

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº 51, no município de Manaus/AM

Leodan Alarcón Verdecia

Pelotas, 2016

Leodan Alarcón Verdecia

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº 51, no município de Manaus/AM

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

Orientadora: Denise Bermudez Pereira

Co-orientadora: Flávia Jôse Oliveira Alves

Pelotas, 2016

V483m Verdecia, Leodan Alarcón

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Ubsf Nº 51, no Município de Manaus/AM / Leodan Alarcón Verdecia; Denise Bermudez Pereira, orientador(a); Flávia Jôse Oliveira Alves, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

111 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Pereira, Denise Bermudez, orient. II. Alves, Flávia Jôse Oliveira, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Aos meus pais, Inês Beatriz e Henry Vey.

A meus irmãos Loan e Yaines por seu amor e apoio incondicional em todos os momentos de minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por proteger-me durante todo meu caminho e me dar força para superar os obstáculos e dificuldades ao longo de toda minha vida.

Ao doutor Yunior Yero, excelente profissional e amigo, por estar sempre presente nos momentos difíceis, me brindando todo seu apoio e ajudando na realização de todos meus projetos.

A toda minha equipe de trabalho da Unidade nº 51, por todo o apoio e dedicação.

De forma especial à minha orientadora Denise Bermudez Pereira, por sua incondicional ajuda e paciência durante o curso, não deixando de reconhecer o esforço também realizado por Flávia Jôse Oliveira Alves, minha primeira orientadora.

Resumo

VERDECIA Leodan Alarcón. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº51, no município de Manaus/AM.** 2016. 111f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O trabalho de conclusão de curso mostra a intervenção realizada pela equipe de saúde da família na UBSF nº 51, no bairro Parque das Garças, no distrito norte, em Manaus/AM. O objetivo da atuação foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) da área de abrangência, além de aumentar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção a estes usuários, o registro de informações, melhorar a adesão, mapear as pessoas com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular e promover ações de educação em saúde. Justifica-se a escolha do foco por ser a HAS, juntamente com a DM, responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, a HAS e o DM caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, representando, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade e altos custos para os sistemas de saúde (BRASIL, 2013). A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas, entre os meses de novembro de 2015 e janeiro de 2016. Teve como guias os cadernos de Atenção Básica elaborados pelo Ministério da Saúde no ano 2013. Para os registros utilizou-se as fichas espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizados pelo curso de especialização. Foi possível reorganizar as atribuições dos integrantes da equipe na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Para abordagem dos usuários foram realizados o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular, com agendamento de consultas conforme prioridade. Ao término da intervenção foram atendidos 206 usuários com hipertensão (atingindo 35,2%) e 69 com diabetes (alcançando 47,9%). As ações desenvolvidas durante a intervenção foram pautadas nos eixos pedagógicos do curso, e implementadas com o fim de aumentar a cobertura do programa e manter as metas de qualidade no atendimento. A intervenção possibilitou a formação de um vínculo maior com a comunidade e melhoria da qualidade e acessibilidade ao serviço de saúde. Neste período de tempo não atingimos a meta de cobertura proposta, mas conclui-se que há ainda necessidade de melhorias no serviço e maior envolvimento e comprometimento da equipe, gestão e usuários, promovendo a incorporação e continuidade da intervenção no serviço.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde. UBSF nº 51, Manaus/AM	70
Figura 2	Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde. UBSF nº 51, Manaus/AM.	72
Figura 3	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM	73
Figura 4	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM.	74
Figura 5	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia. UBSF nº 51, Manaus/AM.	75
Figura 6	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM.	76
Figura 7	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM	77
Figura 8	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. UBSF nº 51, Manaus/AM	78
Figura 9	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. UBSF nº 51, Manaus/AM.	79
Figura 10	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBSF nº 51,	82

Manaus/AM.

- Figura 11 Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com registro 83
adequado na ficha de acompanhamento. UBSF nº 51,
Manaus/AM
- Figura12 Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com 84
estratificação de risco cardiovascular. UBSF nº 51, Manaus/AM
- Figura 13 Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com 85
estratificação de risco cardiovascular. UBSF nº 51, Manaus/AM

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CLS	Conselho Local de Saúde
SUS	Sistema Único de saúde
DELOG	Departamento de Logística em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Cadastramento e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MA	Manaus
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SPA	Serviços de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional.....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	Erro! Indicador não definido.
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido.
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	54
2.3.3 Logística	61
2.3.4 Cronograma.....	66
3 Relatório da Intervenção.....	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção.....	72
4.1 Resultados.....	72
4.2 Discussão	91
5 Relatório da intervenção para gestores	94
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	98
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	100
Referências	102
Apêndices.....	103
Anexos	106

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família – modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais na UBSF nº 51 no município de Manaus/AM.

O trabalho está organizado em 7 capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatórios para Gestão e Comunidade e, por fim, a Reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional, desenvolvida na Unidade 1 do curso, onde escrevemos o Relatório da Análise Situacional, descrevendo a estrutura da unidade, a composição da equipe e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. A Análise Estratégica, segunda parte, compreende o projeto de intervenção, com a justificativa da escolha do foco de intervenção, os objetivos e metas traçados, a metodologia (ações detalhadas, indicadores e logística) e o cronograma do projeto, o qual foi tomado como base para o desenvolvimento da intervenção.

A terceira parte apresenta o Relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a Unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos as ações que foram previstas e desenvolvidas, as ações que foram previstas e não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta de dados e finalmente a viabilidade da

incorporação das ações na rotina dos serviços. A Avaliação da Intervenção, capítulo 4, apresenta os resultados obtidos com a intervenção e a discussão desses resultados. A seguir apresentamos os capítulos 5 e 6, que são os Relatórios destinados à gestão e à comunidade. Finalizamos o volume com o capítulo 7, uma Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) nº 51 foi inaugurada em três de dezembro do 2014, e encontra-se localizada na rua Lírio das Índias, Bairro Parque das Garças do município de Manaus/AM no distrito norte. Desde esta data estou trabalhando nesta equipe de saúde, onde se oferece à população atendimento de segunda a sexta-feira no horário de 07:30h às 17:30h. Existe uma área geográfica de abrangência definida para esta, com uma população de 3700 pessoas, com 646 famílias com uma atualização recente do cadastro da população. A seguir uma descrição da estrutura física, materiais e do número de trabalhadores de saúde que compõe nossa equipe.

A sala de recepção, onde fica o auxiliar administrativo (recepcionista), tem espaço físico pequeno e inadequado para receber e acolher os usuários, tem um balcão com computador, dois arquivos de aço para pasta suspensa dos prontuários dos usuários, três bancos para usuários, dois quadros murais e um bebedouro. Precisamos de uma televisão com aparelho de DVD, para transmissão de vídeos com informações sobre cuidados e orientações em saúde da família.

