

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma nº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus na UBS Dr. Silas Oliveira Santos, Manaus/AM**

Mário Alberto Salazar Herrera

Pelotas, 2015

Mário Alberto Salazar Herrera

**Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus na UBS Dr. Silas Oliveira Santos, Manaus/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, 2015

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

H565q Herrera, Mario Alberto Salazar

Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Silas Oliveira Santos, Manaus/AM / Mario Alberto Salazar Herrera; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que formaram parte de meu caminho no tempo, desde o começo desta aventura que é viver, trabalhar e ser alguém no Brasil.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu orientador, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

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

RESUMO

HERRERA, Mário Alberto Salazar. **Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Dr. Silas Oliveira Santos, Manaus/AM. 2015. 80f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes mellitus* (DM) são problemas de Saúde Pública e causam impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e coletividade. O trabalho de conclusão de curso mostra a experiência vivenciada mediante atuação na Unidade Básica de Saúde Dr. Silas Oliveira Santos em Manaus, Amazonas. O foco da atuação foi na qualificação da atenção e assistência aos adultos portadores de *Diabetes Mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, tendo como guia os Cadernos de Atenção Básicas produzidos pelo Ministério da Saúde. Mediante análise situacional, constatou-se que havia necessidades de melhoria da cobertura e dos serviços ofertados à população, pois a UBS possuía muitas deficiências em cumprir os protocolos do Ministério da Saúde trazendo um serviço deficiente e não efetivo à população. Outras necessidades incluíram a ausência de monitorização do exame clínico adequado, a dificuldade de acompanhamento adequado dos usuários conforme protocolos oficiais e dos registros. Ao longo da intervenção desenvolvemos atividades dentro de quatro eixos pedagógicos direcionados pela especialização: avaliação e monitoramento das ações, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para a intervenção, foram usadas a Ficha Espelho e a Planilha de Coleta de Dados. Antes da intervenção, eram acompanhados 38% dos usuários com HAS e 32% segundo o Caderno de Ações Programáticas. Após a intervenção, conseguimos acompanhar 206 (37,3%) usuários com HAS e 60 (38,0%) com DM. Além disso, tivemos melhoras expressivas no registro adequado dos usuários, e isso é essencial para o planejamento de ações em Saúde Pública. O oferecimento de atividades de prevenção/promoção tiveram maior participação e interesse por parte dos usuários. Sugere-se também que a intervenção possibilitou a formação de um vínculo mais efetivo com a comunidade (acolhimento, práticas e educação, prevenção e promoção de saúde), e também a melhoria quanti-qualitativa do serviço direcionado ao usuário mediante maior acessibilidade e equidade. Conclui-se que há ainda necessidade de melhorias no serviço, para que efetivamente, as ações sejam rotineiras e não pontuais, havendo necessidade também de maior envolvimento e comprometimento da equipe, da gestão e dos usuários, favorecendo tanto o processo de trabalho quanto os resultados mais produtivos e focados.

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 61
- Figura 2 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 61
- Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 62
- Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 63
- Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 63
- Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 64
- Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 64

- Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 65
- Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 66
- Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientações sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Pág. 68

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	Apresentação.....	10
1	Análise Situacional.....	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2	Análise Estratégica.....	24
2.1	Justificativa.....	24
2.2	Objetivos e metas.....	27
2.2.1	Objetivo geral.....	27
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	27
2.3	Metas.....	27
2.4	Metodologia.....	30
2.4.1	Detalhamento das ações.....	30
2.4.2	Indicadores.....	42
2.4.3	Logística.....	47
2.4.4	Cronograma.....	51
3	Relatório da Intervenção.....	53
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4	Avaliação da intervenção.....	59
4.1	Resultados.....	59
4.2	Discussão.....	69
5	Relatório da intervenção para gestores.....	72
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	74
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
	Referências.....	77
	Anexos.....	78

APRESENTAÇÃO

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus.

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

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso apresentando o município ao qual pertence a Unidade Básica de Saúde em questão, a descrição da Unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2 e contém: a justificativa para desenvolver o trabalho, os objetivos e as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 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, discussão dos resultados obtidos e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. Na quinta e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Após esta seção estão apresentadas as referências e os anexos que são compostos pelo material utilizado como apoio durante a intervenção e disponibilizados pelo curso.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 - Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade básica de saúde (UBS) onde atuo fica na zona leste da periferia de Manaus, no bairro castanheira. Atendemos uma comunidade com um total de 1033 famílias envolvendo 3117 pessoas. No entanto, nossa demanda espontânea é alta e atendemos muitas pessoas de outros bairros.

A unidade possui uma área de abrangência de 965.860 m² num perímetro de 4.480 metros divididos em 21 micro áreas. A maioria das ruas não tem asfalto e apresentam muitos buracos, a iluminação pública é ruim e o sistema de coleta de lixo também é deficiente estando à rua quase sempre suja. Durante as visitas domiciliares e as consultas pude observar que a população atendida por minha equipe é carente e necessita muito de uma atenção à saúde de qualidade. Cabe ainda destacar que o território apresenta muitos centros religiosos.

Falando especificamente da estrutura da unidade, eu posso dizer que é uma Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliada, pois contamos com 3 consultórios médicos, um consultório para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sala de vacinação, uma sala de curativo, uma sala para agente comunitário de saúde (ACS), uma recepção onde fazemos um bom trabalho de acolhimento, uma sala de odontologia com 3 equipes de dentistas, uma sala para a direção, sala de enfermagem onde fazemos triagem dos usuários. Além disso, nós contamos com uma farmácia, uma copa, 4 banheiros, dos quais 2 são para os usuários e 2 banheiros para os servidores. Basicamente o módulo de saúde está com boas condições materiais.

A unidade é composta por três equipes de saúde da família com os respectivos números: 111, 112 e 138. Cada equipe era composta por: um Médico, um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário (ACD), um agente de combate a endemias, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um diretor e dois funcionários administrativos.

Porém, as equipes não estão completas, a minha equipe (111) está sem o enfermeiro, o dentista, o ACD e um técnico de enfermagem. As outras duas equipes apresentavam alguns desfalques, como a ausência dos dois médicos, pois uma

profissional saiu para fazer uma especialização e o outro apresentou problemas de saúde deixando a UBS. Atualmente o serviço conta desde fevereiro de 2014 com outros 2 profissionais médicos, o que melhorou significativamente o atendimento geral da população da unidade como um todo.

Sobre o processo de trabalho no acolhimento é necessário indicar que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho na Unidade, o impacto da reorganização do trabalho no serviço se dá principalmente sobre os profissionais não médicos que fazem a assistência. No caso da UBS Dr, Silas de Oliveira Santos o acolhimento é desde a recepção até o atendimento nos diferentes Serviços oferecidos na unidade, onde basicamente todos os servidores participam neste importante processo: ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeira, assistente social, os profissionais do NASF etc. Existe um equipe de acolhimento na recepção e na triagem que passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários, todos os dias estes profissionais passam a usar seu arsenal tecnológico e conhecimento pra a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços de saúde.

Todos os colegas que trabalham têm uma função igualmente importante porque trabalhamos como equipe com a coordenação e a integralidade necessária com base de um objetivo, aumentar o nível de bem-estar físico, mental e até 'espiritual das nossas famílias e cada um dos seus integrantes. Para isso buscamos promover os programas de promoção e prevenção de doenças, além de fazer um acompanhamento seja das pessoas saudáveis ou pessoas doentes. O processo de trabalho da equipe é bom e toma como referência o diálogo entre os diferentes membros, esse favorece não somente nossa relação como os colegas, mas também afeita direta ou indiretamente a relação que existe com a comunidade.

Contamos também com 103 pessoas idosas com atenção e a maioria possui complicações como alterações na retina, complicações renais e cardiovasculares por falta de atenção e orientação do médico, além de não tomar o medicamento regularmente por falta de atualização da receita e acompanhamento. Temos na unidade uma alta incidência de diarreias sendo predominantes as parasitoses intestinais. Além disso, são comuns as infecções vaginais e as infecções de transmissão sexual.

A comunicação é um ponto importante e nós estamos desenvolvendo atividades para integrar a população em geral como os grupos de idosos, grupo das grávidas, celebramos os dias internacionais, por exemplo, da Criança, do câncer de mama fazendo atividades integrativas dando conhecimentos de medidas profiláticas de forma divertida e interativa. Também realizamos reuniões na comunidade que permitem estabelecer e reforçar essa conexão, de que a população conta com um grupo de profissionais que cuidam da saúde da comunidade em geral. Percebo que a cada dia que vai passando estamos melhorando um pouco essa conexão entre o usuário e a UBS e todos os servidores.

Temos que fazer um grande esforço e trabalhar para mudar o estilo e modo de vida das famílias. Em geral tenho esperança de que no futuro esta situação vai mudar para melhor, se trabalharmos com a cooperação do governo do Estado do Amazonas o programa Mais Médicos terá muito a contribuir para o bem-estar das famílias que mais precisam de saúde.

1.2. RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

O Município de Manaus fica localizado no Estado do Amazonas, e segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014, a cidade conta com 20.020.301 milhões de habitantes.

Em relação ao sistema de saúde, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que Manaus conta com 1287 estabelecimentos distribuídos nos 3 níveis de atenção, O município está dividido em 5 distritos de saúde contendo; 46 UBS tradicionais, 144 UBS (Casinha) 19 UBS na zona Rural, 5 UBS com estratégia saúde da família (ESF) 7 policlínicas ,e vários hospitais gerais e especializados, 3 prontos socorros gerais, 3 unidades moveis fluviais, 3 CAPS, 6 maternidades, 97 unidades de apoio diagnose e terapia, 97 unidades moveis terrestres, 6 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgências, 66 farmácias, 3 unidades de vigilância em saúde, 2 cooperativas, 10 NASF, 29 laboratórios centrais de saúde pública, 1 secretaria de saúde, 3 unidades de atenção à saúde indígena, 9 tele saúde, 1 central de regulação medica das urgências, 1 central de regulação do acesso.

Sendo que uma pequena parte destas UBS operam na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a maioria das UBS ainda trabalham no modelo tradicional de atendimento. Contamos com equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e alguns serviços ambulatoriais, como o nosso.

A UBS Dr Silas de Oliveira Santos pertence a uma área urbana que ao norte faz fronteira com o bairro Nova Vitoria, pela rua Bezeudes, ao sul com o bairro São José pela rua Penetração, e ao leste a última rua coberta pela equipe é a Perimetral. Após essas ruas a população não é coberta pela unidade, esta que não possui vínculo com instituições de ensino, não sendo campo de estágio para nenhum curso. Seu modelo de atenção é baseado na ESF Ampliada a qual possui três equipes. Como falei anteriormente, as equipes não estão completas, a minha equipe (111) está sem o enfermeiro, o dentista, o ACD e um técnico de enfermagem. As outras duas equipes apresentavam alguns desfalques, como a ausência dos dois médicos, pois uma profissional saiu para fazer uma especialização e o outro apresentou problemas de saúde deixando a UBS. Atualmente o serviço conta desde fevereiro de 2014 com outros 2 profissionais médicos, o que melhorou significativamente o atendimento geral da população da unidade como um todo.

Contamos com o suporte da equipe do NASF, onde trabalha uma psicóloga, um fisioterapeuta e uma nutricionista. Até a chegada dos profissionais existiam momentos em que tive que assumir os usuários dos programas importantes das outras equipes como o materno infantil e o atendimento aos acamados, já que são uma prioridade e não podiam ficar sem atenção.

De uma forma geral a infraestrutura da unidade possui recepção, sala de espera, sala da direção, 5 consultórios multidisciplinares, 3 consultórios odontológicos, sala de esterilização, copa, farmácia, banheiro e uma sala para os ACS. Mas, não temos sala de almoxarifado e o banheiro não está equipado para receber pessoas com limitações físicas.

Não temos malhas mosquiteiras nas janelas para evitar doenças de transmissão vetorial, temos sinais gráficos que servem de guia para os usuários se deslocarem para os diferentes espaços do serviço, mas não temos sinais tácteis em braile ou auditivos para os usuários com estas condições. A unidade não possui corrimões nas escadas.

Além dessas necessidades também não temos uma sala de curativo e procedimentos, o que compromete muito o trabalho.

No caso da prevenção das doenças de transmissão vetorial, nós fazemos promoção de saúde e temos o cuidado de recomendar orientações como evitar o acúmulo de água nos locais para prevenir a reprodução dos vetores. Apesar dos problemas descritos acima, nós sabemos que em comparação com outros centros de atendimento em saúde a infraestrutura da nossa UBS está em boas condições, cabe destacar que também contamos com dois vídeos para fazer palestras.

Minha equipe de saúde, felizmente conta com qualidades como organização interna, retroalimentação ou *feedbacks*, incluindo um bom relacionamento entre seus membros, o que melhora a eficiência e eficácia como uma maquinaria de atendimento para os usuários. Posso dizer que cada um dos membros da equipe cumpre com seu papel, e ajuda ao cumprimento dos papéis de cada um dentro do possível, desde a secretaria até mesmo os médicos. Nossas limitações são quase sempre pela infraestrutura, o que pode se resolver com melhoramento da mesma.

A unidade de saúde Dr Silas Santos recebe o apoio de outros profissionais integrantes do NASF, como nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. Existe uma dificuldade estrutural na unidade, pois estes profissionais dispõem de pouco espaço, mas a diretora do serviço conseguiu ajustar os horários e enquanto os médicos fazem o trabalho na área e também nos momentos em que estamos no curso, os integrantes do NASF estão utilizando os espaços. Existe em curso um projeto de ampliação das suas atividades.

Outro ponto que pode ser melhorado na organização do processo de trabalho seria a implantação de “feiras de saúde” informativas e educativas. Com isso, espera-se ter uma comunidade com mais preparação e entendimento dos serviços de saúde oferecidos pela unidade.

