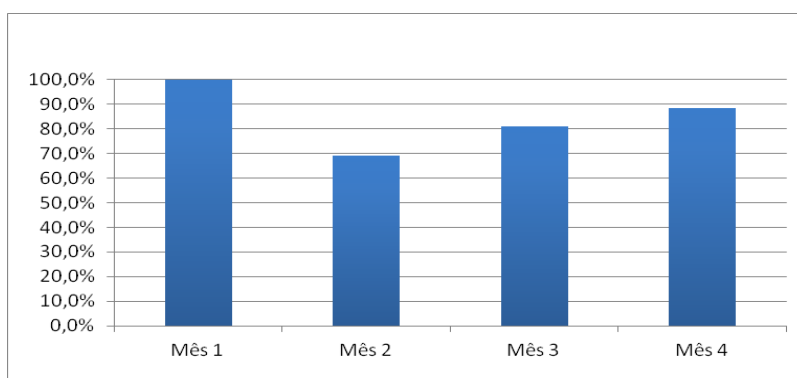


Figura 21: Gráfico 11: Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

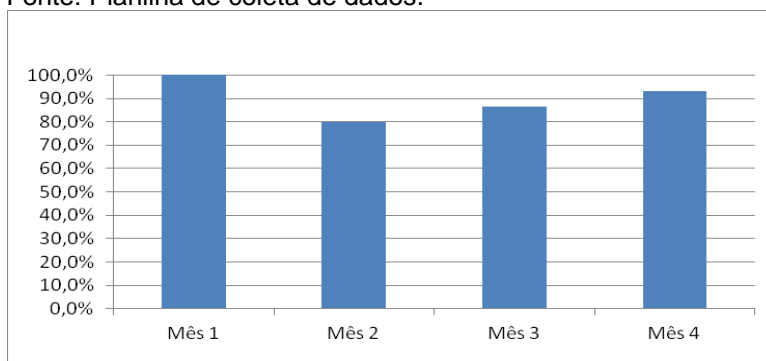


Figura 22: Gráfico 12: Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

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

Este indicador não foi possível ser alcançado segundo as metas propostas, atingimos no final 75,1% (208) de nossos usuários com HAS (fig.25) e 93,1% (81) de nossos usuários com DM (fig.26), respectivamente. A avaliação do risco cardiovascular foi realizada parcialmente em todos os casos, só que não foi possível ser realizada segundo os exames clínicos em dia já que muitos de nossos usuários não estavam com sendo assistido com regularidade aos controles, além de que pelas dificuldades apresentadas para a realização dos exames complementares, já relatado. Não foi possível completar a avaliação tendo em conta que não tinham os exames em dia.

Tivemos nos três primeiros meses 30 (61,2%), 46 (44,2%), 101 (59,4%) usuários com HAS e 12 (80,0%), 24 (80,0%), 39 (86,7%) dos usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