Existe o local para cuidados básicos de enfermagem, onde atuam as duas técnicas de enfermagem que realizam diversos procedimentos: injeções, curativos, retirada de pontos, atendimento de pequenas emergências, infusões venosas, triagem com atendimento no dia. Na sala têm mesa para exame, tratamento (maca), uma cadeira, um armário vitrine com glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio adulto, materiais para curativo, solução fisiológica e iodo; bisturi e gaze; não tem carrinho de curativo, não tem instrumentais para fazer suturas e tem duas balanças antropométricas (adulto e infantil).

Local para nebulização: onde as técnicas de enfermagem cumprem a indicação médica, temos uma central de nebulização com 5 saídas para tratamento, medicamentos e material de consumo. Conta com pia para a lavagem das mãos e o instrumental reutilizável.

Uma sala de vacinação: tem um refrigerador para manter a corrente de frio, com todas as vacinas do esquema nacional de vacinação padrão, de acordo com as normas recomendadas pelo programa nacional de imunização (dois quadros murais com esquema básico de vacinas e outras orientações após aplicação).

Local de Farmácia: onde as técnicas de enfermagem têm o controle de entrega de medicamentos que são preconizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde de uso padrão na atenção básica, para o controle de doenças crônicas não transmissíveis, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, antiparasitários, antimicóticos, analgésicos, anti-inflamatórios, antianêmicos, antialérgicos, suplemento nutricional, anticoncepcionais orais e injetáveis, preservativos, entre outros.

Consultório Médico: atua um médico especialista em Medicina General Integral; local com boa iluminação natural e artificial, climatizado igual que o restante das salas, temos mesa tipo escritório e três cadeiras, armário vitrine, tem esfigmomanômetro adulto e infantil, estetoscópio, detector ultrassônico (fetal), maca, negatoscópio, não temos oftalmoscópio, nem otoscópio, nem lanterna clínica para exame, conta com pia para a higiene das mãos após o exame físico e entre as consultas.

Consultório de Enfermagem: sala na qual a enfermeira realiza o atendimento e a gerência, com mesa tipo escritório com duas cadeiras, mesa ginecológica com banqueta giratória, foco, haste flexível, espéculos, modelagem em geral; ambiente destinado à consulta de enfermagem e coleta de preventivo, armário tipo guarda roupa com materiais de expediente e controles da gerência.

Sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS): onde nossos 6 ACS da equipe fazem os cadastramentos de seus comunitários, emitem cartões do Sistema Único de Saúde (SUS), realizam marcação dos exames laboratoriais e agendamento das consultas.

Uma clínica odontológica: com cirurgião dentista e uma agente em saúde dental com equipamentos em relação aos serviços da atenção primária, amalgamador, aparelho fotopolimerizador, cadeira odontológica com compressor e

equipo odontológico com pontas, autoclave, outros instrumentais e materiais necessários para o atendimento da saúde bucal

Sala de esterilização: abriga a estocagem de material e autoclave.

Em nossa UBSF contamos com uma funcionária de serviços gerais, que garante o funcionamento da unidade com higiene e organização, também temos outros locais como: copa/cozinha e um depósito para material de limpeza, três sanitários para usuários, funcionários, sanitário para deficientes ou cadeirantes, os três funcionando e adequados às necessidades dos portadores de deficiência física, com chuveiros. Tem abrigo para resíduos sólidos (expurgo). Possui depósitos de lixo fechados e com proteção contra roedores, o lixo é recolhido uma vez por semana de forma separada, não contaminado, orgânico, hospitalar e reciclável. Não tem um espaço para atividades de grupo ou para educação permanente.

O atendimento é feito através de consultas agendadas, pelos ACS por ordem de prioridades estabelecidas, com cobertura para demanda espontânea que inclui toda demanda do usuário para atividade não agendada ou que não é específica de nenhum setor (exclui coleta de exame, vacinação, pegar medicamentos, inalação/ nebulização, procedimentos na sala de enfermagem). Se dá saída aos programas e protocolos dos serviços existentes, como puericulturas, atenção pré-natal, Hipertensão (pessoas com hipertensão e/ou diabetes), saúde do homem, saúde da mulher, planejamento familiar, consultas de adolescentes, idosos, saúde escolar, atendimento e acompanhamento domiciliar e acompanhamento de programas sociais como leite de meu filho e bolsa família. Fazemos reuniões da equipe três vezes no mês, onde damos solução a questões administrativas, funcionamento, processos de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações da equipe, discussão de casos e atividades de educação permanente, com compromisso de melhorar o estado de saúde da população.

A equipe de saúde tem um bom relacionamento com a comunidade, sempre temos presente que o processo de saúde depende da boa participação dos usuários na tomada de decisões, na avaliação das atividades coletivas como as palestras que são realizadas toda semana de forma alternativa entre os profissionais da saúde bucal e o resto da equipe, com participação ativa da população. Temos um vínculo estreito com o Conselho Local de Saúde (CLS) da comunidade, que sempre apoia nossa equipe nas atividades programadas na escola, igreja e com nosso grupo de dança fitness criado por nós para enfrentar uns dos problemas de saúde mais

frequentes em nossa comunidade: obesidade; temos procurado vincular ao mesmo várias instituições da comunidade como a igreja, os professores da escola e a polícia militar, que apoia também com palestras sobre importância do programa ronda no bairro e as dicas para o cuidado. Isso permite a nossa equipe avaliar nosso trabalho diariamente e melhorar nos erros cometidos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus localiza-se na microrregião homônima e na Mesorregião do Centro Amazonense, na margem esquerda do Rio Negro, com uma área de 11.401,058 km², a segunda maior capital estadual no Brasil e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte. A Zona Franca de Manaus, principal objeto econômico do setor secundário, é um dos principais centros industriais do Brasil, abrigando importantes indústrias das áreas de transportes e comunicações. O setor terciário atualmente é a maior fonte geradora do produto interno bruto do município, destacando-se, principalmente, na área de serviços. De acordo com dados de economia do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), Manaus detém o 6º maior Produto Interno Bruto (PIB) entre as cidades do Brasil. Das capitais estaduais brasileiras, foi Manaus quem registrou o maior crescimento populacional nas últimas décadas (Manaus, 2014). O município tem uma população de 1.982.179 habitantes, dos quais só 633.496, ou seja, em torno 32% tem cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 237 UBS (MANAUS, 2014).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) divide o município em cinco administrações de saúde pública: Distrito de Saúde Norte (onde estou alocado), Distrito de Saúde Sul, Distrito de Saúde Oeste, Distrito de Saúde Leste e Distrito de Saúde Fluvial. Manaus possui uma rede composta por: 237 UBS, 20 postos de saúde rurais e 158 equipes de saúde da família. Tem 16 hospitais de grande porte, cinco maternidades, uma central de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com oito bases descentralizadas (18 ambulâncias de suporte básico, 7 de suporte avançado), um SOS social, 10 Serviços de Pronto Atendimento (SPA), oito policlínicas, um serviço de fisioterapia, três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dois centros de apoio diagnóstico distritais, um centro de referência em saúde do trabalhador, um laboratório de citopatologia, um laboratório de vigilância em saúde, um centro de controle de zoonoses, uma central de

medicamentos, dois Departamento de Logística em Saúde (DELOG), tem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todos os distritos, dois Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que conseguem dar apoio a maioria dos casos que são encaminhados por nossa UBSF, nenhum usuário volta sem ser atendido.