O número total de habitantes na área de abrangência da minha unidade é 3117 pessoas distribuídas em 1033 famílias, das quais existem: 27 grávidas fazendo o pré-natal, 45 crianças, 702 mulheres de 25 a 67 anos acompanhadas para a prevenção do câncer de colo de útero, 130 mulheres entre 50 e 69 anos no programa de câncer de mama, 210 pessoas hipertensas, 51 diabéticos, 103 pessoas idosas maiores de 60 anos.

Quanto à distribuição do perfil demográfico da nossa área temos 1607 mulheres e 1510 homens. A maioria da população está na faixa etária dos 20 aos 40 anos de idade, com respectivamente 1041 pessoas.

Minha UBS é capaz de dar atendimento à população, mas temos dificuldades antes descritas com infraestrutura e como já indicamos com recursos humanos. Além disso, há pouca informação da população com relação aos serviços de saúde, muitos deles sabem que tem serviços a sua disposição, mas não sabem como os aproveitar adequadamente. No momento prestamos atendimento priorizado a grupos populacionais como: idosos, hipertensos, grávidas, crianças de 0 a 5 anos e de 5-9 anos, adolescentes, puérperas e somos capazes de dar um bom atendimento com todos os nossos recursos disponíveis. Podemos falar que com as dificuldades existentes nós trabalhamos elevando cada dia o nível de cobertura e melhorando também a qualidade do serviço dentro das possibilidades no momento.

Em relação ao atendimento à demanda espontânea a equipe 111 é capaz de prestar uma atenção de boa qualidade. O acolhimento ocorre na recepção por parte da secretária, que registra os dados das pessoas que chegam ao serviço. Neste momento, ocorre a identificação das demandas e direcionamento do caso, seja uma emergência ou evento que tenha necessidade de atendimento rápido. Pode-se dizer que a primeira triagem se realiza na recepção, porque as pessoas são classificadas e ganham encaminhamentos distintos, seja para o serviço de enfermagem, sala de curativo, farmácia, ou mesmo atendimento com o médico, o odontólogo, a psicóloga, a nutricionista e o fisioterapeuta.

Como pontos positivos podemos descrever a boa preparação da equipe de saúde, que segue as diretrizes de atendimento da população com capacidade e profissionalismo, também podemos falar que possuímos uma infraestrutura no consultório satisfatória. Geralmente somos capazes de atender a população que requisita o serviço sem maior problema. Quando existe o excesso de demanda realizamos a tarefa de triagem e agendamento das pessoas que não precisarem de atendimento imediato.

Em relação às ações voltadas a saúde da criança, na UBS Dr Silas Santos realizamos atendimento a demanda espontânea, e também através do agendamento de

consultas médicas e de odontologia. Na área de cobertura da equipe 111, foram identificadas 45 crianças que realizam acompanhamento na unidade, correspondendo a 68% de cobertura, de um total de 66 crianças estimadas pelo caderno de ações programáticas. No atendimento para as crianças realizamos as seguintes ações: consultas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, busca pela realização do teste do pezinho até os sete dias, assim como a primeira consulta de puericultura, monitoramento do desenvolvimento e das vacinas na consulta e avaliação da saúde bucal.

Pode-se avaliar positivamente os resultados dos nossos esforços com relação ao atendimento das crianças, pois mesmo com uma cobertura de 68% o atendimento que é realizado a estes é completo. Segundo o caderno de ações programáticas temos um alto nível de qualidade para as crianças atendidas, com 100% de orientação para o aleitamento materno exclusivo. Prestamos, portanto, um atendimento integral no serviço e que envolve toda a equipe, desde a organização das consultas por parte da secretaria até os atendimentos feitos pelo médico, vacinação executada pela equipe de enfermagem e o atendimento em saúde bucal por parte de odontologia. Podemos dizer que o atendimento é multidisciplinar, integral sendo executado por nossa equipe em sua totalidade.

As dificuldades que nós temos na equipe são principalmente relacionadas à cobertura. Não por falta de esforço dos profissionais, mas também podemos atribuir parte da responsabilidade a população, que nem sempre se apresenta as consultas agendadas, ou sua preferência por outros serviços de saúde do campo privado, isso por suposta falta de confiança em nosso serviço, talvez pela falta de equipamentos em algumas situações ou falta de um maior conhecimento com relação às vantagens de se realizar um controle minucioso na UBS.

Com relação às ações voltadas à melhoria do cuidado a essa parcela da população, a equipe de saúde propõe para melhorar os serviços estratégias informativas a comunidade como feiras de saúde, reuniões com as mães, ou grupos de mães organizados previamente para que se tenha um maior nível de captação dessas crianças.

Com relação à cobertura do pré-natal da equipe 111, analisando o Caderno das Ações Programáticas temos 47 gestantes estimadas na área de abrangência, destas estamos atendendo 27, ou seja, 58% da cobertura. Mesmo não estando com uma alta cobertura, a cada dia estamos melhorando os níveis de cobertura. Quanto aos níveis de qualidade temos os seguintes dados: 4 atendimentos de Pré-natal iniciado no 1º trimestre, o equivalente a 15%; 20 consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde totalizando 74%; 20 solicitações na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, igual a 74%; 27 vacinas antitetânicas e contra hepatite B, conforme protocolo; 27 prescrições de suplementação de sulfato ferroso e 27 orientações para aleitamento exclusivo, todas totalizando 100%. Ainda temos 15 exames ginecológicos por trimestre com 56%, e 20 avaliações de saúde bucal com 74% respectivamente.

Nosso atendimento a gestante ainda engloba a pesquisa de mulheres grávidas antes do primeiro trimestre da gestação, controle metabólico durante a gravidez, orientações de nutrição, controle da tensão arterial e glicose, prevenção da anemia, isso tudo realizado de forma controlada e planejada, segundo o calendário específico para grávidas divididos trimestralmente.

Consideramos que temos a cada dia uma melhor prestação de serviços para as mulheres grávidas, com relação à cobertura nós apresentamos dificuldades com o atendimento das mulheres antes do primeiro trimestre de gravidez em relação aos casos esperados. As dificuldades se apresentam por que a população só procura o atendimento quando já é muito evidente o estado de gravidez, achamos que este fenômeno é causado por falta de informação e de educação em saúde.

Além dessa dificuldade a equipe faz promoção da saúde e presta informação a toda à população, para assim conseguir despertar uma maior consciência com respeito à necessidade de se apresentar ao serviço para um bom atendimento e controle de saúde das gestantes.

Para cumprir com esse objetivo temos a intenção de implementar “grupos de mulheres em idade fértil”, temos ideia de fazer feiras ou “manhãs de saúde” para informar quais serviços a unidade oferece e da necessidade de se aproveitá-los. Temos também

a ideia de dar aulas educativas em escolas para poder alertar às jovens adolescentes que são um grupo vulnerável, sempre com a participação de toda a equipe de saúde.

Em relação ao puerpério, segundo o Caderno de Ações Programáticas, são acompanhadas 45 (68%) delas no Programa.

No que concerne a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, nós temos um nível de cobertura importante em nossa comunidade. A UBS tem 86 % de cobertura de câncer de colo de útero, o equivalente a 702 mulheres de um total de 660 estimadas pelo caderno de ações programáticas, e 85% de cobertura de câncer de mama, o equivalente a 130 mulheres de um total de 153 estimadas. Tais coberturas são indicadores importantes para a melhora da saúde de nossas mulheres.

Em relação à qualidade do atendimento do câncer de colo do útero, possuímos alguns indicadores de qualidade com bons percentuais, como: cito patologia em dia com 85%; avaliações de risco com 43%; orientações de prevenção com 85%; orientações para prevenção de Doenças sexualmente transmissíveis com 64%; exames coletados com 83%. Esses dados indicam que temos atualmente um bom nível de atenção em nossa comunidade, principalmente nas orientações para prevenção e DSTs, pois sabemos que a primeira ferramenta contra esta e todas as doenças é a informação e educação, para assim poder evitá-las.

Já os dados de qualidade para prevenção do câncer de mama têm-se um percentual de mamografia em dia com 92%; mamografia com atraso em 11%; avaliação de risco com 92% e orientação de prevenção com 92%. Como na atenção ao câncer de colo de útero, na prevenção do câncer de mama temos um nível elevado de controle nas usuárias atendidas.

Toda usuária no programa tem seu registro e seu dia agendado para fazer o preventivo. Conseguimos uma boa organização por parte do pessoal da UBS à população de mulheres da área de abrangência. Os agentes comunitários também possuem papel de destaque na abordagem educativa do tema das DSTs e outras doenças transmissíveis. No entanto, acredito que temos que fazer mais palestras em relação ao assunto, para assim incentivar a todas as mulheres a fazer a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama.

Em relação aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), a equipe 111 ressalta a extrema importância destes agravos. Na UBS é realizado o controle de rotina da pressão arterial de todo usuário desde os 18 anos, procurando a maior quantidade de informação com relação aos valores da pressão, dados que depois são analisados para determinar o nível da prevalência da doença hipertensiva e os grupos etários afetados. Tudo isso sendo também efetuada a promoção da saúde e a educação sobre a HAS aos usuários que assim o precisem, tentando sempre melhorar a situação de saúde.

A forma de registrar os valores da pressão arterial nos usuários em geral e a sistematização dos dados dos usuários com HAS permitiram um adequado preenchimento do caderno de ações programáticas. Sendo assim, atendemos a 210 pessoas, correspondentes a 38% da população com HAS, de um total de 553 estimadas pelo indicador de cobertura do caderno de ações programáticas. A cobertura da equipe 111 é considerada baixa, mas tomando em conta a quantidade da população e a quantidade de usuários com HAS, a equipe tem se empenhado na busca ativa e controle desse agravo.

Assim como no caso da HAS, o modo de registro da equipe permitiu que fosse realizada uma avaliação dos indicadores da DM. O trabalho realizado na unidade inclui uma análise de todos os sintomas clássicos da DM e os sintomas das sequelas da doença em casos, onde inclusive o usuário não tem conhecimento de sua situação de saúde. Ainda é realizada a pesquisa não só nos grupos etários de 20 anos ou mais, mas também se avaliam os sintomas similares em grupos etários menores para encontrar ou descartar diabetes mellitus do tipo 1.

Atendemos aproximadamente 51 usuários, o equivale a 32% dos 158 casos esperados de Diabetes *mellitus* na comunidade. Com esse dado, o indicador de cobertura dos usuários revela que ainda existem casos que o serviço ainda não conseguiu captar. A cobertura e a qualidade da atenção do serviço de saúde podem ser consideradas regulares, mas deve-se levar em conta o pouco tempo desde o começo dos trabalhos encaminhados para conseguir se atingir os 100% de cobertura e acompanhamento de todos os usuários.

Dentre os aspectos que poderiam ser melhorados estão à necessidade de se fazer um trabalho de pesquisa na comunidade, de novos casos, tanto sintomáticos como assintomáticos. Isso com certeza agrega a todos, agrega aos casos esperados, agrega ao fortalecimento do programa nacional de HAS e DM, e também estimula a prevenção de complicações destas doenças na comunidade.

O nosso serviço adota o protocolo e o manual técnico do Ministério da Saúde voltado a hipertensão e a diabetes. Cabe ressaltar que é realizada a avaliação do pé diabético e temos um dia estabelecido para fazer visitas domiciliares, onde são avaliadas as pessoas com problemas de locomoção, acamados, operados dentre outros.

Os eventos realizados para a população possuem boa aceitação porque além de atualizarmos as receitas, não avaliamos apenas a doença, mas sim o sujeito e oferecemos conhecimentos de maneira didática e humanizada para controlar as doenças e prevenir suas futuras complicações.

Diante do perfil epidemiológico da população brasileira, o cuidado prestado ao idoso tem sido realizado pela equipe de forma esforçada em seu atendimento, fazendo uma pesquisa ativa da condição de saúde destes usuários. Os dados coletados para o preenchimento do caderno de ações programáticas emergirão da existência da caderneta de saúde de pessoa idosa e do prontuário, que contém os dados de saúde bucal e outras informações como a presença de doenças como a HAS e a DM. Pelo que consideramos no momento a forma de registro dos dados é eficaz para a realização de busca de informações.

A estimativa de idosos do caderno de ações programáticas tem como número total 188 pessoas, das quais nós atendemos até agora 55%, isso quer dizer que 103 pessoas estão sendo acompanhadas na área da nossa equipe. Ainda não podemos falar com certeza absoluta se a estimativa de usuários é ou não é adequada à realidade da comunidade, pois ainda falta muito trabalho para fazer, mas essa estimativa é uma ferramenta útil para ter objetivos de pesquisa e estabelecimento de metas para o serviço.

A cobertura de 55% não está num nível ótimo, mas a cada dia que passa estamos trabalhando para alcançar metas de cobertura melhores. Examinando os questionários e os dados preenchidos podemos fazer uma auto-avaliação de nosso trabalho,

especialmente da equipe 111, onde em geral o trabalho é feito com boa qualidade, mas estamos conscientes de que é possível melhorar a atenção.

Para isso é preciso dar continuidade a programas importantes como o Programa para usuários com HAS e/ou DM, onde a maioria dos usuários são idosos e assim evitar complicações destas doenças. É preciso também fomentar o dia do usuário idoso para dar orientações nutricionais e promover a saúde bucal. Outro ponto importante é realizar a avaliação da funcionalidade a todo sujeito maior de 60 anos para conhecer seu estado de saúde, e saber se este possui dependência ou não. O estímulo ao cuidado visual também é necessário para prevenir fraturas, como a de quadril, muito frequente nesta idade. Ademais, precisamos seguir fomentando a saúde deste grupo tão susceptível a diferentes doenças, para isso devemos incentivar a atividade física, adoção de hábitos higiênicos sanitários saudáveis e a vacinação em dia, principalmente contra a influenza. Para isso, nosso trabalho deve ser orientado pelo manual técnico do ministério da saúde.