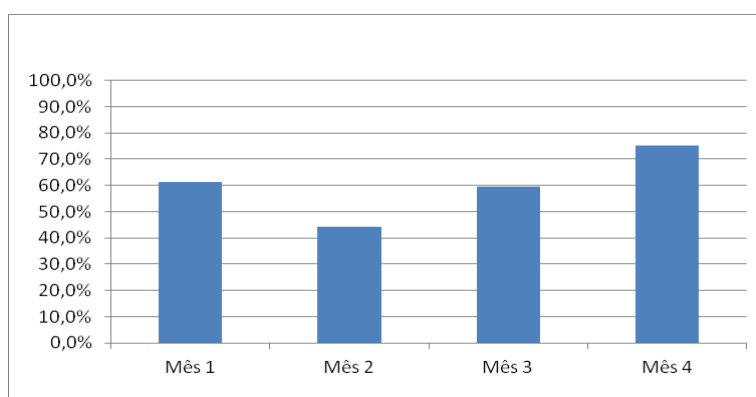


Figura 23: Gráfico 13: Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

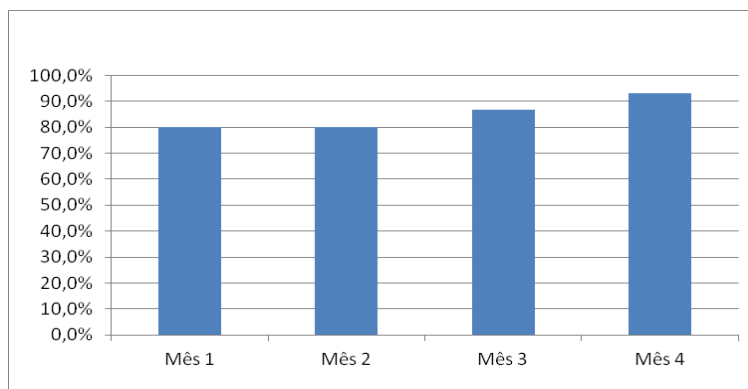


Figura 24: Gráfico 14: Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Infraero II.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.5 Proporção de usuários com DM com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Indicador 6.6 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

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

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

Como mostra o indicador, respectivamente, nossa meta foi cumprida em 100% (49, 104, 170, 277) dos usuários com HAS e 100% (15, 30, 45, 87) dos usuários com DM cadastrados. Os mesmos foram orientados sobre alimentação saudável nas consultas médicas, com a nutricionista da UBS, nas VD realizadas e através das atividades de promoção de saúde realizadas na comunidade.

De modo similar aconteceu com o seguinte indicador. Este indicador foi cumprido em 100% (49, 104, 170, 277) dos usuários com HAS e 100% (15, 30, 45, 87) dos usuários com DM cadastrados, os mesmos foram orientados sobre a prática de exercício físico regular graças ao trabalho em conjunto com toda a equipe com o apoio do NASF.

Os 100% (49, 104, 170, 277) dos usuários com HAS e 100% (15, 30, 45, 87) dos usuários com DM cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, cumprindo nossas metas. Trabalho que organizamos conjuntamente com os ACS nas comunidades através de palestras educativas.

Finalmente o 100% (49, 104, 170, 277) dos usuários com HAS e 100% (15, 30, 45, 87) usuários com DM cadastrados, apesar de não ter avaliação da saúde bucal, receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção realizada na UBS Infraero II, ocorreu uma mudança na assistência: ampliamos a cobertura da Atenção dos usuários do programa de HAS e DM, com a melhoria dos registros dos usuários portadores destes agravos, além

disso, a qualidade de um atendimento integrador para o benefício da saúde dos usuários atendidos.

A intervenção ocorreu nos meses de novembro de 2014 a fevereiro de 2015, durante 16 semanas no município de Macapá/AP. Somos duas ESF, uma equipe do NASF e áreas descobertas. A UBS não dispõe de serviço de odontologia, mas os usuários são encaminhados às UBS mais próximas do SUS que prestam o serviço. Trabalhamos e melhoramos a captação com 227 (15,2%) usuários com HAS e 87 (19,3%) usuários com DM de acordo com a estimativa de 12.000 habitantes.

Nesta intervenção foi necessário que os profissionais das ESF capacitassem-se sobre as atribuições de cada membro da UBS; foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe. Estas ações foram muito importantes para garantir a organização do trabalho, capacitamos os ACS no cadastramento e periodicidade das consultas, na busca de faltosos e sinais e sintomas destes agravos. Além disso, fortalecemos os laços com os líderes do bairro para promover apoio e parceria para a organização de palestras sobre promoção de saúde, fatores de risco destes agravos, para a captação e do cadastramento da população alvo.

Tivemos a oportunidade de informar a comunidade sobre a importância dos exames clínicos em dia, dos exames laboratoriais, periodicidade das consultas, e do acompanhamento regular e planejado pelos profissionais da saúde de acordo com o protocolo do MS. Realizamos estas ações dando ênfases nos fatores de risco que incidem em seus agravos como dietas inadequadas, tabagismo, sedentarismo, obesidade e na mudança para estilos de vidas saudáveis como prática de esporte, bom hábitos em relação à alimentação e manter o tratamento medicamentoso diariamente.