Manaus atualmente tem dificuldades nos serviços de saúde como a pouca disponibilidade para as consultas de especialidades, como endocrinologia, angiologia, urologia, ortopedia. Por falta de especialistas, os usuários levam muito tempo aguardando por vagas para estas especialidades. Os resultados dos exames nem sempre chegam a tempo, com demora principalmente dos exames sorológicos. Os leitos hospitalares e os de urgência/emergência não são suficientes, principalmente nas maternidades, para uma atenção do pré-natal com qualidade.

A UBSF nº 51 esta alocada na periferia da cidade e foi inaugurada em dezembro de 2014. Encontra-se localizada na rua Lírio das Índias, bairro Parque das Garças, no município de Manaus, distrito norte. Temos apenas uma equipe de saúde da família, formada por seis ACS, duas técnicas de enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar de serviços gerais, uma enfermeira e a recepcionista, com atendimento de segunda a sexta-feira. Existe uma área geográfica de abrangência definida para esta, com uma população de 3781 pessoas com 646 famílias.

A população é formada por uma maioria de trabalhadores, de classe média. Recentemente houve invasão de terrenos perto de nossa área de abrangência, com a presença de problemas de delitos.

A estrutura da UBSF é formada por sala de recepção, onde fica o auxiliar administrativo (recepcionista), tem espaço físico pequeno e inadequado para receber e acolher os usuários; tem um balcão com computador. Há um local para cuidados básicos de enfermagem, onde atuam as duas técnicas de enfermagem que realizam diversos procedimentos, como injeções, curativos, retirada de pontos, atendimento de pequenas emergências, infusões venosas, triagem, etc. Há local para nebulização onde as técnicas de enfermagem cumprem a indicação médica, uma sala de vacinação que tem um refrigerador com todas as vacinas do programa nacional de imunização. Temos uma farmácia, onde as técnicas de enfermagem têm o controle de entrega de medicamentos que são preconizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde de uso padrão na atenção básica à saúde. Há um consultório médico, com boa iluminação natural e artificial, climatizado.

Temos também uma sala para os ACS, onde cada um é responsável por fazer os cadastramentos de seus usuários. Uma clínica odontológica com equipamentos em relação aos serviços da atenção primária de nossa UBSF. Contamos com uma funcionária de serviços gerais, que garante o funcionamento da unidade com higiene e organização, também temos outros locais como copa/cozinha e um depósito para material de limpeza, três sanitários para usuários, funcionários e sanitário para deficientes ou cadeirantes. Não tem um espaço para atividades de grupo ou para educação permanente.

O atendimento em nossa UBSF é feito através de consultas agendadas pelos ACS por ordem de prioridades estabelecidas, com cobertura para demanda espontânea. Em nossa agenda consta atendimento para puericulturas, atenção pré-natal, hipertensão e diabetes, saúde do homem, saúde da mulher, planejamento familiar, consultas de adolescentes, idosos, saúde escolar, atendimento e acompanhamento domiciliar e acompanhamento de programas sociais como leite de meu filho e bolsa de família. Fazemos reuniões da equipe três vezes no mês, onde damos solução a questões administrativas, funcionamento, processos de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações da equipe, discussão de casos e atividades de educação permanente, com compromisso a melhorar o estado de saúde da população.

A equipe de saúde tem um bom relacionamento com a comunidade. Temos vínculo estreito com o CLS que sempre apoia nossa equipe nas atividades programadas, seja na escola, igreja e com nosso grupo de dança fitness, criado para enfrentar uns dos problemas de saúde mais frequentes em nossa comunidade: a obesidade, principal fator de risco em nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes e temos conseguido vincular ao mesmo tempo várias instituições da comunidade como a igreja, os professores da escola e a polícia militar, que apoia também com palestras sobre importância do programa ronda no bairro e as dicas para o cuidado. Quanto à disponibilidade de medicamentos na UBSF, os mesmos são oferecidos gratuitamente à população pelo município, e pelo estado nas unidades maiores, com locais para farmácia e farmacêutico, nas farmácias populares e outras que estão longe da área de abrangência.

Não contamos com sala de coleta de exames laboratoriais, nem profissionais para realiza-los, e existe demora na realização e nos resultados dos mesmos. As estratégias de agendamento que a equipe utiliza para a marcação de

consultas na atenção especializada são adequadas, feito pelo sistema de regulação, dando prioridade às crianças, gestantes e idosos, além disso, temos estabelecido estratégias de parcerias com os laboratórios do distrito norte, para que as grávidas não dependam de marcar pelo sistema os exames não sorológicos, assim elas vão direto ao laboratório. Na UBSF temos acesso a protocolos e livros didáticos em formato digital para o desenvolvimento das atividades inerentes à rotina de atendimento na Atenção Básica à Saúde.

Temos discutido, em reuniões com a gestão do distrito e município, a necessidade de instrumental, melhorar o sistema de manutenção dos esfigmomanômetros e balanças, estabelecendo-se uma periodicidade adequada, com respostas favoráveis, assim como o aumento das vagas por UBS das consultas especializadas e para exames laboratoriais. Ante a dificuldade pela ausência de materiais e meios de comunicação para as atividades educativas e de promoção à saúde, temos feito uso da emissora local comunitária de rádio, em que nossas ACS fazem divulgação das atividades da unidade, sobretudo das atividades do grupo de dança criado pela equipe para diminuir a obesidade e o sedentarismo. Outra estratégia tomada em nosso município é que a realização dos exames complementares aos usuários com deficiências físicas e mentais realizam-se em seus próprios domicílios; além disso dá-se prioridade para as consultas especializadas, garantindo uma melhor atenção integral à família.

Fazendo uma análise demográfica, a população está em uma etapa de transição segundo a pirâmide populacional, onde o maior grupo fica entre a faixa etária de 15-59 anos, porém consideramos que a população ainda é um pouco grande para que nosso atendimento seja de qualidade, tendo em conta o pequeno grupo de profissionais da equipe de saúde e as condições estruturais de nossa UBSF. Desde que iniciamos nosso trabalho, sempre no planejamento em reuniões da equipe, temos levado em consideração as demandas espontâneas da população, geralmente reserva-se três ou quatro vagas para esse fim, embora em algumas ocasiões a demanda tenha sido mais do que isso, porque quando nós terminamos com as consultas previstas, atendemos todas as demandas espontâneas.