Desde 2002 a UBS conta com um grupo de idosos, onde a equipe oferece conhecimentos de promoção à saúde e prevenção de doenças, e proporcionam de maneira didática exemplos de hábitos saudáveis. Temos tentando desenvolver um trabalho de maneira coordenada em conjunto com os cuidadores dos idosos, mas infelizmente grande parte destes cuidadores não está atenta aos nossos convites para discussão.

Ao refletir sobre esse relatório, gostaria de pontuar que desde os primeiros momentos na comunidade onde estou atuando sempre fui bem acolhido pelos servidores e colegas da unidade, especialmente por parte dos meus usuários que precisavam com urgência de um médico. Quanto a especialização em saúde da família à distância, achei muito interessante aprender desta forma por que é possível levar o conhecimento aos colegas que ficam longe das universidades e dos outros centros educativos, infelizmente aqui no Amazonas ainda é preciso melhorar o sistema de internet.

Dentre os desafios que enfrentamos no serviço estão o atendimento de muitas pessoas fora da área de abrangência, as equipes estão incompletas, por exemplo, a minha equipe está sem enfermeira e não havia dentista até o mês de abril de 2014, as outras equipes também estão desfalcadas. Fiquei atuando muito tempo sozinho, pois a

médica da equipe 112 iniciou uma especialização em 2013, e o médico da outra equipe apresentou problemas de saúde e teve de se ausentar.

Como melhores recursos que minha UBS apresenta estão a integração da equipe, a possibilidade de trabalhar com os profissionais do NASF (psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e uma nutricionista) e graças a Deus, neste ano 2014 chegaram dois colegas de Cuba para cobrir as necessidades de profissionais médicos nas outras duas equipes. Esses profissionais são altamente capacitados e possuem uma ampla experiência que está ajudando a revolucionar a atenção básica na unidade de saúde.

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

Quando cheguei à unidade, o serviço prestado a comunidade era muito desordenado e diferente em comparação ao dia de hoje, independentemente de contar com recursos materiais, para mim o mais importante para uma atenção primária são os recursos humanos. Quando um sistema de saúde possui profissionais qualificados para desempenhar com responsabilidade seu trabalho seja como médico, enfermeira ou dentista a população tem uma grande chance de pelo menos receber um atendimento digno e de forma competente. Nos meus primeiros dias aqui no Brasil fiquei chocado com a realidade enfrentada e a burocracia na atenção primária.

As consequências dessa ausência dos profissionais de saúde provocaram aos usuários graves consequências, por exemplo, havia muitas grávidas descompensadas com ITU, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, diabéticos e hipertensos sem remédios e crianças sem avaliação nutricional. Pouco a pouco todo mudo está sendo acompanhado e seus agravos estão sendo controlados tanto nas doenças agudas como crônicas. Tenho que parabenizar o curso de especialização em saúde da família, da Universidade Federal de Pelotas, porque hoje conheço mais sobre o SUS, tenho a possibilidade de estudar casos clínicos, que eu gosto muito e atualizar minha terapêutica, além de aprender um pouco mais sobre como proceder com intervenções de saúde na comunidade.

Eu tenho a certeza que no futuro esta situação de emergência na minha comunidade e no Brasil vai mudar para melhor. Se continuarmos trabalhando de forma

coordenada, como equipe e também com o apoio do governo do Amazonas, que tem sido companheiro dos médicos do programa Mais Médicos, poderemos seguir na batalha pelo bem-estar das famílias que mais precisam de saúde, e que estão muito contentes com a nossa chegada.

Para finalizar o relatório consideramos como nossos maiores desafios ganhar ainda mais a confiança de nossa população, pois sem ela todos os trabalhos feitos na área de trabalho seriam impossíveis, e a falta de um sinal de internet de qualidade, o que dificulta na troca de informações para nossa UBS. Por fim, a equipe 111 está trabalhando todos os dias para melhorar as coberturas dos programas e o nível de qualidade do atendimento.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006). A prevalência atual varia de 2,7% (30 a 59 anos) a 17,4% (60 a 69 anos), com uma taxa de mortalidade de 12 por mil habitantes. Os gastos totais com esta condição, atualmente, representam cerca de 2% a 15% do orçamento total da saúde (BRASIL, 2006).

Já os dados da DM são cerca seis milhões de portadores, são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações. O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por

maior número de partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL, 2006). A prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, sem mencionar o aumento da morbidade que implica ser portador de DM, com grande risco cardiovascular.

Para maior compreensão de nossa situação de saúde com relação a DM e HAS é necessário lembrar novamente no s infraestrutura e situação de cobertura e qualidade de atendimento ao começo da intervenção. De uma forma geral a infraestrutura da unidade possui recepção, sala de espera, sala da direção, 5 consultórios multidisciplinares, 3 consultórios odontológicos, sala de esterilização, copa, farmácia, banheiro e uma sala de ACS. Essa estrutura ainda não é a ideal, pois existem algumas falhas como a sua falta de adaptação aos sujeitos com necessidades especiais. Contamos com 1 Médico, 1 Dentista, 02 Técnicas de Enfermagem, 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 Auxiliares de enfermagem e 2 Auxiliares de saúde bucal.

Na Unidade Básica de Saúde, a parcela da população portadora de HAS e/ou DM necessita de cuidados realmente efetivos, uma vez que, tanto há baixa cobertura quanto as ações relacionadas à qualidade precisam ser realmente melhoradas. Segundo as estimativas, temos aproximadamente 40% dos usuários com HAS acompanhados pelo Programa e 32% dos usuários com DM. Cabe ressaltar que esses dados não são inteiramente fiéis a nossa realidade e precisam de atualização que será feita com o início do projeto de intervenção, onde buscaremos atingir 80% de cobertura.

Neste contexto, é importante que seja realizada uma ação intervencionista com o objetivo de melhorar o atendimento ao hipertenso e/ou diabético, com ações comunitárias e individuais; além disso, devemos informar a comunidade sobre como prevenir a doença; identificar grupos de risco; fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir

complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população.

Para melhorar a adesão da população de hipertensos e/ou diabéticos, nós como equipe de saúde da família temos que trabalhar e desenvolver as diferentes tarefas que correspondem com a aplicação dos protocolos do Ministério da Saúde. Também temos que falar que a nossa equipe deve estabelecer uma rotina padrão que frequentemente sofre modificações e aperfeiçoamentos de acordo com as necessidades diárias. Novos diagnósticos e problemas locais, coordenação da demanda espontânea e programada, medidas educativas, entre outros eventos oportunos coexistem com a dinâmica das atividades de prevenção, promoção, cura e reabilitação, já presentes no cronograma mensal de nossa UBS.

A intervenção pode melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM nos seguintes aspectos: estabelecer a utilização dos protocolos no uso rotineiro da Equipe de Saúde da Família durante o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do usuário; criar uma rotina estratégica para a equipe na abordagem a estes usuários; promover uma maior integração da equipe; otimizar o controle em menor tempo das doenças; estabelecer maior vínculo entre a equipe e os usuários; estímulo a educação em saúde, as atividades de promoção e prevenção, a adesão ao tratamento contínuo e ao autocuidado.

Sem esquecer a relação direta entre o usuário e a doença, onde será necessário à promoção da saúde e educativa sobre as doenças a todos e a cada um dos usuários afetados direta ou indiretamente por estas doenças, é dizer criar hábitos de autocuidado e autocontrole para assim poder ter melhor controle das doenças e suas complicações tanto na DM como na HAS, pois um usuário com conhecimento e controle de sua doença será muitas vezes mais fácil de tratar e acompanhar ao mesmo tempo de que qualquer ação realizada em estes usuários terá um nível produtivo elevado.

2.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Qualificar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde Dr. Silas Oliveira Santos, Manaus/AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações direcionado aos hipertensos e/ou diabéticos;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Realizar ações de promoção da saúde voltada aos hipertensos e/ou diabéticos.

2.3. METAS

Metas referentes ao objetivo de Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:

1. Cadastrar 80% dos hipertensos residentes na área de abrangência da ESF no Programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Cadastrar 80% dos diabéticos residentes na área de abrangência da ESF no Programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo de Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

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

Metas referentes ao objetivo Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área.
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área.
7. Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados na área, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
8. Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados na área, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
9. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na área da unidade de saúde.
10. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na área da unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo de Melhorar o registro das informações obtidas junto ao programa HIPERDIA da unidade de saúde:

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na área.
12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na área.

Metas referentes ao objetivo Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na área.
14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na área.

Metas referentes ao objetivo de promoção à saúde dos usuários cadastrados junto ao programa HIPERDIA:

15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área.
16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área.
17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na área.
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na área.
19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área.
20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área.
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área.
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área.
23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área.
24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área.

2.4. METODOLOGIA

2.4.1. Detalhamento das Ações

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações:

Cadastrar todos os usuários com DM e HAS da área de cobertura da unidade de saúde. Monitorar a cobertura dos usuários com DM e/ou HAS mensalmente.

Detalhamento das ações:

Cadastro usando ficha espelho, planilha de coleta de dados acompanhamento e controle dos usuários tanto novos, antigos, faltosos, incluindo os detalhes próprios como exames clínicos e laboratoriais todo em base ao Panfletos do Ministério da Saúde e uso de Protocolos Oficiais (Cadernos 36 e 37); Na UBS e na Área de abrangência.

O cadastramento será realizado pelos agentes comunitários de saúde e demais integrantes da equipe, todos os dias durante da Intervenção e a cada fim de mês nós faremos uma revisão da cobertura para avaliar os indicadores e quanto nos falta para alcançar a meta proposta. Avaliaremos as dificuldades e fortaleceremos o controle pelos responsáveis que serão as técnicas de enfermagem e o médico na UBS.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações:

Acolher os usuários com DM e HAS

Detalhamento das ações:

Acolher a todos os usuários com DM e HAS de nossa área de abrangência, onde participaremos toda a equipe, desde a chegada na UBS, onde o primeiro contato será na recepção onde o usuário será orientado adequadamente. Como se falou anteriormente o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho na Unidade, o impacto da reorganização do trabalho no serviço se dá principalmente sobre os profissionais Não médicos que fazem a assistência, No caso da UBS Dr, Silas de Oliveira Santos o acolhimento é desde a recepção até o atendimento nos diferentes Serviços oferecidos na unidade onde basicamente todos os servidores participam em este importante processo, ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeira, assistente social, os

Profissionais do NASF etc. Existe um equipe de acolhimento na recepção e na triagem que passa a ser o centro da Atividade no atendimento a os usuários, todos os dias estes profissionais passam a Usar seu Arsenal tecnológico e conhecimento pra a Assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela População Usuária dos serviços de saúde.

A Organização do serviço médico estará focado na procura de usuários faltosos, agendamento adequado para atendimento controle e monitoramento (registro) das atividades

Eixo: Engajamento Público

Ações:

Oferecer Informação ao Usuário, promoção e prevenção de saúde para a comunidade relativos aos sérvios oferecidos na UBS, por médio de conversas individuais na consulta, palestras organizadas nos grupos vulneráveis. Sobre atividade física e alimentação saudável

Esclarecendo sempre ao usuário e a comunidade com fatores de risco sobre a importância da realização do controle de glicemia e pressão arterial e exames de rotina.

Detalhamento das ações: Aproveitar cada encontro seja na consulta ou em qualquer visita domiciliar ao usuário e falar da importância de realizar controle da glicemia e pressão arterial em aqueles usuários com fatores de risco, Este deve ser realizado pelos trabalhadores da equipe de saúde.

Pra fazer promoção e prevenção nos usuários a equipe uso panfletos da semsa, secretaria municipal de saúde e do ministério da saúde além de elaborados pela equipe, usando impressões a color e marcadores sobre o serviços oferecidos na UBS e sobre a importância de atividade física, evitar tabaquismo e identificar fatores de risco pra o desenvolvimento destas doenças,

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe no acolhimento dos usuários com DM e HAS. Atualização do programa em base ao estabelecido pelos protocolos oficiais do ministério da saúde usando os cadernos número 36 e 37 do ministério da saúde, que garantirá a coordenação das diferentes ações e atividades a desenvolver durante a intervenção na UBS e área de abrangência. Capacitar os ACS e outros profissionais da equipe na busca dos usuários.

. Qualificação da atenção e assistência (PA, exames).

Detalhamento das ações: As capacitações serão realizadas no momento da reunião de equipe, através de roda de conversa com o auxílio de recursos de mídia visual.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

O monitoramento será realizado através da Ficha Espelho e da Planilha de Coleta de dados. Os dados da Ficha Espelho serão preenchidos durante as consultas. Posteriormente, serão repassados para a Planilha de Coleta de dados e avaliados durante a reunião de equipe, mensalmente.

Eixo: Organização e gestão.

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para busca de usuários faltosos.
- Organizar a agenda para acolher a demanda de usuários provenientes das buscas.

Detalhamento das ações:

Semanalmente, através da Ficha Espelho serão levantados os usuários faltosos, ou que estão com pendências no acompanhamento. Após este levantamento serão agendadas visitas domiciliares para serem realizadas no próximo dia de visita da equipe.

Eixo: Engajamento público.

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos usuários com DM e HAS.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com DM e HAS

Detalhamento das ações:

Informar na comunidade sobre a importância da atenção médica para DM e HAS para que eles tenham consciência da importância da atenção na USB, assim como escutar sugestões para que não aconteça evasão dos usuários ao programa, os encarregados de fazer essa ação são os agentes comunitários de saúde porque eles são os que têm mais contato com a comunidade.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

- Treinar os ACS para abordar a importância da realização dos controles.

Detalhamento das ações:

Na primeira reunião que tenhamos com toda nossa equipe básica de saúde faremos uma capacitação do porque é importante o controle da DM e HAS, para que eles tenham consciência e dessa forma estejam conscientes do seu papel, porque eles são nossa mão forte na comunidade. Os encarregados de fazer as palestras será o médico.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização do exame clínico e do controle da glicemia e pressão arterial de forma regular dos usuários com DM e HAS.