Este trabalho desenvolvido nos fortaleceu como equipe, acredito que agora estamos mais preparados para fazer outras intervenções, também reafirmou os vínculos entre os profissionais da equipe, em sua organização e no papel da comunidade para o trabalho futuro.

Quando começamos a intervenção recém havíamos ingressado na equipe, anteriormente a mesma, não contava com médico nem enfermeira, toda a atenção era em torno das técnicas de enfermagem. Agora não, o trabalho é integral, todos os profissionais realizam suas funções e atribuições, isto é primordial para o atendimento, ficando mais compreensivo e melhor distribuído entre todos. A qualidade dos registros dos atendimentos aos usuários proporcionou organização

para a agenda da enfermeira e do médico, ajudou a aperfeiçoar o atendimento e organizar as prioridades segundo risco que apresentem os usuários.

Em relação à comunidade, nosso trabalho foi aceito pela mesma, nunca antes haviam pensado na realização de uma intervenção como esta, as pessoas ficavam realmente surpresas quando visitávamos suas casas e lhe avaliávamos sua PA, sua glicose na VD. O acompanhamento regular e sistemático, a preocupação de toda a equipe foi algo pouco habitual para eles, mostrando-se verdadeiramente agradecidos. O apoio dos líderes foi de imediato. A nossa maior satisfação foram os usuários do programa de HAS e DM recebendo atenção com qualidade e controles planejados com o esforço de todos.

Muitas experiências e ganhos acumulados e vividos, mas ficamos com desejos de cumprir com todas as expectativas e metas planejadas; muitas dependem de mudanças dos estilos de vida que tem que acontecer de maneira gradual. Também acho que faltaram algumas ações para realizar, que levariam a um nível superior de atenção a nossos usuários, por exemplo, uma articulação de retroalimentação e atualização do trabalho entre a UBS e os gestores, encaminhando e minimizando as dificuldades relacionadas com recursos materiais necessários, medicamentos e problemas que vão surgindo à medida que transcorre o tempo.

Este projeto será um instrumento de trabalho muito apreciável e dinâmico, será como uma guia de rotina a seguir nos serviços que prestamos à comunidade em nossa UBS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor

A equipe da ESF 016 realizou uma intervenção cumprindo com os requisitos do programa mais médicos para o Brasil (PMMB) em parceria com o curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel com o objetivo de Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e DM na UBS/ESF Infraero II, Macapá/AP.

Durante 16 semanas, realizamos e avaliamos as ações propostas e planejadas a cada semana, as quais foram cumpridas adequadamente com rigorosa supervisão. Fizemos capacitações à equipe sobre protocolo do MS de HAS e DM,

atribuições de cada membro, onde também participaram outros profissionais da UBS, que colaboraram muito em nosso trabalho. Em geral existiu uma atmosfera muito positiva para o acompanhamento de nossos usuários, todos ficaram muito felizes com a capacitação recebida para realizar uma atenção com qualidade, aos usuários com HAS e DM.

A partir da realização do cadastramento e busca ativa dos usuários portadores de HAS e DM, todas as consultas foram planejadas, os mesmos após a consulta saíam agendados para o retorno. Realizamos estratificação do risco cardiovascular; VD, fazendo orientações individualmente. Também contamos com a colaboração dos líderes da comunidade e os ACS.

Na UBS não existe laboratório para coleta de exame, dificultando aos usuários que terem que deslocar-se a outra instituição onde prestam o serviço. Com o passar do tempo e com nossa insistência começaram a compreender sobre a importância dos exames. Em nossa intervenção dos 277 usuários com HAS, 189 tiveram os exames complementares em dia, que representa um 68,2% e dos 87 usuários com DM, 70 o que representa um 80,5%, respectivamente, portanto ainda falta por fazer, e trabalhar muito mais com este grupo de usuários para que a maioria deles tenham seus exames em dia; apesar da dificuldade que temos na atualidade, de não ter onde coletar os mesmos, isto é de conhecimento de nossa gestora e secretária de saúde. Ainda temos esperança que esse impasse seja resolvido para assim melhorar a saúde de nossos usuários.