Na área de nossa UBSF há 45 crianças menores de um ano, sendo as 45 cadastradas e acompanhadas no serviço, o que representa 100% de cobertura. Destas, temos 44 (98%) com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Em relação às crianças de 1 a 5 anos, temos cadastradas na

unidade 381 para uma estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) de 162. Dessa forma, temos mais crianças sendo acompanhadas do que a estimativa para a nossa área. Temos 266 dessas crianças (70%) com o acompanhamento em dia, pois após a consulta, a mãe sai com a próxima puericultura agendada e as orientações para os cuidados de seus filhos, sendo a caderneta da criança indispensável para o atendimento.

No atendimento da puericultura em nossa UBSF se realizam todas as ações desenvolvidas na atenção primária, desde a promoção e prevenção em saúde até o tratamento oportuno e avaliação de saúde mental, sempre tendo em consideração a classificação do risco pediátrico. Em caso de necessidade de atendimento especializado ou de urgência, as crianças são encaminhadas a instituições de nível superior para dar cobertura à demanda apresentada. Além das consultas agendadas temos disponibilizado sempre vagas para o atendimento a crianças tanto da área como fora de área com problemas agudos ou agravos de saúde, geralmente com sintomas respiratórios e digestivos. Não existe excesso da demanda de crianças para atendimento de problemas de saúde agudos. Para o atendimento da puericultura e os problemas de saúde, contamos com um protocolo de atuação na unidade, disponibilizados pelo Ministério de Saúde e disponível para toda a equipe.

Em relação à atenção ao pré-natal e puerpério, temos 32 gestantes em nossa área de abrangência, sendo todas acompanhadas em nossa UBSF (100%). Além disso, temos 20 gestantes que são fora da área de abrangência as quais também são acompanhadas, para um total de 52 grávidas, sendo acompanhadas atualmente. Temos oferta de atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos, geralmente apresentando sintomas urinários ou sintomas respiratórios. A primeira consulta é feita pela enfermeira, onde fazemos o cadastramento no Programa SISPRENATAL, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados para 100% das grávidas. Na consulta médica são avaliados os exames laboratoriais e ultrassonográficos, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, promoção de hábitos alimentares saudáveis, avaliação do estado nutricional, promoção da atividade física, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, planejamento familiar e promoção do aleitamento materno.

Em relação aos indicadores de qualidade, 29 das 32 gestantes acompanhadas na UBSF (91%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre, 30

(94%) estão com a consulta em dia segundo o protocolo e com avaliação de saúde bucal. Todas as 32 gestantes estão com o esquema vacinal completo, fizeram a suplementação com ferro e tiveram um exame ginecológico por trimestre. Em relação ao puerpério, temos 45 mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, dos 45 partos nos últimos 12 meses (100%). Realizamos consultas na primeira semana após o parto através de visita domiciliar e consultas médicas até os 42 dias, realizando a avaliação ginecológica e se proporcionam vagas para os problemas de saúde agudos, assim como para encaminhamento, se necessário.

Ainda dentro do programa de saúde da mulher, temos como um de seus objetivos o controle e a prevenção de câncer de colo de útero e de mama. De acordo com as estimativas do CAP, temos 1711 mulheres de 25 a 64 anos no nosso território de abrangência, sendo que 1368 são acompanhadas em nossa UBSF para prevenção do câncer de colo de útero (80%). Destas, 1231 mulheres estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia (90%) e apenas 36 (3%) mulheres com exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso. As usuárias que não comparecem espontaneamente são buscadas para realização do exame, muitas realizam o exame em instituições privadas e temos dificuldade com os dados dos exames coletados com amostras satisfatórias e os exames coletados com células representativas da junção escamocolunar, itens que já adicionamos em nosso caderno de registro.

Já em relação a prevenção do câncer de mama, temos 241 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, com 216 mulheres (90%) acompanhadas na UBSF. Destas, 177 mulheres (82,2%) estão com mamografia em dia. Também fazemos exames clínicos das mulheres com mais de 40 anos anualmente, dependendo dos fatores de risco. Além dos problemas de demora dos resultados laboratoriais e das mamografias, temos ausências das mulheres aos exames e às consultas. Realizamos atividades com grupos de mulheres uma vez por semana, onde abordamos ações de prevenção primária para o controle do câncer de colo uterino e mama, se identificam causas e fatores de risco com orientação de uso de preservativo na relação sexual, para diminuir a chance de adquirir papiloma vírus humano (HPV) e outras DST; são realizadas palestras que orientam sobre os malefícios do tabagismo, são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres, principalmente no grupo de aeróbica da UBSF como estimulação para a

prática regular de atividade física. Temos como uma fortaleza a realização do exame citopatológico ocorrendo na própria unidade, realizado em agendamentos específicos para esse fim.

No que tange a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM), se oferecem consultas todas as semanas e dentro de seus objetivos está o diagnóstico precoce, controle e a prevenção de complicações em usuários com HAS e DM. Nossa equipe de saúde tem um registro do programa por microáreas de saúde, com cada usuário com HAS e DM, supervisionado pelas ACS e pelas técnicas de enfermagem. Temos uma estimativa, pelo CAP, de 683 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão, residentes para minha população de abrangência, o que difere muito, já que só temos cadastrados 155 pessoas que estão sendo acompanhados (23%). Para diabetes, a estimativa é de 195 pessoas com 20 anos ou mais portadores de DM, sendo apenas 45 cadastrados e acompanhados (23%) em nossa unidade. Precisamos assim, investir no rastreamento, na pesquisa e diagnóstico destes usuários. São questões que poderiam ajudar a alcançar valores aproximados às estimativas para a nossa área. Devido ao pouco tempo de funcionamento em nossa área, podem existir usuários ainda sem diagnóstico. Por isso as ações não são só limitadas ao programa de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, as mesmas também são realizadas em toda consulta oferecida ao usuário maior de 20 anos com risco cardiovascular ou endócrino metabólico.

Sobre o acompanhamento, apenas 5 (11%) dos 45 usuários com diabetes são acompanhados e 17 (11%) dos 155 usuários com hipertensão têm atrasos de suas consultas periódicas, sendo que todos os 155 usuários com hipertensão foram avaliados segundo estratificação de risco e orientados sobre atividade física e nutrição. Da mesma forma, todos os 45 usuários com diabetes tiveram avaliação segundo estratificação do risco cardiovascular. Temos dificuldades importantes, como apenas 17 usuários com hipertensão (11%) e 20 com diabetes (44%) com exames complementares em dia. Precisamos ainda investir em ações de educação em saúde para os usuários com diabetes acompanhados, sendo que apenas 30 tiveram seus pés avaliados (67%) e foram orientados em relação à atividade física e alimentação adequada. Precisamos assim, além de buscar os usuários que ainda não foram captados na área, investir na estruturação de ações para este público

alvo de forma que todos os cadastrados sejam, efetivamente, acompanhados em todas as ações.