- Monitorar a solicitação dos exames laboratoriais previstos no protocolo. Entre eles: Hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, LDL, creatinina, ureia, ácido úrico, EAS, Eletrocardiograma. Raio x de Tórax AP em Tele, Fundo de Olho. Todo é muito importante sobre todo o Lipidograma na hora de fazer a estratificação de risco cardiovascular usando o score de risco de Framingham que como se falou anteriormente permite saber sobre o prognóstico do usuário e a melhor conduta terapêutica.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Os Usuários Hipertensos e diabéticos da UBS Dr. Silas de oliveira santos conta com uma farmácia onde Oferecemos os seguintes remédios: AAS, 100 mg, enalapril 10mg, captopril 25mg, hidroclorotiazida 25mg, glibenclamida 5 mg, Insulino NPH, 100UI, Glicazida diferentes apresentações, metformina 850g, metil-Dopa 250 mg, anlodipino 5 mg, losartan 50mg, atenolol 50mg, sinvastatina em caso de colesterolemia 10 e 20 mg. Furosemida 40 mg.

Detalhamento das ações: O monitoramento será realizado através da Ficha Espelho e da Planilha de Coleta de dados. Os dados serão preenchidos na Ficha Espelho durante as consultas e transferidos para a Planilha de Coleta de dados, sendo avaliados, mensalmente, durante a reunião de equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Estabelecer sistemas de alerta para fazer o exame glicêmico e o exame da pressão arterial
- Estabelecer sistemas de alerta para a solicitação de exames de acordo com o protocolo.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Durante as reuniões de equipe ocorrerão encontros para discussão do caderno da atenção básica para os usuários com HAS e DM, onde serão estabelecidas as funções de cada profissional e os temas de capacitação.

Estabelecer critérios com sinais de alerta, e dispor no consultório uma folha com todos os parâmetros para que os profissionais não se esqueçam no momento da consulta. Realizar maior uma sensibilização com os gestores enviando um ofício à gestão municipal com os materiais e medicamentos que estão faltando. Além disso, convidaremos a Coordenação da Atenção Básica, ou a Secretaria Municipal de Saúde para as reuniões de equipe a fim de colocar estes assuntos para discussão.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico.

Detalhamento das ações:

Temos que fazer reuniões de capacitação onde tocaremos muitos pontos que são muito importantes para nossa equipe, e dessa forma almejamos melhorar a qualidade de atenção da população. Falaremos de muitos temas entre os quais estão o porquê é importante um bom acolhimento para que os usuários voltem mais na UBS, importância

de solicitar a realização de exames segundo o protocolo do ministério da saúde e ter o olhar atento para as questões de saúde bucal.

Eixo: engajamento público.

Ações:

- Informar a população sobre todos os serviços oferecidos relacionados com DM e HAS.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações:

Realizar uma sensibilização maior em palestras, em conversações diárias com os usuários e também na hora da captação na busca ativa, sobre os serviços que eles têm a sua disposição e dos benefícios que podem ter na unidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações direcionado aos hipertensos e/ou diabéticos

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ações:

- Monitorar o registro de todos os acompanhamentos dos usuários com DM e HAS

Detalhamento das ações:

O monitoramento será realizado através da Ficha Espelho e da Planilha de Coleta de dados. Os dados da Ficha Espelho serão preenchidos durante as consultas.

Posteriormente, serão repassados para a Planilha de Coleta de dados e avaliados durante a reunião de equipe, mensalmente.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações:

- Preencher a ficha de acompanhamento.
- Implantar ficha-espelho.
- Organizar registro específico para a ficha-espelho.

Detalhamento das ações:

O preenchimento será feito pelo médico. Serão impressas 50 Fichas Espelho e deixadas na sala do médico para os usuários que forem captados no momento da intervenção.

Eixo: Engajamento público.

Ações:

- Esclarecer aos usuários sobre os seus direitos de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Detalhamento das ações

O esclarecimento dos usuários e da comunidade ocorrerá por meio de palestras que serão realizadas no dia do atendimento regular, antes do atendimento quando realizado pelo médico. Também serão realizadas salas de espera pelos agentes comunitários de saúde que ocorrerão durante as consultas. Serão aproveitados todos os encontros com os usuários como as consultas e visitas domiciliares para dialogar acerca destes temas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

- Treinar o preenchimento da ficha espelho.

Detalhamento das ações:

O treinamento da Ficha Espelho ocorrerá na primeira semana da intervenção. Serão impressas as Fichas Espelho e repassadas para a equipe informando as ações que serão realizadas e cada item da Ficha Espelho, tirando as dúvidas dos presentes.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ações:

- Monitorar o registro na ficha espelho do risco cardiovascular por trimestre.
- Monitorar o número de encaminhamentos para o alto risco.

Detalhamento das ações:

O monitoramento será realizado através da Ficha Espelho e da Planilha de Coleta de dados. Os dados da Ficha Espelho serão preenchidos durante as consultas. Posteriormente, serão repassados para a Planilha de Coleta de dados e avaliados durante a reunião de equipe, mensalmente.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações:

- Identificar na Ficha Espelho os usuários com DM e HAS de alto risco cardiovascular e outras complicações.

Detalhamento das ações:

A cada consulta faremos a classificação de risco cardiovascular e outras complicações onde colocaremos esta informação na Ficha Espelho que será preenchida a cada consulta.

Ações:

- Encaminhar aos usuários de alto risco para serviço especializado.

Detalhamento das ações: Após a realização da classificação de risco, para os usuários que necessitarem serem encaminhados, será preenchida a Ficha de Referência do usuário e realizado encaminhamento.

Ações:

- Garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

Detalhamento das ações:

Será realizado o preenchimento da Ficha de Referência para usuários que necessitarem ser encaminhados. Além disso, serão realizadas visitas nos ambulatórios e rede hospitalar, para uma maior aproximação, conhecimento dos critérios de encaminhamento, etc.

Eixo: Engajamento público.

Ações:

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais adequado referencial dos usuários de risco cardiovascular e descompensados.

Detalhamento das ações:

Realizar palestras que enfatizem que o acompanhamento dos usuários com DM e HAS. Além disso, é importante falar com a comunidade e com os usuários sobre a importância da Participação popular, da mobilização comunitária. Falar da existência do Conselho Municipal de Saúde o qual se pode recorrer a estas instâncias para procurar saber os direitos e buscar que estes se cumpram.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar os profissionais que realizam os controles dos usuários com DM e HAS classificação do risco em cada trimestre e manejo de intercorrências.

Detalhamento das ações:

As ações de capacitação da equipe ocorrerão através de rodas de conversa, com o auxílio de Power Point, nas reuniões de equipe.

Objetivo 6. Realizar ações de promoção da saúde voltada aos hipertensos e/ou diabéticos.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional.
- Monitorar a orientação sobre os cuidados com infecções, feridas e lesões nos membros inferiores no caso da DM e cuidados cardiovasculares no caso da HAS

- Monitorar o número de usuários que conseguiram parar de fumar ou mudou o estilo de vida de risco.
- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações:

As ações de monitoramento ocorrerão através da Ficha Espelho e da Planilha de Coleta de dados. As Fichas Espelho serão preenchidas a cada consulta e os dados serão repassados para a Planilha de Coleta de Dados. Mensalmente, será realizada a avaliação dos dados em equipe, através da Planilha de coleta de dados.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ações:

- Estabelecer o papel da equipe na promoção da alimentação saudável para os usuários com DM e HAS
- Estabelecer o papel da equipe na realização de orientações sobre os cuidados com infecções, feridas as lesões nos membros inferiores no caso da DM e cuidados cardiovasculares no caso da HAS
- Estabelecer o papel da equipe relação a usuários que conseguiram parar de fumar ou mudou o estilo de vida de risco.

Detalhamento das ações:

Na primeira semana da intervenção, será realizada uma reunião em que serão discutidas as ações a serem realizadas, a responsabilidade de todos os envolvidos e a atribuição do papel de cada um nas ações da intervenção.

Ações:

- Propiciar o encontro de usuários com DM e HAS realizando conversas sobre facilidades e dificuldades do acompanhamento das doenças.

Detalhamento das ações:

Propiciar encontro dos usuários onde eles possam interagir, dar opiniões sobre suas doenças e quais são suas dificuldades nesse mesmo momento.

Eixo: Engajamento público.

Ações:

- Compartilhar com a comunidade e com os usuários orientações sobre alimentação saudável.

Detalhamento das ações:

Os agentes comunitários ofertaram orientações sobre nutrição adequada para eles, já foram capacitados previamente isso é importante porque eles mantêm uma maior comunicação com a população na comunidade.

Ações:

- Orientar a comunidade em especial usuários com DM e HAS e seus familiares sobre os cuidados com a dieta.
- Orientar a comunidade, em especial usuário com DM e HAS e seus familiares, sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas.

Detalhamento das ações:

Durante as consultas médicas se fará orientação aos usuários e seus acompanhantes sobre os cuidados da dieta, sobre as vantagens e desvantagens de mudanças nos estilos de vida e assim como lutar contra as drogas licitas além de falar o dano que faz a saúde e seus benefícios de deixar isso hábitos, estas ações serão reforçadas por toda minha equipe de saúde.

Eixo: Qualificação da paratica clinica

Ações:

- Capacitar a equipe para fazer orientação nutricional de usuário com DM e HAS.

Detalhamento das ações:

Serão realizadas palestras e pequenas aulas de atualização para poder treinar a equipe da saúde para que sejam realizadas orientações, pelo menos básicas, com relação a doença metabólica diabética. Para isso é importante que trabalhem com um sistema de retroalimentação ou feedbacks que nos permita avaliar o resultado dessas palestras e pequenas aulas.

2.4.2. INDICADORES

Indicadores referentes ao objetivo de Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Indicadores referentes ao objetivo de Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Indicador 3: Proporção de Hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicadores referentes ao objetivo Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com o exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

Denominador: Número total de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: número total de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicadores referentes ao objetivo de Melhorar o registro das informações:

Indicador 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na área da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

Indicador 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de diabéticos cadastrados na área da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

Indicadores referentes ao objetivo de Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na área da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na área da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

Indicadores referentes ao objetivo Promoção da saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de usuários diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe.

Indicador 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Indicador 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.4.3. LOGÍSTICA

Para a intervenção, seguiremos como base o protocolo do Ministério da Saúde voltado aos usuários com HAS e/ou DM, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37 (BRASIL, 2013). A intervenção será realizada em um período de 16 semanas na ESF UBS Ampliada Dr. Silas de Santos Oliveira na Área de abrangência do local 111 esta UBS está localizada no bairro Conjunto castanheira na Zona leste de Manaus AM, tendo seu início programado para novembro de 2014. As ações serão organizadas na Unidade de Saúde da Família, através do acompanhamento dos usuários do território de

abrangência da equipe. Todo o trabalho da Universidade Federal de Pelotas está registrado no Comitê de Ética da Instituição (ANEXO A).

A captação dos usuários será realizada na UBS. Os dados coletados durante o atendimento serão repassados para o prontuário e ficha espelho (ANEXO B). que contém todas as informações necessárias para o acompanhamento, sendo posteriormente transferidos para a planilha de coleta de dados (ANEXO C), para a realização do acompanhamento e monitoramento da intervenção. Além dos atendimentos clínicos também serão realizadas palestras com os usuários, capacitação, organização e planejamento de ações junto com a equipe multiprofissional medico, enfermeira, dentistas, ACS, profissionais do NASF (nutricionista, psicóloga, educadora física, fisioterapeuta além de levar um acompanhamento e monitoramento regular de todas as ações.

Minha UBS conta com uma estrutura física (material) boa, o que facilita a disponibilidade de espaços adequados pra fazer as palestras a nossa grande demanda de Usuários e ela também disponibiliza as cadeiras pra os Usuários além de contar com os recursos e os médios áudio visuais adequados, Projetor de slides e video, computador, microfones, televisores, também conta com a disponibilidade de agua potável pra os servidores e pra os usuários, papel pra impressão, impressora canetas, camisetas pra campanhas de DM e hipertensão arterial e tudo o que a equipe possa precisar.

A UBS 111 não conta com escolas ou fabricas dentro da nossa área de abrangência, mas as outras duas equipes têm, contando em várias coações sobre todo no hiperdia de alimentos, sucos, bolos e outros produtos oferecidos por estas empresas para os usuários.

Eu como médico e coordenador das diferentes atividades que realiza a equipe dentro e fora da UBS primeiramente falei com a minha gestora o chefe mediato e imediato pela necessidade de realizar uma intervenção enfocada nos usuários com estas duas doenças crônicas não transmissíveis, depois de receber o aval tomei a determinação de realizar uma reunião no meu consultório com a equipe semanas antes de iniciar com a de intervenção como tal, durante a minha apresentação do projeto para

a minha equipe de saúde esclareci dúvidas e comentários dos diferentes integrantes mas ao final todos confirmaram a participação em esta intervenção como sempre em todas as atividades que permitam elevar a saúde e o bem-estar da população além da necessidade de ser atualizados em base aos protocolos oficiais do ministério da saúde.

Eixo organização e gestão do serviço.

O trabalho de intervenção será embasado no Manual Técnico de DM e HAS, com foco na captação de dados provenientes da ficha espelho disponibilizada pelo curso. Para o acompanhamento mensal da intervenção utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados e para organizar o registro específico do programa, na ausência da enfermeira eu revisarei o livro de registro identificando os usuários que foram ao serviço para realizar o controle de tensão arterial ou de glicemia nos últimos 3 meses.

Os prontuários destes usuários serão localizados e os dados destes serão transcritos para a ficha espelho ou atualizados em relação a busca ativa, que também serão feitas para captar os sujeitos que não foram atendidos na UBS.

Por sua vez, os técnicos de enfermagem e o médico semanalmente examinarão as fichas espelhos, identificando aquelas que estão em atraso com consultas, exames clínicos, exames de laboratório ou frequência e cumprimento de consultas agendadas. O agente comunitário de saúde fará uma procura ativa de todos os possíveis casos de DM e HAS.