Outro dos aspectos que não podemos alcançar o 100%, foi à proporção de usuários com HAS e/ou DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo (Figura 25 e 26), respectivamente.

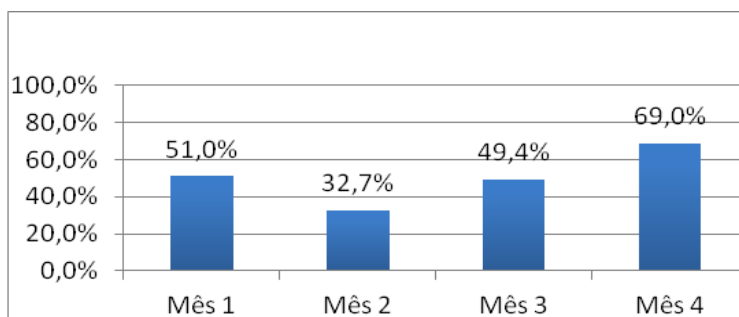


Figura 25 – Gráfico 15: Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

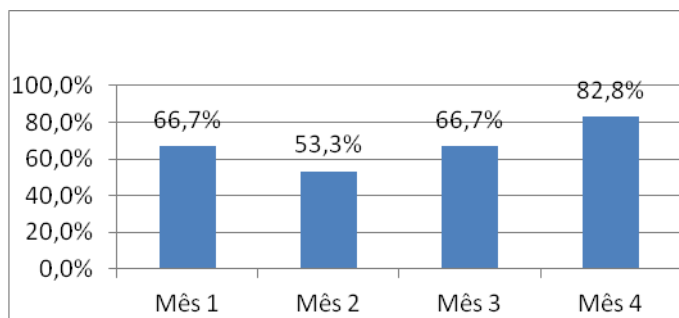


Figura 26 – Gráfico 16: Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Apesar da nossa insistência e de todos os profissionais da equipe, conjuntamente com líderes da comunidade que sempre nos acompanharam na busca dos usuários e faltosos a consulta, no primeiro e segundo mês os indicadores foram insuficientes. As razões da não assistência são: ausência do hábito de atendimento sistemático e planejado; não consideram importante o trabalho preventivo para evitar complicações, apesar das orientações realizadas nas consultas e VD; alguns comparecem quando já tem a algum sintoma do agravo.

Do um total de 277 usuários com HAS preenchidos na coleta de dados só tem o exame clínico em dia 191 (69%), e do total de usuários com DM preenchidos na coleta de dados 87, só 72 (82,8%), tem o exame clínico em dia. A consequência de nossa insistência nas consultas e nas VD para que compareçam à consulta na UBS, implicando na melhoria deste indicador no terceiro e quarto mês da intervenção.

Realizamos palestras à comunidade, onde os temas fundamentais foram à importância dos exames clínicos dos usuários em dia, os exames complementares, periodicidade das consultas, acompanhamento regular e planejado pelos profissionais da saúde, sempre abordamos com linguagem fácil de entender. Como evitar os fatores de risco que incidem em seu agravo, como dietas inadequadas, tabagismo, sedentarismo, obesidade, entre outras.

Além disso, em cada residência visitada, abordados estes temas de forma individual e com a participação de toda a família. Durante a intervenção, as orientações sobre os riscos para evitar complicações, não faltaram, foram prestados sempre em todos os espaços, na sala triagem, de espera, em grupos, palestras, atendimentos e VD.