Nas ações de atenção à saúde da pessoa idosa, temos uma estimativa de 232 usuários com 60 anos ou mais no território. No entanto, temos acompanhados na nossa UBSF, 241 usuários. Todos os usuários acompanhados têm a Avaliação Multidimensional Rápida realizada e todos têm caderneta do idoso. Realizamos atendimento médico, de enfermagem e odontológico. Além disso, todos os profissionais estão envolvidos no cuidado dos usuários idosos, com a existência e utilização de um protocolo específico para as ações desenvolvidas para cada um deles, com registros de todas essas ações, o que permitiu preencher o caderno de ações programáticas. Para esse grupo etário nosso trabalho é mais que prevenção de doenças, é também trabalhar no contexto social na melhoria da autonomia do idoso e sua inclusão na família. Na consulta se faz uma avaliação integral com investigação de indicadores de fragilização, orientações sobre a prevenção de acidentes, alimentação saudável e atividade física, avaliação de risco para morbimortalidade, controle das doenças crônicas. Em nossa área são 51 (21%) que sofrem de hipertensão e 15 (6%) de diabetes mellitus. Após a consulta realizada, o usuário ou cuidador ao sair tem a próxima consulta agendada e as orientações para os cuidados.

Em relação à saúde bucal, tivemos 394 atendimentos clínicos no último mês, o que nos dá 1.2% da média de procedimentos clínicos por mês na UBSF. Estamos assim, dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (entre 0,4% e 1.6%). Temos apenas uma dentista no serviço, trabalhando em função da alta demanda da população tanto de nossa área como de fora da área de abrangência. A atenção à primeira consulta dos grupos priorizados, tanto nos pré-escolares (4 pré-escolares - 2%), escolares (148-17%), gestantes (9-23%) e idosos (7-3%) se encontram inferiores ao estabelecido e está determinado pelo antigo processo de trabalho no qual o grupo de usuários que inicia recebe vários atendimentos, até completar o tratamento, o que é muito positivo desde o ponto de vista da qualidade na atenção integral da atenção primária à saúde, mas impede que se realizem outras inclusões.

As ações necessárias para obter as melhorias na atenção da saúde bucal foram iniciadas ao mudar o processo de trabalho existente, que permite aumentar a disponibilidade para novos inícios, e que ajuda a fazer a avaliação integral a uma maior quantidade de usuários, permitindo obter com maior confiabilidade o estado

de saúde bucal geral da população, além de satisfazer e individualizar cada usuário, assim como estabelecer prioridades em relação às necessidades de cada um deles.

Os desafios que nossa equipe tem que enfrentar para melhorar o desenvolvimento da atenção, são: sala de espera pequena em relação aos usuários atendidos, com lugares para menos de 15 usuários. Com o objetivo de diminuir o acúmulo de usuários na recepção, usamos como estratégia marcar as consultas por horários. Não temos escovário, não temos sala de reuniões ou para atividades de educação em saúde. Como estratégia, utilizamos o consultório odontológico por ser o de mais espaço físico. Temos deficiência no número de ACS, já que das sete (7) microáreas, só temos cobertura para 6; assim determinamos dividir esta microárea restante entre os 6 ACS atuais. Nosso conselho local de saúde se encontra em etapa de organização, sem periodicidade definida para suas atividades, e ainda não participam todos os representantes da comunidade, como gostaríamos. Nas reuniões efetuadas o conselho está acompanhando a qualidade do atendimento, analisando diretamente as sugestões da população em espaço de negociação entre os funcionários e a comunidade. Temos também dificuldades com o agendamento e marcação de consultas para o atendimento na atenção especializada, principalmente endócrino, neurologia, psiquiatria, ortopedia; para os mesmos as vagas são distribuídas em relação a rede disponível em cada distrito, com datas demoradas determinando grande insatisfação da população.

Para superar as dificuldades e limitações nossa prioridade é manter sempre informada a comunidade, tendo como princípios os direitos da carta dos usuários, com um painel na recepção com informações disponibilizadas do horário de funcionamento, responsáveis pela UBSF, horário de atividades específicas, estratégias de agendamento e atividades com os grupos priorizados. Temos impressa a carta dos direitos dos usuários acessível a todos. Além disso, temos o livro de queixas e sugestões para saber o grau de satisfação dos usuários em relação ao atendimento e organização da equipe, assim como o trabalho com os gestores municipais. Em relação às dificuldades e limitações encontradas, precisamos continuar fazendo ênfase para sua erradicação, o que influi na melhor qualidade na atenção de saúde a nossa população.

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

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a entrada do sistema de saúde, tendo como princípios a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso à população, por isso o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) constitui uma estratégia fundamental para a implantação deste modelo de atenção que beneficia a sociedade, a família e o cidadão, com ajuda do SUS; tudo isto em conjunto está ganhando grande relevância em função das crescentes evidências, maior adequação e do desempenho.

Fazendo um Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, ao início somente consegui enumerar as coisas que estavam faltando na estrutura física da UBSF e algumas das funções dos profissionais que precisavam modificar para oferecer atendimento. Depois do início da Análise Situacional, dos temas desenvolvidos pelo curso, enriqueci meus conhecimentos sobre o padrão estrutural da unidade, os equipamentos, medicamentos, insumos e materiais disponíveis. Além disso, foi possível conhecer melhor sobre o processo de trabalho da equipe, a composição da equipe, o cumprimento das atribuições pela equipe, acesso a exames complementares, o atendimento especializado, as necessidades do serviço, as características da atenção à demanda como acolhimento, agendamento e classificação de risco, bem como o nível de implantação das ações programáticas, avaliando definição de utilização de protocolo, adequação do registro, implantação do monitoramento e avaliação da ação, cobertura e alguns indicadores de qualidade presentes no CAP. Estas ferramentas foram de muita utilidade para a confecção do relatório.

Agora com uma visão global e detalhada sobre o cotidiano na UBSF, conhecendo as dificuldades e após fazer uma análise minuciosa para a elaboração do Relatório, consigo vislumbrar fagulhas de tudo que precisará ser realizado. Mas para que as verdadeiras mudanças aconteçam, é necessário o diálogo entre os profissionais de saúde e os gestores. Temos que mudar algumas das condutas antigas de planejamento, organização e gestão de saúde por parte da equipe, das direções do distrito e secretarias municipais, além de sua inter-relação com as organizações como prefeituras e governadores de estado para conseguir solucionar os muitos problemas de saúde das comunidades e poder superar as dificuldades ou limitações que temos nas UBSF que dependem de recursos financeiros. O curso de

especialização da UFPel constitui-se em uma de nossas fortalezas para ajudar a programar e consolidar essas mudanças.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013). Isto coloca a HAS e o DM na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, representando, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade e altos custos para os sistemas de saúde (BRASIL, 2013).