Uma vez feita essa busca, as consultas serão agendadas para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Nossa população será atendida principalmente na UBS, para poder estabelecer um controle fiel e de confiança, mas alguns procedimentos médicos podem ser feitos na pesquisa ativa, como a tomada de tensão arterial para poder captar possíveis novos casos.

O cadastramento será realizado pelos agentes comunitários de saúde e demais integrantes da equipe, todos os dias durante da Intervenção e a cada fim de mês nós faremos uma revisão da cobertura para avaliar os indicadores e quanto nos falta para

alcançar a meta proposta. Avaliaremos as dificuldades e fortaleceremos o controle pelos responsáveis que serão as técnicas de enfermagem e o médico na UBS.

Eixo monitoramento

O monitoramento das ações ocorrerá durante as consultas e também durante as reuniões de equipe. Ele será feito pelo médico e pelos técnicos de enfermagem em função de cada usuário, fazendo comparações com a evolução de cada caso, análise dos prontuários, fichas espelho e avaliando que atividades precisam ser reforçadas para assim cumprir com as metas estabelecidas.

Eixo qualificação da prática clínica

Será realizado na sala de reunião da equipe dirigido pelo Médico em função de um calendário de temas pré-acordado com a equipe. Utilizaremos para essas capacitações outros horários, principalmente em pequenas reuniões antes de começar o atendimento diário. Para isso será utilizado o *datashow* com slides no *power point*, orientando como a equipe deve fazer um acolhimento com qualidade, discussão de questões clínicas, do papel de cada um nas ações, dos responsáveis pelas salas de espera. Espera-se favorecer nesses encontros uma troca intensa de ideias e fomentar a manutenção de um espaço constante de discussão.

Todos os Usuários (100%) com estas doenças crônicas não transmissíveis; DM e Hipertensão arterial sistêmica foram avaliados pela estratificação de risco cardiovascular usando o método estabelecido nos protocolos oficiais do ministério da saúde, em base ao seu grão valor terapêutico e prognóstico (Score de Risco de Framingham) Este mede o risco dos usuários pra apresentar angina, infarto do miocárdio ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. O risco é considerado baixo quando o escore é inferior a 10%, intermediário quando está entre 10 e 20% e alto quando é superior a 20%.

Lembrei pra todos os Usuários que esta avaliação da estratificação de risco cardiovascular se trata apenas de uma estimativa e que o fato de você ter baixo risco

Atendimento clínico																
Visita domiciliar pela equipe																
Palestras educativas																
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa																
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.																
Monitoramento da intervenção.																
Reuniões de equipe																

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Dentre as ações previstas que foram desenvolvidas podemos destacar a intensificação do cadastramento dos usuários com DM e HAS, passando pelo

treinamento da equipe de saúde tanto nos aspectos ligado ao atendimento clínico quanto na busca ativa de casos na comunidade.

Não tivemos muitas dificuldades nas ações que almejamos realizar. Destaca-se nesse processo, que muitas ações perpassaram pela qualificação e treinamento construído pela equipe, por exemplo, para o cadastramento dos usuários realizamos encontros nos quais discutimos vários aspectos do trabalho, uma vez que todo o ato laboral está interligado.

Nessas reuniões fizemos um treinamento do pessoal que envolveu a utilização e o manejo da planilha e ficha, discutimos o reconhecimento de sintomas e sinais diretamente relacionadas a DM e HAS, além de noções sobre os fármacos relacionados a estas doenças. Essas reuniões foram realizadas uma vez por semana, sendo encontros extensos, onde fazíamos a avaliação semanal, os treinamentos já descritos, construíamos o cronograma semanal, além de ter o feedback da equipe de saúde avaliando suas necessidades.

Cabe ressaltar que efetuamos outras pequenas reuniões diárias antes de iniciar o dia de trabalho, porém em determinados momentos não foram necessárias essas pequenas reuniões, haja vista, a pactuação prévia e a ausência de intercorrências.

Quanto ao cadastramento dos usuários nós tivemos uma terrível dificuldade, pois ao analisar a realidade de nossa UBS percebemos que havia uma relativa desorganização dos dados, tanto é que tínhamos apenas uma pequena amostra de usuários cadastrados com DM e HAS. Assim, tivemos a necessidade de reiniciar os dados da UBS dos usuários com HAS e DM, pois poderíamos ter um melhor levantamento do nosso público alvo, para poder prestar uma maior qualidade no atendimento e cadastro de novos sujeitos.

Quanto às ações de educação em saúde, os usuários foram orientados quanto aos serviços disponíveis na UBS, além de diversas palestras voltadas a promoção à saúde. Estas envolveram orientações relacionadas aos agravos dos usuários, mas também buscamos fomentar o autocuidado, o incentivo a práticas alimentares e adoção de um estilo de vida saudável. Em todos esses momentos buscamos interagir com as pessoas para saber o seu feedback das atividades e seu entendimento das informações que nos propomos a dialogar.

Em relação aos atendimentos dos diabéticos, nossa equipe sempre procurou orientá-los para que estes não faltassem as consultas marcadas, estivessem atentos a sintomas e sinais de alarme, por exemplo, excesso de fome, sede e frequência miccional alterada, que são clássicos sintomas da doença descompensada. Somado a isso, nossa equipe abordou em seu treinamento o reconhecimento desses sintomas e sinais de alarme, visando encontrar casos de usuários com DM com complicações.

Ao mesmo tempo e de maneira similar, os usuários com HAS foram atendidos com qualidade através de um trabalho coordenado pela equipe. Nesse, buscamos fomentar à promoção da saúde para os usuários, além de orientá-los para que fiquem atentos as alterações na sua doença, como dores de cabeça, limitações físicas, sobretudo, em idosos, pois esta doença tem relação íntima com cardiopatias, especialmente, se a mesma tiver vários anos de evolução.

Ao longo das consultas além dos procedimentos técnicos prestamos orientações específicas para cada usuário. Mas, de uma forma geral buscamos salientar à todos os cuidados necessários quanto à saúde bucal. Buscamos ainda sempre enfatizar a importância do controle das doenças para que este não seja realizado apenas nos momentos sintomáticos, frisamos a importância da realização dos exames laboratoriais, para que estes possam nos ajudar no controle regular do tratamento farmacológico, e, caso seja necessário efetuar o encaminhamento para o especialista.

Quanto as visitas domiciliares estas representaram para a equipe um grande esforço e gasto de energia, muitas vezes em vão. Isso porque, por força do horário, tinha dias que nós trabalhadores fazíamos nosso trabalho sem resultado, usando valiosas horas sem encontrar os usuários em suas casas.

Os trabalhos realizados com os usuários com HAS e/ou DM foram nestas semanas os mais produtivos pelo maior número de usuários. Os temas abordados foram relacionados ao estilo de vida saudável, dieta com baixa ingestão de sal e gorduras, além de incentivar a prática de atividade física aeróbica sistematicamente, sempre com o acompanhamento médico, e, se possível com a nutricionista.

Além disso, buscamos orientar sobre o uso adequado dos remédios para a pressão arterial ou a DM tipo 2, e sobre como um controle inadequado pode trazer complicações como: retinopatia hipertensiva, retinopatia diabética, IRC, problemas

cardiovasculares, acidentes vasculares encefálicos, pé diabético etc. Informamos ainda sobre o trabalho desenvolvido na UBS, e como o SUS disponibiliza os medicamentos, tudo isso com vista a uma boa qualidade de vida das pessoas e de sua família.

No que diz respeito à parceria com as instituições do território, em nossa área contamos apenas com a colaboração de algumas instituições religiosas que orientaram as pessoas a buscar o serviço de saúde e fazer uma avaliação da sua condição de saúde.

Estas semanas de trabalho, relativamente intensivas, relacionadas a qualificação da atenção aos usuários com HAS e DM, obrigou toda equipe a uma revisão constante sobre estas doenças fazendo assim atualizações no conhecimento da equipe voltadas ao tratamento e cuidado dessa parcela da nossa população coberta.

Dentre os fatores que tornaram bastante mais ágil nosso trabalho podemos destacar a vontade de trabalho de minha equipe de saúde, que sempre dentro do marco do respeito, empatia e sem abusos conseguimos estruturar adequadamente as formas de agir.

Ainda estou tentando criar estratégias para poder utilizar nossos recursos humanos da melhor forma. Temos enfrentado dificuldade com as pessoas que trabalham e não estão conseguindo fazer seu acompanhamento de saúde. Em contrapartida não posso solicitar a equipe a extensão da sua carga horária para realizar tal busca ativa.

Em relação aos problemas que tivemos ao longo da intervenção podemos elencar as dificuldades de captação dos usuários que trabalham. Além disso, Manaus por ser parte do Amazonas é uma região tropical com um índice de precipitação muito elevado, dificultando muito o labor dos ACS, do Médico e de toda a equipe na comunidade. Temos outros problemas de saúde na comunidade que, para além da intervenção, requerem nossa maior vigilância, como a dengue, tuberculose, doenças tropicais e DST.

A continuação temos também algumas ações desenvolvidas no serviço, mas foram desenvolvidas com dificuldades alheias e fora do controle da UBS.

Encaminhar os usuários de alto risco para o serviço especializado.

Geralmente todos os encaminhamentos necessários para os cardiologistas especificamente são feitos, e mesmo com a demora estes profissionais conseguem avaliar os usuários que atendo. Porém, o problema reside na marcação para as outras

especialidades porque temos um número reduzido de pessoal especializado nesta região. Felizmente nosso conhecimento em Saúde da Família nos ajuda na solução de 85% dos problemas da comunidade, reservando o encaminhamento aos especialistas somente para aqueles usuários que realmente precisam.

Monitorar o número de encaminhamentos para o alto risco.

Os usuários com alto risco que precisavam de alguma avaliação especializada foram encaminhados para lograr um acompanhamento multidisciplinar, só que muitas vezes ao retornar a UBS, depois de alguma eventualidade ou avaliação, muitos destes especialistas não enviavam a ficha de contra referência com as informações do seu atendimento. Por exemplo, os exames realizados pelos usuários não retornavam para nós, isso demonstra que o SUS precisa agregar estas informações na rede, num sistema único de acesso a todos os profissionais.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

No município existe um sistema de marcação, no entanto, o mesmo é lento e não garante agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Essa é uma dificuldade que envolve várias unidades, se não a maioria, apesar desse fato a maioria dos meus usuários conseguiram realizar seus exames. Acabamos, portanto, não dialogando com o gestor sobre tais limitações ao entender a complexidade do sistema.

Garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

Neste ponto quase nunca tenho dificuldades diante do meu adequado preenchimento da ficha de referência para os outros níveis de atenção. Porém, já houveram situações em que os usuários necessitavam de internação hospitalar e tiveram dificuldades, haja vista, que os profissionais julgaram que a demanda capaz de ser atendida na APS. É difícil garantir o acesso dos usuários na rede, pois diversos fatores contribuem para uma relação permeada por entraves entre os níveis de atenção.

Tenho que dizer que existiram dificuldades na realização de algumas palestras marcadas com os Usuários desta intervenção porque infelizmente se cruzavam os

horários com outras atividades desenvolvidas dentro e fora da Unidade de saúde Por exemplo reuniões e capacitações.

3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas

Não houve ações planejadas que não foram realizadas.

3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

Não houve dificuldades relacionadas a sistematização dos dados e a utilização da ficha espelho. Contudo, no preenchimento da planilha tive algumas dificuldades, pois alguns detalhes de configuração do *Excel* trouxeram para mim algumas dúvidas, mas após o trabalho semanal com a planilha consegui realizar o seu correto preenchimento.

3.4. Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

As ações realizadas até agora, pouco a pouco, já fazem parte da rotina diária nos serviços. Acreditamos que mesmo finalizando o curso temos as bases do trabalho para poder continuar com os atendimentos, as buscas ativas e o acolhimento dos usuários com DM e HAS, com vistas na elevação dos indicadores atuais.

Os aspectos necessários para melhorar nosso serviço são muitos, pois a cada dia surge algum obstáculo novo ou mesmo antigo que precisa de outro enfoque para ser superado. Por exemplo, temos enfrentado dificuldades com os horários de trabalho dos usuários que dificultam a pesquisa ativa, para a qual temos pensando em estratégias relacionadas a horas destinadas exclusivamente para o trabalho de busca.

Os aspectos ligados a minha equipe ou mesmo a gestão que poderiam ser melhorados para a continuidade e o aprimoramento do trabalho basicamente são: contar com um profissional de enfermagem na minha equipe, desde que trabalho a 2 anos a

equipe não conta com este profissional, dificultando muito o trabalho de todos como equipe que somos, ainda assim fazemos o melhor para lograr as metas e continuar melhorando o nível de bem-estar da população.

Em resumo, tenho a dizer que a intervenção na UBS está funcionando adequadamente, apesar das baixas cifras de porcentagem, lembrando que decidimos começar do zero a inclusão de usuários com Diabetes e hipertensão por causa de uma atualização mais responsável e confiável.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1. RESULTADOS

A intervenção realizada na UBS Dr. Silas de Oliveira Santos está baseada na melhoria da atenção aos usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Segundo dados coletados pelo indicador de cobertura do caderno de ações programáticas, na área adstrita temos 206 usuários hipertensos e 46 diabéticos. Alguns previamente cadastrados, mas ainda com problemas na organização da documentação. Os objetivos desenvolvidos levaram aos resultados descritos abaixo.

Aclaramos nesta parte que os indicadores prévios não eram totalmente de confiança, porém se decidiu fazer desde zero todos os trabalhos para ter um controle e acompanhamento bem organizado e supervisionado, essa é a razão pela qual vários indicadores não são muito diferentes aos indicadores do começo da intervenção. A diferença está em que temos um controle com documentos físicos como assim também virtuais que abalam os dados atuais e a partir deste trabalho sem lugar a dúvidas podem ser construídos e adicionados mais dados com a certeza de uma boa base.

As dificuldades pelo qual a equipe não conseguiu atingir a meta foram várias entre elas: dados anteriores não confiáveis e estavam desatualizados demais, mudanças no território nos últimos meses (6 micro áreas) das 7 originais.