No início da intervenção tivemos dificuldades, pois a equipe não tinha a organização necessária para o desenvolvimento deste trabalho. Mas, com as

capacitações, os desejos e voluntariedade de todos, estas dificuldades foram resolvidas, muitas iniciativas surgiram a fim de solucionar os problemas e dificuldades encontradas. Importante mencionar que houve falta na UBS dos medicamentos que necessitavam os usuários, como Losartana, Metformina, prejudicando a qualidade da consulta.

Neste trabalho todos os profissionais da equipe estiveram um papel importante: a atuação do médico, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os ACS foram fundamentais, todos trabalharam intensamente e consciente do trabalho que fizemos, sempre contamos com a parceria e o apoio da outra ESF da UBS.

A comunidade ficou entusiasmada com a intervenção, as mudanças foram aparecendo à medida que transcorria o trabalho e nas consultas dos usuários, o planejamento conjuntamente com as VD despertou muito interesse na população desacostumada a uma atenção de forma integral e sistemática. A intervenção foi muito bem recebida, isto são relatos da própria comunidade comunicada aos profissionais da equipe. Destaco que toda a equipe sente-se muito alegre pela realização desde trabalho.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

A equipe 016 da Unidade Básica de Saúde Infraero II realizou durante o período de novembro/2014 a fevereiro/2015, um trabalho de intervenção titulado: Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e DM na UBS/ESF Infraero II, Macapá /AP.

Neste tempo foram muitos os elementos que ajudaram para alcançar os resultados atingidos: a equipe realizou atividades com a comunidade, contamos sempre com o apoio dos líderes do bairro, os mesmos colaboraram ativamente na busca dos usuários com hipertensão e /ou diabetes, identificando os faltosos às consultas. Organizaram palestras para orientar à comunidade sobre a importância da consulta dos portadores de agravos crônicos, do acompanhamento regular. Os moradores do bairro junto aos líderes formaram uma parceria para organizar ainda melhor o trabalho, reunindo-se regularmente, sempre acompanhados pelos ACS para planejar atividades e iniciativas, com o fim de que todo o trabalho fosse

desenvolvido adequadamente em benefício da intervenção. A equipe recebeu as capacitações e treinamento para a organização das palestras educativas e orientações sobre a atenção dos usuários com hipertensão e /ou diabetes, da mudança de hábitos alimentares saudáveis; dos benefícios da pratica exercícios físico e esporte, atividades nocivas como o tabagismo entre outras.

As dificuldades não fizeram esperar-se ao inicio, mas não nos impediu de seguir com o trabalho. Algumas foram resolvidas pouco a pouco, por exemplo, as que estavam vinculadas com a organização da equipe; as outras, como a ausência de laboratório para coleta de materiais para exames ainda persiste. Mas, o conhecimento da importância de fazer os exames por parte dos usuários mudou, eles procuram a outros onde presta este tipo de serviço. A odontologia é outro aspecto a ser resolvido, porque inexistente em nosso posto de saúde, a maioria acodem ao serviço de odontologia só quando tem dor.

Às vezes, apresentamos carência na entrega de alguns medicamentos controlados, tendo a necessidade de procurar nas farmácias populares. No começo do trabalho não existiam fichas espelho para a organização das informações dos atendimentos, mas com a cooperação de todos conseguimos imprimir as mesmas e iniciar os registros necessários.

Os atendimentos clínicos realizaram-se sem dificuldade, cumprindo com o seguimento e acompanhamento adequado, igualmente as VD, dando prioridade aos usuários de alto risco e, sempre com a participação de ACS e líderes da comunidade. As palestras educativas e orientações sempre foram organizadas com temas de interesse para nossos usuários, utilizando palavras simples para melhor entendimento, os principais temas tratados nestas palestras foram: alimentação saudável, prática de esportes, acompanhamento regular, mudança dos estilos de vida inapropriados, luta contra o tabagismo.