A UBSF nº 51 está localizada no bairro Parque das Garças, no município de Manaus/AM. Nossa equipe de saúde está composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atendem sete microrregiões, um funcionário do administrativo, duas técnicas de enfermagem, uma técnica de saúde bucal e uma funcionária de serviços gerais. A UBSF conta, estruturalmente, com uma sala de espera pequena com poucas cadeiras para os usuários, uma sala de vacinação, curativos e nebulização, uma sala de enfermagem, consultório odontológico, um consultório médico, uma farmácia, três banheiros e uma cozinha. Temos uma população de 3851 habitantes; boa parte desta população possui recursos econômicos, com bom nível de escolaridade, predominando a classe média.

Nossa proposta para a intervenção é de fundamental importância, já que visa reativar ações que enfatizam a atenção integral à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Temos garantido o material para a intervenção, como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, computador, material adequado para

realização do hemoglicoteste, folhas de papel A4, canetas e os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais.

A atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes em nossa UBSF está bem estruturada, existe acompanhamento em consultas duas vezes por semana e dentro de seus objetivos está o diagnóstico precoce, controle e a prevenção de complicações nos usuários. Entre os fatos que encaramos como aspectos que facilitarão a implantação de nossa intervenção, está que já realizamos ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, prática regular da atividade física, os danos que ocasiona o consumo excessivo de tabagismo para os portadores de HAS e/ou DM.

Existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM, acolhidos com uma prioridade estabelecida para seu atendimento. A intervenção é muito importante no contexto de nossa UBSF, tendo como ponto de partida que nossa área de abrangência tem uma população de 3851 usuários e de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP), o programa de atenção à HAS e DM é o que mais baixa cobertura apresentou, com 23% para ambas as patologias.

Pelos dados estimados pela Planilha de Coleta de Dados (PCD), temos, aproximadamente, 586 pessoas com hipertensão e 144 pessoas com diabetes em nosso território.

Pela baixa cobertura apresentada tanto para a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes do território, precisamos investir no rastreamento, na pesquisa, diagnóstico e acompanhamento destes usuários e garantir a execução de atividades relacionadas ao controle cardiovascular e endócrino-metabólicos, bem como o acesso à rede de serviços, quantitativamente e qualitativamente, atendendo às necessidades dessa população. Assim será possível executar as ações de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e melhorar os indicadores destes programas em minha UBSF, motivo pelo qual queremos fazer a intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº 51, no município de Manaus/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde

Meta 1.2: Cadastrar 60% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

A intervenção será realizada num período de 12 semanas e se propõe a desenvolver ações na UBSF nº 51, do município de Manaus/AM, com todos os trabalhadores da equipe e com a participação de todos os usuários que residem em nossa área de abrangência com 20 anos ou mais, que sejam diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, residentes e cadastradas no programa.

Nas reuniões com a equipe de saúde, analisamos as ações a cumprir com os objetivos para alcançar as metas e os indicadores em nossa área de abrangência, melhorando o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Para alcançar os objetivos propostos nesta intervenção, as ações correspondentes a cada objetivo foram organizadas em quatro eixos estruturais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico, semanalmente, revisarão as fichas espelho de cada um dos usuários cadastrados no programa, preenchidas no momento da consulta médica ou de enfermagem. Adotaremos a ficha espelho e a Planilha de Coleta de Dados, disponibilizadas pelo curso, sendo a primeira preenchida em cada consulta e a planilha preenchida semanalmente, sendo o médico o responsável pela confecção, impressão, atualização e revisão do registro. O médico, a enfermeira e ACS trabalharão diariamente com a ficha de acompanhamento, e os ACS serão o responsável pelo controle de uso adequado destes instrumentos de trabalho.

Eixo Organização e gestão dos serviços

Ações:

Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste.

Detalhamento das ações: A maior parte dos usuários com hipertensão e/ou Diabetes da área já tem cadastro no SIAB. Agora é cadastrá-los no programa de acompanhamento de saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Isso será feito no dia da consulta, na terça-feira de cada semana. Os usuários novos serão cadastrados no SIAB e também no programa de acompanhamento. A priorização do atendimento será conseguida pelo agendamento prévio do atendimento e também pela abertura de vaga na demanda espontânea, sempre que for necessário, e assim vamos melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. Essas atividades serão coordenadas pela enfermeira e o médico. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes após sua consulta, sairão da UBSF com sua próxima consulta agendada. O administrativo será responsável por garantir esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica material para hemoglicoteste. A UBSF

tem a disponibilidade destes materiais, e se precisar o administrativo tem que fazer o pedido aos gestores do distrito de saúde.

Eixo Engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

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

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

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento de ações:

As ações a serem desenvolvidas na unidade, no eixo do Engajamento público, como seu ponto principal terá a educação em saúde. A orientação da população sobre o programa de atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes será feita pelos ACS nas visitas domiciliares, e mediante a divulgação por cartazes que serão fixados em locais de grande acesso da população, sendo o responsável o médico. Faremos encontros mensais com a comunidade, com orientações sobre o programa de melhoria da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, seus benefícios, além da importância da aferição da pressão arterial e observação dos fatores de risco para hipertensão e diabetes.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira irão fazer capacitações rotineiras, com frequências mensais, orientando sobre a forma adequada para a tomada da pressão arterial e uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/Hg. As reuniões da equipe serão utilizadas também para a capacitação. Utilizaremos materiais necessários como canetas, 12 pacotes de bolacha, 2, pacotes de folhas A4 e pastas para anotações; serão feitas preferencialmente no período da tarde de uma quinta-feira.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e diabetes

Meta 2.1: Realizar exame clínico a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes

Detalhamento da ação: O médico ou a enfermeira preencherão a cada consulta as Fichas Espelho de forma que se possa identificar a realização dos exames. Semanalmente, a partir do preenchimento da Planilha, vamos identificar os registros de exame clínico apropriado, preenchidos em cada consulta, em relação à periodicidade e qualidade recomendada.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento das ações: Trabalharemos com a Política de Humanização e ajustaremos nosso atendimento aos protocolos de atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, na qual o médico e a enfermeira serão os responsáveis. A organização e gestão do serviço são fundamentais para conseguir realizar todas as atividades propostas. Em reunião de equipe prévia ao início da intervenção, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe, assim como acontecerá à organização das capacitações mensais. Nesta reunião será providenciada uma cópia impressa dos protocolos que serão utilizados na intervenção para ficarem disponíveis a todos os profissionais da UBSF. O médico e a enfermeira a cada final de mês, observarão os registros dos atendimentos feitos por todos os profissionais e verificarão se os mesmos estão seguindo as orientações dadas nos protocolos

Eixo Engajamento Público

Ação:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes

Detalhamento da ação:

Todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes assim como as outras pessoas da área de abrangência poderão assistir aos grupos de encontro e os responsáveis serão a enfermeira, o médico e técnicas em enfermagem com o apoio dos líderes comunitários. Os ACS, o médico e as técnicas em enfermagem, nas visitas domiciliares, nas consultas, nos encontros de grupos, orientarão sobre os fatores de riscos e quais são as formas de prevenção das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes

Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação: Nas reuniões mensais de equipe, faremos as capacitações, utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus, onde serão abordados temas como: as particularidades do exame clínico apropriado em pessoas com hipertensão e/ou diabetes. As capacitações serão realizadas pelo médico e a enfermeira

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

O médico ou a enfermeira realizarão o controle das fichas espelho e prontuários clínicos com uma frequência semanal, observando dentro da descrição do exame clínico a realização de exame dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade de todos os usuários com diabetes consultados. Se faltar em algum deles, será passada a informação aos ACS para marcar consulta onde estes serão examinados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com diabetes.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento das ações:

A organização e gestão do serviço são fundamentais para conseguir realizar todas as atividades propostas. As técnicas em enfermagem ficarão responsáveis por organizar a agenda do médico e a enfermeira para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares feitas pelos ACS. É importante especificar que serão deixadas 5 vagas na agenda para os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Em reunião de equipe, antes do início da intervenção, serão definidas as atribuições de cada membro em relação ao exame dos pés das

peças com diabetes, o administrativo vai fazer junto ao pedido de medicamento o pedido do monofilamento 10g, para exame dos pés. Na reunião será providenciado uma cópia impressa dos protocolos que serão utilizados na intervenção para ficarem disponíveis a todos os profissionais da UBSF. O médico e a enfermeira são os responsáveis pelas referências e contra referências dos usuários com diabetes que assistam a consulta e necessitem de consulta especializada.

Eixo Engajamento público

Ação

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação:

Nas palestras, realizadas na UBSF, no dia de atendimento ao programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, prévio ao atendimento em consulta médica ou de enfermagem, se abordarão os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente tendo como responsáveis o profissional em função, o médico ou enfermeira com apoio de um ACS e, além disso, se orientará em cada consulta, individualmente.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés

Detalhamento da ação:

Faremos as capacitações nas reuniões mensais com todos os profissionais da equipe, utilizaremos os manuais de hipertensão e diabetes mellitus, onde serão abordados temas como: os cuidados dos pés e seu exame periódico como parte do exame clínico de acordo aos protocolos. As capacitações serão realizadas pelo médico e a enfermeira.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação:

Será realizado o monitoramento semanal do número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado (Caderno de Atenção Básica de 2013) e com a periodicidade recomendada pelo menos três vezes por ano, realizado pelo médico e enfermeira pela avaliação das fichas espelho.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações:

Realizaremos busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou diabetes que não realizaram exame complementares indicados nas consultas. Cada ACS é responsável por marcar no sistema de regulações os exames preconizados e por garantir sua realização; vamos estabelecer parcerias com os laboratórios para agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo tendo como responsável a enfermeira.

Eixo Engajamento público

Ações:

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações: A equipe irá informar a comunidade, em palestras no dia de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância da realização dos exames para prevenção de complicações. Os exames vão ser feitos de três a quatro vezes por ano, dependendo das possibilidades e o estado geral do usuário, os usuários com diabetes terão a glicemia determinada em cada consulta. Vamos orientar a importância dos exames no rastreamento para DM em usuários com hipertensão ou para aqueles com diagnóstico de HAS, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares

Detalhamento da ação:

A capacitação da equipe para as orientações necessárias na solicitação de exames complementares ficará sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira; participarão todos membros da equipe na capacitação, que será realizada antes do início da intervenção.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: O monitoramento e avaliação dos medicamentos disponíveis na Farmácia Básica ficarão sobre responsabilidade da enfermeira e será realizado semanalmente.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes 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:

Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, feito pelo pessoal administrativo, porque não contamos com farmacêutico e será supervisionado pelo médico. Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e o pedido de medicamento será realizado quinzenalmente. Temos publicada a lista de medicamentos de nossa farmácia e da farmácia popular orientando aos usuários às possíveis alternativas dos serviços.

Eixo Engajamento público

Ação

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes

Detalhamento da ação:

Utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus para realizar atualização mensal dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes. As capacitações serão realizadas pelo médico e a enfermeira

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Toda equipe será capacitada para repassar as informações a respeito da Farmácia Popular, comunicando aos usuários seu direito de obter suas medicações nesta farmácia. A responsável pela capacitação será a enfermeira com apoio do médico. Todas as capacitações serão na sala da enfermeira.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações

Monitorar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamentos das ações:

O monitoramento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ficarão sobre responsabilidade da dentista da unidade, garantindo um monitoramento mensal.

Eixo organização e gestão do serviço

Ações

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamentos das ações:

Serão disponibilizados horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa área, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semana, sendo três vagas a cada dia. O responsável será o técnico de saúde bucal. O médico também fará avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, durante as

consultas, mas todos os usuários serão encaminhados para a Saúde Bucal. O técnico de odontologia organizará a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Eixo Engajamento público

Ação:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

A comunidade será esclarecida em reuniões e palestras sobre a importância do atendimento prioritário para usuários com hipertensão e/ou diabetes na busca da saúde bucal adequada.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação:

O odontólogo e o médico irão enfatizar, nas reuniões mensais, a importância de uma adequada saúde bucal para os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Orientar que o agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade. Faremos a capacitação da equipe na sala da enfermeira como de costume para avaliação da necessidade de tratamento odontológico. As capacitações serão realizadas pelo médico, enfermeira e dentista, utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Meta 3.1 - Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 - Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação

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

Detalhamento da ação:

Semanalmente, o médico ou a enfermeira, irá monitorar nas fichas espelho o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo; ao observar usuários em atraso nas consultas, imediatamente daremos a lista de nomes aos ACS para que seja feita a busca ativa dos mesmos.

Eixo Organização e gestão dos serviços

Ações

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares

Detalhamento das ações:

A agenda do programa terá duas consultas destinadas a esses usuários resgatados através das visitas domiciliares, às quartas-feiras pela tarde. Na discussão de casos da equipe semanal, serão discutidas com os ACS as visitas da semana para os usuários com hipertensão e/ou diabetes que encontram-se acamados ou com problemas na locomoção e se descobrirem alguns faltosos à consulta, para que sejam visitados de imediato.