Não foi atingida a meta pactuada desta intervenção que era de atingir um 80% dos usuários hipertensos e diabéticos em base ao estabelecido pelo caderno de ações programáticas porque foi encurtado o tempo da intervenção pra 3 meses.

Mas a equipe toda está muito contente e satisfeita com os resultados que atingimos porque logramos fazer em 3 meses o que a UBS desde a sua construção a muitos anos atrás não conseguiu, e porque agora conta com dados sólidos e atualizados para continuar desenvolvendo este trabalho.

Em base que a equipe conta com o serviço de Odontologia para a população, eles participaram das reuniões e sobretudo da necessidade de avaliar estes usuários com doenças crônicas. A orientação sobre os bons hábitos de higiene bucal e cuidado dos dentes poder ser orientado por qualquer profissional da equipe. Agora a avaliação odontológica é feita exclusivamente pelo dentista e os dados em base as fichas de acompanhamento odontológico.

Não atingimos 100% porque existirem problemas durante o tempo da intervenção com o compressor e a peça estava em falta, então a equipe conseguiu trabalhar parcialmente com as outras equipes Odontológicas que existem na Unidade atingindo uma porcentagem alto mas infelizmente não 100%

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos da área para 80%

A proporção de usuários atendidos dentro dos objetivos do projeto foram aumentando dia a dia. É importante destacar que existiram muitos problemas de organização nos documentos e para que o projeto alcançasse mais qualidade, foi preciso recomeçar do zero o cadastramento dos usuários, tomando como base as buscas ativas para usuários faltosos e usuários que, habitualmente, não vão às consultas marcadas há muito tempo.

Sendo assim, no primeiro mês foram cadastrados 110 usuários hipertensos (19,9%), no segundo mês 149 (26,9%) e no terceiro mês 206 (37,3%), (Figura 1).

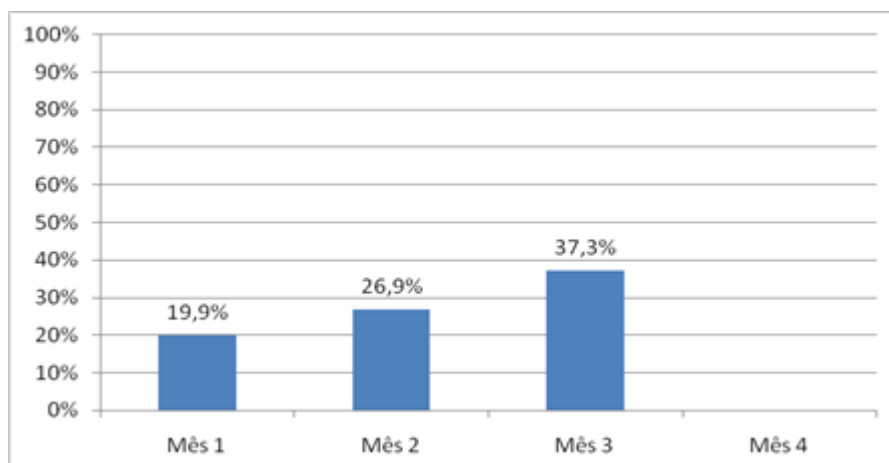


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Quanto aos usuários diabéticos foram alcançados os seguintes resultados: no 1º mês foram apenas 20,3% (32), no 2º mês 29,1% (46) e no 3º mês 38% (60), (figura 2).

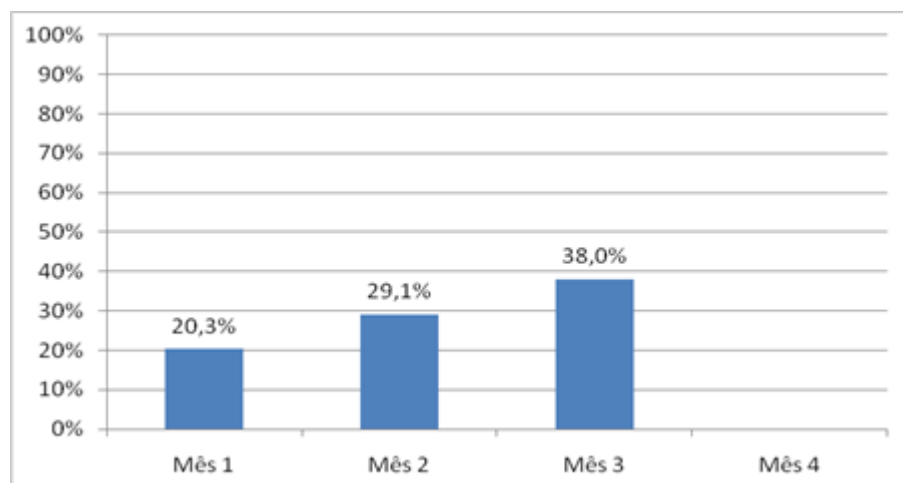


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Silas de Oliveira Santos. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Achamos que ocorreu uma melhora constante desde o começo da intervenção devido ao esforço da equipe de saúde, principalmente, no trabalho da busca ativa feita

pelos nossos Agentes Comunitários que realizaram estas atividades de forma integral. Além disso, foi realizado a sistematização dos dados cadastrados, buscando levantar informações para a prática da promoção da saúde.

Não obtivemos melhores resultados devido ao pouco tempo de intervenção e por conta da nossa escolha de começar do zero os cadastramentos. Assim, não foi possível chegar à nossa meta de 80%.

2. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Tanto no caso da hipertensão quanto da diabetes, realizamos um trabalho intenso para dar o melhor atendimento, sempre crescendo, paulatinamente.

O indicador que avaliou a realização de exames clínicos e complementares, em dia, nos usuários hipertensos, alcançou os seguintes dados: no 1º mês foram apenas 88,2% (97), no 2º mês 90,6% (135) e no 3º mês 93,2% (192), (figura 3).

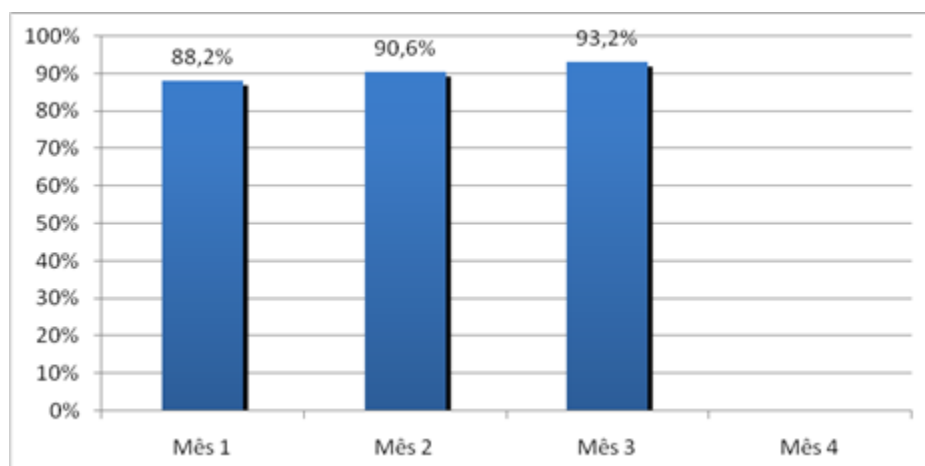


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de usuários diabéticos com exame clínico em dia foi de 31 (96,9%) no primeiro mês da intervenção, 45 (97,8%) no segundo mês e 59 (93,3%) no último mês da intervenção (figura 4).

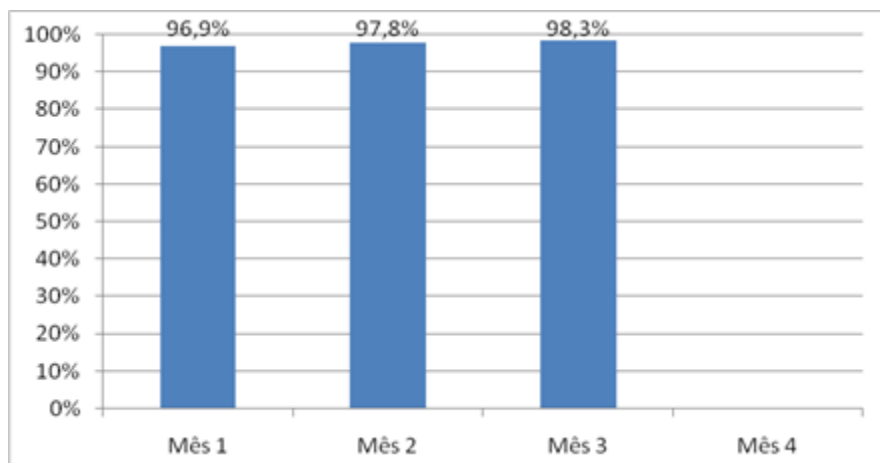


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Vemos que o número de hipertensos com exames complementares, em dia de acordo com o protocolo, foi gradativamente melhorando. Conseguimos, ao longo dos meses, os seguintes dados: no 1º mês foram 69,1% (76), no 2º mês 75,2% (112) e, por fim, no 3º mês 77,7% (160) (figura 5).

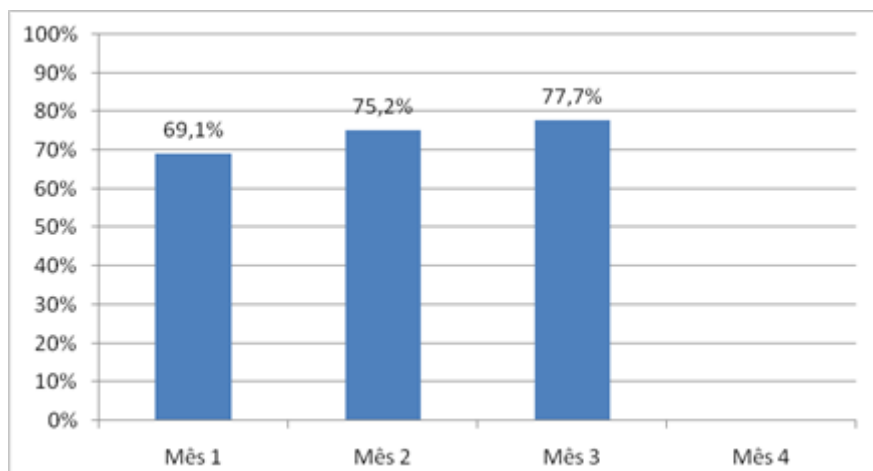


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Quanto aos diabéticos com exames complementares em dia, conseguimos os seguintes dados: no 1º mês 93,8% (30), no 2º mês 95,7% (44) e no 3º mês 96,7% (58), (figura 6).

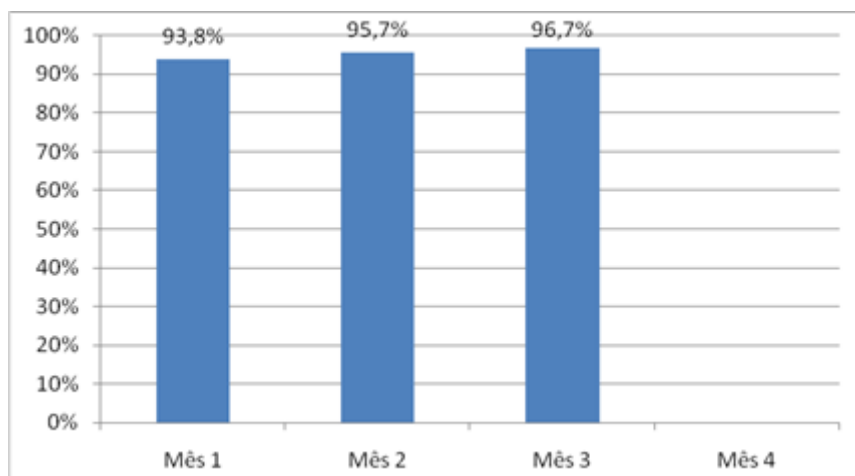


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

O quantitativo de usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, alcançou os 100% em todos os meses da intervenção, tanto para o grupo de hipertensos quanto para o grupo de diabéticos.

O número de usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, alcançou os seguintes dados: no 1º mês 87,3% (96), no 2º mês 83,9% (125) e no 3º mês 87,4% (180) (figura 7).

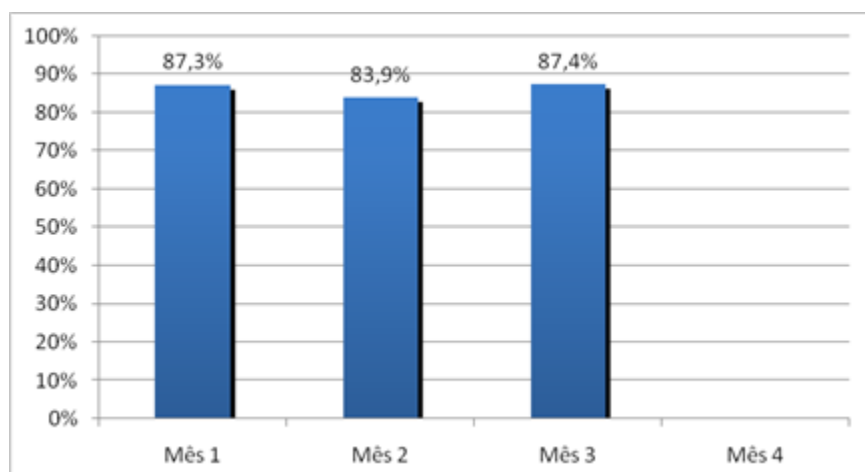


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A necessidade de avaliação odontológica para os usuários diabéticos, alcançou os seguintes valores: no 1º mês 84,4% (27), no 2º mês 78,3% (36) e no 3º mês 80% (48) (figura 8).