A meu critério, a intervenção foi muito alentadora, melhorou a qualidade do atendimento dos usuários, esta melhoria só foi alcançada com a participação de pessoas e moradores, comprometidos com a saúde de sua comunidade. Eu pessoalmente, me sinto muito satisfeita, apesar de que ainda temos um caminho por percorrer de muito amor e trabalho sistemático.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A intervenção, a meu critério, ajudou a melhorar a atenção dos usuários com hipertensão e diabetes, e seu acompanhamento na UBS em que trabalho, também foi muito favorável para a equipe. Atualmente a ESF sente-se ainda mais preparada para o trabalho futuro.

As atividades planejadas no cronograma foram cumpridas totalmente, isto repercutiu de maneira positiva para todos, especialmente a este grupo da população tão importante e majoritária da comunidade.

É bom dizer que desde o início tivemos o apoio de toda a equipe, os mesmos mostraram-se muito entusiasmados, nesse momento começou surgir idéias e projeções para o bom andamento de projeto.

Descrever todo o feito neste tempo seria impossível, mas mencionar alguns como o cadastramento e registros dos usuários, agendamento das consultas e seguimento, buscas ativas de indivíduos da população alvo, orientação sobre alimentação saudável e adequada, pratica das atividades físicas, evitar obesidade e sedentarismo, evitar a pratica de hábitos nocivos como tabagismo e manter o tratamento de seus agravos crônicos foram pilares essenciais.

Outro propósito foi à parceria com a outra equipe que atua na UBS, pois a todo o momento, contamos com o apoio, para seguir em frente com este projeto. Os profissionais da equipe, cumprindo com suas funções, ou seja, a atuação do médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e os ACS foram fundamentais no alcance dos resultados alcançados.

Para o serviço que prestamos na UBS, a intervenção foi muito legal, cada semana acontecia sucessos e mudanças dos atendimentos, os mesmos tornando-se com maior qualidade, integrais, com consultas agendadas. Organizamos e melhoramos o acolhimento dos usuários, a realização dos exames de laboratórios, a orientação dos usuários mediante palestras ou VD foram elementos principais nesta mudança.

O impacto na comunidade foi realmente real, embora no início, talvez existisse alguma dúvidas pela falta de costume, mas à medida que foi passando o tempo às mesmas foram sendo esclarecidas. As palestras educativas na comunidade sobre o Programa de hipertensão e diabetes, a importância deste e,

rapidamente as mudanças tornaram-se visíveis, o atendimento e VD tornaram-se habitual nas ruas da comunidade.

Este trabalho realizado nos deixa com muitos ensinamentos e experiência, para todos, e estamos contentes por isso. Apesar do grande esforço, acredito que faltaram coisas importantes para um melhor desenvolvimento da intervenção, como por exemplo, uma cadeia de retroalimentação entre nós e os gestores municipais sobre as dificuldades que vão surgindo durante o projeto e a intervenção. Outra coisa: o atendimento da consulta odontológica e realização dos exames complementares tiveram que ser em outros locais ou UBS que prestam este serviço, já que não contamos com o serviço no posto.

Não obstante, a parte do ensino, dos benefícios, e também das dificuldades enfrentadas, quero mencionar que os usuários foram os mais beneficiados, com a melhoria de sua atenção, elemento este que vai ficar no serviço, os mesmos mostrando-se muito agradecidos. Também, a comunidade em geral sente-se protegida pelos profissionais da equipe, e esta última (a equipe) está muito mais preparada e organizada para que a cada dia sejamos melhores no que fazemos.

A partir de agora inicia-se uma nova etapa de trabalho comprometer os gestores a solucionar as dificuldades encontradas, como: atendimento odontológico na UBS, recursos materiais para prestar o serviço de qualidade, garantir os medicamentos necessários pelos usuários na farmácia da UBS e a habilitação de um laboratório para realização de exames. .

Aplicaremos os objetivos desta intervenção em outras ações programáticas já realizadas na UBS, que precisam ser reestruturadas e organizadas, conforme preconizado pelo MS.

Referências

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

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

Macapá. Secretária de Saúde. SIAB 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos 56p).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^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.

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