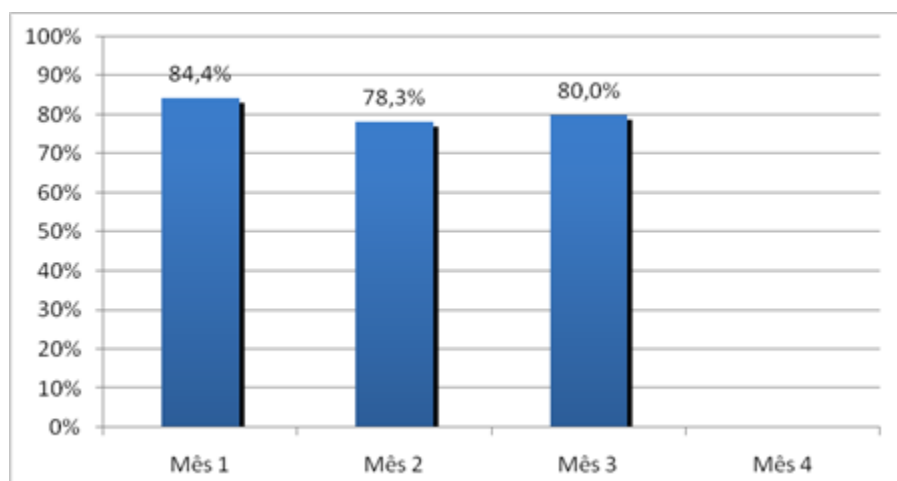


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Os indicadores demonstram que houve um aumento paulatino desde o primeiro mês, no que se refere à qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos. Este crescimento positivo aconteceu devido ao esforço de toda equipe da UBS, a qual se encarregou da organização dos usuários, dos seus dados, das histórias clínicas, das fichas e das planilhas, assim como da promoção da saúde que é importante, para o alcance das metas, pois criando consciência em nossos usuários, eles cumprem com as marcações e agendamentos dos exames clínicos e laboratoriais e, principalmente, com as orientações e prescrições médicas necessárias.

Tive a oportunidade de atender usuários com sequelas de hipertensão e diabetes, tais como amputações, retinopatia diabética, acidente vascular encefálico, hemiplegia que nunca tiveram a oportunidade de ser avaliados por um médico. Antes da minha chegada, a UBS ficou vários meses sem médico, o que foi muito ruim para a população. Atualmente, os usuários manifestam que se tivessem a oportunidade que têm hoje em dia, de ter uma atenção primária de qualidade, jamais aconteceria isso com eles.

A busca ativa aos usuários faltosos foi realizada durante os três meses de intervenção. No primeiro mês faltaram 60 hipertensos e 18 diabéticos, no segundo mês 81 hipertensos e 22 diabéticos e no terceiro 116 hipertensos e 29 diabéticos. Todos os

hipertensos e diabéticos faltosos, ou seja 100% deles, que faltaram foram procurados pela equipe de saúde, através da busca ativa. Assim, alcançamos durante os três meses da intervenção 100% deste indicador para os dois grupos.

3. Melhorar o registro das informações direcionada aos hipertensos e/ou diabéticos

O indicador de proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento obteve valores consideráveis nos dois grupos. Conseguimos, ao longo da intervenção, para os hipertensos, os seguintes dados: no 1º mês 88,2% (97), no 2º mês 91,3% (136) e no 3º mês 91,7% (189), (figura 9). Já para o grupo dos usuários diabéticos alcançamos 100% nos três meses da intervenção.

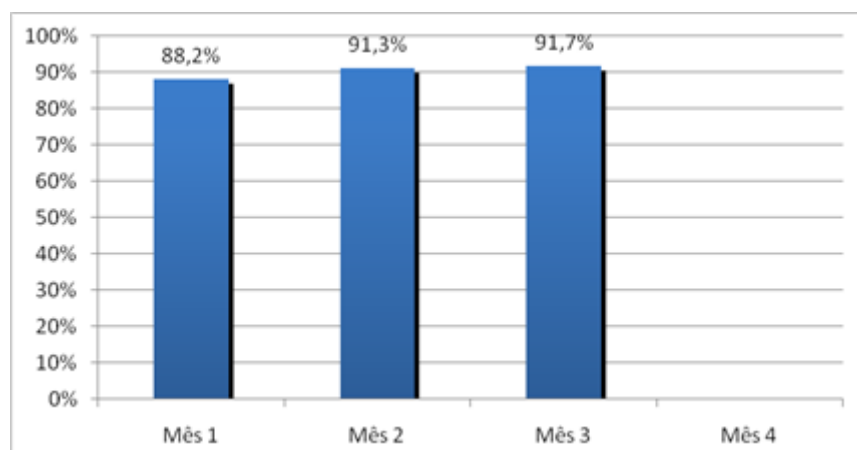


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

No início da intervenção, na hora de colocar os dados no sistema, tivemos algumas dificuldades que logo foram superados adequadamente, proporcionando um melhor preenchimento da informação e inserindo tudo corretamente no sistema, graças ao controle e acompanhamento dos tutores e supervisores do nosso trabalho diário na especialização em saúde família.

Agora me sinto orgulhoso de culminar com estas tarefas, podendo mostrar uma tabela com dados exatos do dia a dia da nossa intervenção.

4. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Sempre que se teve contato com usuários com HAS e DM, se fez o trabalho de estratificação de risco cardiovascular, sempre se teve o cuidado de fazê-lo, pois estes usuários possuem grandes riscos cardiovasculares.

O indicador de estratificação de risco cardiovascular para os hipertensos, alcançou 100% no primeiro mês com 110 usuários, no segundo mês com 149 e no terceiro mês com 206, ou seja, todos os hipertensos tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizada. O mesmo ocorreu para o grupo dos diabéticos, apresentando 100% em todos os meses da intervenção (mês 1: 32, mês 2: 46 e mês 3: 90 diabéticos).

Podemos descrever que fizemos um trabalho intenso, observando os usuários, estudando-os para poder encontrar riscos de doenças cardiovasculares, principalmente, em idosos e pessoas com pouco controle de sua doença. Tivemos o objetivo de tratá-los de maneira mais específica, considerando que a HAS e a DM são doenças que trazem com o tempo risco cardiovascular. Assim, é necessário ter o controle desse risco para 100% dos usuários, alguns pela idade, que foi o fator mais determinante, outros pela falta de controle e, também, pelo tempo de evolução da doença. Por se tratar de doenças crônicas, mesmo que controladas adequadamente podem gerar riscos cardiovasculares.

5. Realizar ações de promoção da saúde voltada aos hipertensos e/ou diabéticos

As ações de promoção da saúde são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos, uma vez que necessitam conviver com estas doenças crônicas.

Os indicadores que medem a proporção de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular alcançaram 100% para os dois grupos, durante os três meses de intervenção.

Em relação a proporção de hipertensos e diabéticos com orientações sobre os riscos do tabagismo, conseguimos alcançar, nos três meses da intervenção, 100% para os dois grupos (hipertensos e diabéticos).

O indicador de proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal, foi de 100% nos meses da intervenção. Já para o grupo dos diabéticos foram alcançados os seguintes dados: 1º mês 90,3% (28), no 2º mês 97,8% (45) e, por fim, no 3º mês da intervenção 100% (60) (figura 10).

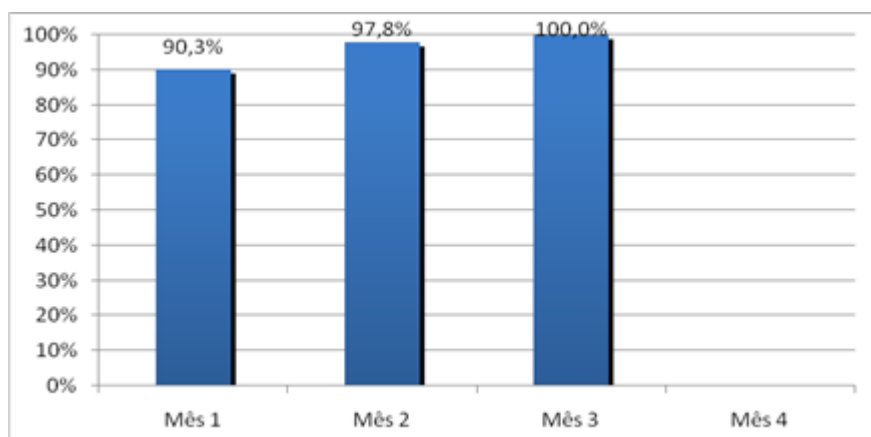


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientações sobre higiene bucal. Manaus/AM, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Todos estes avanços positivos indicam, também, a preocupação relacionada ao atendimento integral e ao mesmo tempo preventivo, pois pode parecer que as doenças odontológicas não estão diretamente relacionadas às doenças do projeto de intervenção, porém agravos odontológicos podem gerar problemas que interfiram no desenvolvimento destas doenças. Um exemplo claro é como as infecções, mesmo as mais simples, podem agravar criticamente um quadro de diabetes.

Nossa equipe conta com profissionais que podem dar atendimento a essas doenças, desde uma consulta médica, onde se faz uma avaliação primária, até um atendimento odontológico, avaliando o usuário de forma integral.

Devido a sobrecarga de alguns profissionais com os outros programas nacionais de saúde, não alcançamos altos percentuais em todos os indicadores da intervenção. Destacamos que tivemos o desfalque de alguns membros da equipe durante a execução das ações. No entanto, na continuação dessas ações, queremos expandir o controle para todos os usuários e melhorar esses indicadores a cada dia.

Mesmo não tendo alcançado a meta dos 80% de cadastrados temos certeza de que o nosso percentual relativo à quantidade é bem alto, mas podemos dizer que nosso

nível de qualidade é aceitável. Deve-se considerar o pouco tempo da intervenção, a reorganização dos dados e a necessidade de melhoria da qualidade do atendimento. Ainda, podemos ressaltar como positivo a qualificação dos trabalhadores para dar continuidade à intervenção.

4.2. DISCUSSÃO

Resumo do que alcançou com a intervenção

A intervenção propiciou uma maior vigilância dos usuários com HAS e DM, um acompanhamento mais personalizado, intensificação das ações de promoção à saúde e melhoria nos registros. Além disso, conseguimos ter uma melhor organização do serviço com relação ao atendimento destes usuários e mesmo não atingindo a cobertura estimada a qualidade no nosso serviço é consideravelmente superior a realizada antes da intervenção.

O horário da agenda programática para usuários hipertensos e diabéticos mudou de 3º feira para 4º feira para a melhor coordenação com o NASF e as outras equipes que sempre orienta aos nossos usuários sobre os bons hábitos dietéticos e sobre a importância de atividade física.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção exigiu da equipe treinamento intensivo e organização para começar com o projeto de intervenção, seja com a pesquisa de faltosos, cadastramento e o preenchimento das fichas e das planilhas.

Para começar foi preciso a atualização da equipe de saúde com relação a HAS e o DM para poder assim reconhecer, sinais, sintomas, sinais de alerta, inclusive sintomas subclínicos, por tudo isto foram necessárias reuniões organizativas frequentes, onde também se realizou a divisão de papéis.

Cada membro da equipe independentemente da sua categoria de formação foi e ainda é importante neste trabalho, todos eles sob a minha coordenação conseguiram

desenvolver boas atividades. Mas, infelizmente não contamos com uma profissional de enfermagem, fato que limitou a intervenção.

A capacitação realizada possibilitou aos técnicos de enfermagem uma melhor compreensão sobre a identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas da diabetes mellitus e da hipertensão, e esse aspecto foi fundamental para a primeira abordagem e contato com as pessoas que buscavam o serviço. Quanto as ACS, estas foram essenciais no diálogo com as famílias dia a dia, especialmente nos casos de abandono do tratamento.

Em nosso projeto contamos com a colaboração da equipe NASF, onde cada integrante assumiu uma função importante, como por exemplo, a orientação sobre a alimentação saudável prestada pela nutricionista, os exercícios e cuidados com os pés dos diabéticos (educadora física e fisioterapeuta). Além disso, cabe ressaltar o trabalho feito pelo dentista no acompanhamento dos usuários com as doenças crônicas alvo da intervenção.

Importância da intervenção para o serviço

A importância da intervenção foi principalmente construir as bases para trabalhos futuros, tais como possíveis intervenções em diferentes áreas como gestantes e puérperas, idosos e outras ações programáticas específicas.

Com esse projeto conseguimos melhorar nossa relação com a comunidade explicando que nossos serviços são baseados na perspectiva da prevenção das doenças e promoção à saúde, além da continuidade dos atendimentos clínicos almejando assim a oferta de uma atenção integral.

Como descrito acima, um dos maiores ganhos para o serviço foi à ampliação do olhar da equipe não apenas para o trabalho assistencial, mas também, e, principalmente, para o trabalho do ponto de vista integral e preventivo. Em resumo, a intervenção foi importante para nosso serviço, pois pudemos organizar melhor as práticas tendo um controle mais preciso dos usuários. Esperamos que nossa equipe mantenha o engajamento e possamos aumentar nossos percentuais.

Importância da intervenção para a comunidade

O impacto na comunidade é pequeno mais é perceptível. Podemos sentir o compromisso e o retorno das pessoas com relação a nossa UBS, como por exemplo a frequência e a pontualidade diminuindo o indicador de faltosos, o que é uma clara mostra do impacto de nossa intervenção.

Também podemos dizer que temos construído uma consciência dos serviços oferecidos na UBS e realizado uma sensibilização para que as pessoas possam aproveitá-los. Tudo isso com base nos trabalhos de promoção da saúde por meio de palestras e conversas com os usuários e familiares, assim eles recebem informação para poder ter um melhor controle de suas doenças. O impacto dessa abordagem é que a população passa a reconhecer sintomas e sinais de alerta, e assim estes comparecem aos serviços de saúde antes de eventos de grande magnitude como no caso da DM, uma cetose ou na HAS com crises hipertensivas com possíveis acidentes vasculares encefálicos.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Acredito que nossa equipe fez o seu melhor e efetuamos uma coordenação do trabalho adequada para lograr as metas, só que eu acharia importante contar com um profissional na área de enfermagem para melhorar um pouco mais nossas ações, além disso eu também acharia muito importante contar com uma melhora integral no nosso sinal de internet, fato que nos limitou em diversos momentos.

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

Atualmente consideramos que as ações de intervenção do projeto fazem parte da rotina diária dos trabalhos da UBS, ainda assim temos ampliado nossos resultados pouco a pouco.

Como o início do projeto foi desde zero não tivemos problemas com cruzamento de dados antigos com novos. Porém, os dados, fichas e planilhas respondem a realidade de nossa população. Quanto as melhorias na ação programática estamos seguindo com controle em relação a quantidade e qualidade dos serviços, para que em um tempo não

muito longo seja possível atingir nosso objetivo inicial dos 80% de usuários atendidos e acompanhados.

Quais os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço.

Temos que continuar melhorando os indicadores todos os dias dos diferentes programas de saúde, e já que a equipe tem uma ótima base para continuar desenvolvendo o trabalho com os Hipertensos e Diabéticos, sabemos como fazer uma intervenção e estamos almejando utilizar todo esse conhecimento em outras ações, por exemplo, aquelas voltadas ao controle do câncer de colo do útero. Estamos organizamos um evento na unidade para a população feminina, onde contaremos com a participação de toda a equipe e outros parceiros do NASF.

Como descrito em parágrafos anteriores esta intervenção nos possibilitou ter experiência que permitirá no futuro ampliar essa estruturação para outras ações tanto para gestantes, idosos, crianças e outros. Temos uma programação anual onde pretendemos dar a todos os programas de saúde a importância que eles merecem porque a melhor cura é a prevenção das doenças.

5. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES

Esta intervenção está vinculada ao curso de especialização em saúde da família e faz parte das atividades do programa Mais Médicos realizada pela UNASUS em parceria com a UFPel. Este curso visa aperfeiçoar nosso atendimento à comunidade de forma mais integral e menos assistencialista, dando ênfase na prevenção e na promoção à saúde. Sendo assim, inicialmente, foi realizada uma análise da situação de saúde na qual se encontrava a UBS para assim implementar a intervenção de forma mais eficaz.

A partir desta análise identificamos como grupo prioritário os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Segundo levantamento realizado pela equipe da UBS, em julho de 2014, existiam 553 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de HAS e 158 com DM. Ainda segundo este levantamento apenas 210 dos usuários hipertensos e 51 dos diabéticos estavam em acompanhamento na unidade correspondendo a uma cobertura de 38% para HAS e 32% para DM. Esta cobertura é considera baixa para a população adstrita, mas cabe ressaltar que esses dados não são

inteiramente fiéis a nossa realidade e precisam de atualização, a qual foi buscada no início do projeto de intervenção com o objetivo de atingir 80% da cobertura.

Sendo assim, no primeiro mês foram cadastrados 110 usuários hipertensos (19,9%), no segundo mês 149 (26,9%) e no terceiro mês 206 (37,3%). Quanto aos usuários diabéticos foram alcançados os seguintes percentuais: no 1º mês foram apenas 20,3% (32 usuários), no 2º mês 29,1% (46) e no 3º mês 38% (60).

O indicador que avaliou a realização de exames clínicos, em dia, nos usuários hipertensos, alcançou no 3º mês 93,2% (192 usuários) e 93,3% (59 diabéticos). Quanto ao número de hipertensos e diabéticos com exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo, nossa cobertura foi gradativamente melhorando, onde conseguimos no 3º mês 77,7% e 96,7% (160 usuários com HAS e 58 com DM).

Quanto à avaliação da necessidade do atendimento odontológico alcançamos no 3º mês 87,4% e 80% (180 usuários com HAS e 48 diabéticos). Já em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento atingimos no 3º mês 91,7% (189 usuários com HAS) e 100% dos diabéticos. Destacamos que sempre que tivemos contato com a população alvo da nossa intervenção foi realizado o trabalho de estratificação do risco cardiovascular, da mesma forma praticamente todos os cadastrados receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico, risco do tabagismo e cuidados com a saúde bucal.

Quanto ao papel da gestão no nosso trabalho, e, particularmente nas ações da intervenção podemos destacar que tivemos o apoio necessário, sobretudo, da gestora local da unidade que é bastante pró-ativa e entende a importância da especialização para o fortalecimento do SUS.

A minha gestora é uma parceira ativa nos trabalhos que oferecem um desenvolvimento que permite elevar a qualidade de saúde dos usuários diabéticos e hipertensos além de que aumenta os indicadores para a nossa unidade de saúde. A minha gestora participa nas reuniões da equipe e sempre fala sobre a importância da educação permanente e permite espaços para falar com os demais colegas das outras equipes sobre a intervenção, coisa muito positiva na hora de qualificar a atenção dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

Minha gestora facilita a disponibilidade de espaços maiores para fazer as palestras a nossa grande demanda de Usuários e também ajuda na coordenação com as atividades das outras equipes para que não se cruzem os diferentes trabalhos desenvolvidos. Disponibiliza as cadeiras os recursos e os médios áudio visuais, água potável pra os servidores e pra os usuários, papel pra impressão, impressora e tudo o que a equipe possa precisar. A UBS 111 não conta com escolas, empresas ou fabricas mas as outras duas equipes tem dentro da sua área de abrangência e ela ajuda a estas equipes na organização e disposição de recursos oferecidos por estas.

No entanto, precisamos melhorar alguns pontos como a realização dos exames complementares, pois no município existe um sistema de marcação lento e não garante agilidade para a realização dos mesmos. Ademais, nosso trabalho pode ser melhorado contando com a inclusão de um profissional de enfermagem na equipe. Outro aspecto que melhoraria nossos serviços seria a oferta de uma melhor conexão com a internet. Esse foi um dos maiores problemas para o envio das planilhas e dos diários semanais do curso nas datas estabelecidas.

Por fim, tenho a dizer que o projeto de intervenção na UBS 111 está funcionando adequadamente, apesar de alguns percentuais ainda serem baixos, lembrando que decidimos começar do zero a inclusão dos usuários com diabetes e hipertensão por causa da necessidade de uma atualização mais fidedigna e confiável.

6. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

Vimos através desse documento expor à população sobre o projeto de intervenção, voltado aos usuários com Diabetes e Hipertensão, que foi desenvolvida na UBS Dr. Silas Oliveira Santos nos últimos meses. As atividades vinculadas a esse projeto fazem parte do curso de especialização em saúde da família do médico da equipe, e objetiva a melhoria do serviço não só durante a fase do curso, mas no cotidiano do trabalho da unidade.

Uma das coisas mais importantes que aprendemos neste curso foi sobre o atendimento à comunidade priorizando a prevenção e a promoção à saúde em busca do serviço integral. Sendo assim, inicialmente, foi realizada uma análise da situação de

saúde na qual se encontrava a UBS para assim implementar a intervenção de forma mais eficaz.

A escolha do tema foi devida à baixa cobertura na atenção aos usuários com Diabetes e Hipertensão. A UBS não se encontrava totalmente desorganizada, uma vez que tinha muitos programas estruturados, porém no que diz respeito ao atendimento à HAS e DM foram necessários recadastrar e atualizar os dados individuais de cada usuário para atendimento, controle e acompanhamento dos usuários. Tendo em vista tudo que foi realizado nossa cobertura atual é de 38% para usuários com DM e 37,3% para usuários com HAS, apesar de não parecer um avanço podemos assegurar que o serviço prestado foi com 100% de qualidade.

Durante o período da intervenção os profissionais da UBS foram reorganizados e treinados para um melhor cadastramento dos usuários com DM e HAS. Também foram realizadas ações de educação em saúde voltadas para os usuários com orientações acerca dos serviços disponíveis na UBS, além de palestras sobre promoção à saúde. Estas envolveram orientações relacionadas aos agravos das patologias e também buscamos fomentar o autocuidado, o incentivo às práticas alimentares e à adoção de um estilo de vida saudável. Em todos esses momentos buscamos interagir com as pessoas para saber o seu feedback das atividades e seu entendimento das informações.

Os resultados encontrados foram mais qualitativos que quantitativos aumentando a confiança que a comunidade tem nos profissionais da UBS, além de um melhor conhecimento dos serviços e importância da prevenção em detrimento dos cuidados curativos.

Em relação aos problemas ao longo da intervenção podemos destacar a dificuldade de captação dos usuários que trabalham. Ademais, Manaus é uma região tropical com um alto índice de precipitação, dificultando muito o trabalho dos ACS, do Médico e de toda a equipe dentro da comunidade. Outros problemas que vão além da intervenção, mas que requerem uma maior vigilância de nós profissionais como a dengue, a tuberculose, as doenças tropicais e as DSTs.

Os usuários de alto risco que precisavam de alguma avaliação especializada foram encaminhados para realizar um acompanhamento multidisciplinar, porém muitas

vezes retornam sem uma ficha de contra referência. O que dificultava um atendimento de maior qualidade.

Na nossa área de atuação não existem grandes empresas ou instituições educativas ou religiosas, mesmo assim buscamos o contato com esses líderes religiosos que nos auxiliam a promover os serviços oferecidos na UBS, mas temos planos de organizar dias específicos para palestras ou inclusive feiras de saúde. Mas, apesar disso, a nossa comunidade participa ativamente dos diferentes eventos que são desenvolvidos para a população. O impacto da intervenção para a população apesar de ser pequeno, é perceptível.

A importância para a comunidade doente com HAS e DM recebeu cada vez melhor atendimento e até treinamento por meio da promoção de saúde em palestras, conversas diretas com os usuários e com as pessoas próximas, fazendo que não só os doentes possam ter benefícios desta intervenção, também pessoas sadias inclusive pessoas que não estavam incluídas no projeto de intervenção, pois com as palestras a grupos de doentes e seus contatos tivemos a possibilidade de chegar com a educação deste e outras doenças a grande parte da comunidade, pelo que o benefício além de ser específico para usuários com HAS e DM, foi para a comunidade inteira, que hoje se mostra mais disposta a aproveitar os serviços de saúde oferecidos e também a educar-se com relação a estes temas.

Como resultado, encontramos um melhor compromisso e resposta da comunidade em relação ao aumento da frequência de usuários na unidade básica. Acreditamos que com esta intervenção se tornando parte da rotina diária do serviço, serão possíveis melhores resultados com os usuários diabéticos e hipertensos. Mas, para isso precisamos contar com a ajuda da população e desde já nos colocamos à disposição para seguir fortalecendo nossa parceria.

7. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Começo esta reflexão com a gratidão de poder ter sido vivida, foi uma grande experiência, produtiva tanto para minha UBS, equipe de trabalho e também para a comunidade.

Quando cheguei a minha UBS foi tudo novo para mim desde a língua até a forma de ser das pessoas, tinha grandes expectativas e na maioria delas não fui desapontado, inclusive com a realização de um trabalho de qualidade, fruto do esforço de muitas pessoas.

Quanto ao processo de aprendizagem tive como todo mundo tem altos e baixos, mas sempre tentei manter o nível necessário para seguir com os trabalhos em dia, manter a boa qualidade das ações na UBS e também aprender as metodologias usadas aqui no Brasil.

Esta foi uma experiência muito positiva que nos possibilitou construir as bases para futuros trabalhos na UBS, e também possibilitou meu crescimento como médico no Brasil.

8. REFERÊNCIAS

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <ibge.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2014.

ANEXOS**A) Documento do Comitê de Ética**

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gestal Fassa


Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

B) Ficha Espelho



Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

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

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

Endereço: _____ Telefones de contato: _____

Nome do cuidador: _____

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

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

Medicações de uso contínuo				FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS			
Data	Apresentação			Data			
	Hydroclorotiazida 25mg				Glicemia de Jejum		
	Captopril 25mg				HGT		
	Propranolol 40 mg				Hemoglobina glicosilada		
	Enalapril 10 mg				Coletsterol total		
	Atenolol 25 mg				HDL		
	Metformina 500 mg				LDL		
	Metformina 850 mg				Triglicerídeos		
	Glibenclâmida 5mg				Creatinina Sérica		
	Insulina NPH				Potássio sérico		
					Triglicerídeos		
					EQU		
					Infeção urinária		
					Proteinúria		
					Corpos cetônicos		
					Sedimento		
					Microalbuminúria		
					Proteinúria de 24h		
					TSH		
					ECG		
					Hemograma		
					Hematócrito		
					Hemoglobina		
					VCM		
					CHCM		
					Plaquetas		

C) Planilha de coleta de dados

Microsoft Excel - 2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade]

Digite apenas nas células em VERDE.

Informações da sua unidade de saúde:		Marque com X		OBSERVAÇÕES				
		SIM	NÃO					
1	Existente protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?			Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.				
2	É adotada a Caderneta de hipertenso ou diabético?			Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.				
3	Existente registro específico para a atenção ao hipertenso ou diabético?			Além do prontuário, registre-se em ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do hipertenso / diabético ou Ficha do Programa de Atenção aos Hipertensos.				
4	É realizado o acompanhamento / agendamento dos consultas ao hipertenso ou diabético?			Considere se os hipertensos ou diabéticos são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).				
5	As informações são monitoradas regularmente?			Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltosos.				
6	É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?			Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.				
7	É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?			Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestral ou anual) os dados são reunidos e discutidos pelo eq. Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.				
8	Os dados são utilizados para o planejamento das ações?							
9	HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES		
10	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado com base as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas		
11	DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4			
12	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao diabético					Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de atenção ao		
13	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da unidade de saúde)					Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independentemente se frequentam o Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ou não. Este dado deve vir do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve vir de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.		
14	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da unidade de saúde)					Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independentemente se frequentam o Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ou não. Este dado deve vir do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve vir de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.		
15	*Estimativa no território							
16	População total					Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembremos que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.		
17	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da p)							
18	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)					Este será o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C19.		
19	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (6,6%) (VIGITEL, 2011)					Este será o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.		