Eixo Engajamento público

Ações

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas

Detalhamento da ação:

Realizaremos contato com associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo a importância de realização das consultas. Solicitaremos o apoio destes representantes no sentido de sensibilizar e esclarecer à população sobre a necessidade do atendimento priorizado e acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, estes contatos serão feitos mensalmente na unidade com a participação de toda a equipe, tendo como responsável a enfermeira, facilitando a toma de estratégias para incorporar a todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, ou programa. Além disso, os ACS farão contato semanalmente com a comunidade para ouvir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão se houver número excessivo de faltosos Para fortalecer a adesão ao programa de melhoria da atenção a hipertensão e diabetes se pretenderam fazer palestras educativas para informar à comunidade pessoas sobre a importância do acompanhamento regular dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. As palestras serão realizadas semanalmente os dias da consulta de hiperdia na mesma unidade de saúde, as responsáveis serão o médico e enfermeira.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade

Detalhamento da ação:

As capacitações mensais serão feitas no horário da tarde de uma quinta-feira, preferencialmente a última; a responsável será a enfermeira. Nas capacitações da equipe faremos orientação sobre a periodicidade das consultas preconizadas de três a quatro meses em dependência do serviço e da particularidade de cada usuário e utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus para que sejam adotados por toda a equipe como referência na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes do programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 - Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento da ação:

No monitoramento dos registros da intervenção, o médico e a enfermeira observarão, entre outros aspectos, a qualidade do preenchimento, assim como a qualidade das consultas realizadas a cada um deles, particularizando por micro áreas. Pretendemos melhorar a qualidade dos registros de informações do programa mantendo estes atualizados durante as consultas, permitindo identificar as deficiências do atendimento para assim corrigir.

Eixo Organização e gestão dos serviços

Ações

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações:

A enfermeira elaborará um resumo parcial que vai ser discutido mensalmente na reunião da equipe, e em conjunto com o médico serão os responsáveis de manter as informações do SIAB atualizadas para acompanhamento dos resultados. O sistema será avaliado semanalmente e discutido nas reuniões de

equipe. As fichas espelho disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de usuários com hipertensão e/ou diabetes serão monitorados todas as semanas pelo médico. A enfermeira organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação das doenças.

Eixo Engajamento público

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Detalhamento da ação:

Os ACS serão os responsáveis de realizar atividades na unidade de saúde como palestras e rodas de conversas com uma frequência mensal onde orientaremos aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento da ação:

O médico ficará responsável do treinamento antes do início da intervenção e numa das reuniões mensais no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos usuários e do registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação:

O monitoramento semanal será realizado pelo médico ou enfermeira e será verificada a realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano nas consultas para mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular de nossa área de abrangência.

Eixo Organização e gestão dos serviços

Ações:

Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações:

Primeiramente ofereceremos agenda aberta aos usuários em risco, além disso, serão disponibilizadas consultas diárias (dentro as disponibilizadas para a demanda espontânea) para priorizar esse grupo. Os usuários com alto risco cardiovascular e com outras doenças cardiovasculares associadas serão encaminhados pelo médico para receber avaliação com o cardiologista. Eles serão atendidos mensalmente em consulta e receberam uma visita domiciliar no mês. A enfermeira e o médico serão as responsáveis de organizar a agenda para o atendimento desta demanda

Eixo Engajamento público

Ações

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

Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações:

As técnicas em enfermagem realizarão palestras nos dias de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis e acompanhamento regular em consultas para evitar as complicações.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

A enfermeira e o médico serão as responsáveis da avaliação de risco dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Treinaremos a todos os profissionais, antes do começo da intervenção na reunião da equipe para a identificação, controle dos riscos de lesões em órgãos alvo, estratificação e a importância do registro da avaliação

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 - Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 - Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação:

O médico ou a enfermeira realizarão o controle das fichas espelho e prontuários clínicos com uma frequência semanal, observando o preenchimento das orientações nutricionais fornecidas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade

Detalhamento das ações:

Nos dias de grupo serão desenvolvidas ações de promoção e prevenção e uns dos temas que serão abordados será sobre orientação nutricional, com convite mensal de um nutricionista que mora em nossa comunidade. As atividades coletivas serão registradas em livro específico para esse fim, e assim serão monitoradas pelo médico e enfermeira mensalmente.

Eixo Engajamento público

Ações

Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento da ação:

Para fortalecer a adesão ao programa de melhoria da atenção a hipertensão e diabetes pretende-se fazer palestras educativas para informar as pessoas com diabetes, hipertensão e seus familiares sobre a importância de uma alimentação

saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Realizaremos as atividades na igreja, sob responsabilidade do médico e da enfermeira.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

Acrescentaremos as ações de promoção e prevenção da hipertensão e diabetes mediante as capacitações que receberá a equipe de saúde sobre alimentação saudável e orientações sobre metodologias de educação em saúde. Esta capacitação será realizada de forma progressiva, tendo início antes da intervenção em encontros de capacitação realizado com este fim. O responsável será o médico.

Meta 6.3 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular a pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação:

As atividades coletivas serão registradas em livro específico para esse fim, com lista de presença incluída, e assim, serão monitoradas pelo médico e enfermeira, semanalmente. Vamos acrescentar as ações de promoção e prevenção da hipertensão e diabetes mediante atividades físicas e educativas com a população e profissionais da equipe de saúde.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamentos das ações:

Solicitaremos, em reunião prévia, a intervenção dos gestores municipais, para a garantia da participação de nutricionistas e educadores físicos para a realização dessas atividades, sendo a responsável por isso, a enfermeira.

Eixo Engajamento público

Ações

Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e da diabetes.

Detalhamentos das ações:

Para a melhoria da atenção a hipertensão e diabetes pretende-se fazer palestras educativas prévias ao atendimento do Hiperdia para informar as pessoas com diabetes e/ou hipertensão e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive como parte do tratamento não farmacológico da hipertensão e diabetes. Será de responsabilidade do médico e a enfermeira.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação

Detalhamento das ações:

Serão utilizados os manuais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre outros para capacitar a equipe em metodologias de educação para serem

empregadas na promoção de atividade física regular. Esta capacitação será realizada de forma progressiva; os responsáveis serão o médico e enfermeira.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações:

O médico ou a enfermeira realizarão o controle das fichas espelho e prontuários clínicos com uma frequência semanal, observando o preenchimento das orientações fornecidas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e orientação sobre riscos do tabagismo.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento das ações:

A enfermeira e o médico serão os responsáveis por demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Vamos enviar um ofício e realizar uma reunião prévia a intervenção com a gestão e toda a equipe, informando sobre a realização da intervenção. Vai ser feita na sala da enfermeira.

Eixo Engajamento público

Ações

Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação:

Realizaremos contato com associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Solicitaremos o apoio destes representantes no sentido de sensibilizar usuários com hipertensão e/ou diabetes com este hábito a fazer este tratamento. O médico, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem aproveitarão todos os espaços disponíveis através para orientar sobre tabagismo, suas complicações e existência de tratamento.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamentos das ações:

Serão utilizados os manuais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre outros para capacitar a equipe em metodologias de educação para serem empregadas na promoção de atividades para o tratamento de usuários com hipertensão e/ou diabetes que sejam tabagistas. Esta capacitação será realizada de forma progressiva; os responsáveis serão o médico e enfermeira.

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

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

Eixo e Monitoramento e avaliação

Ações

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento das ações:

O médico ou a enfermeira realizarão o controle das fichas espelho e prontuários clínicos com uma frequência semanal, observando o preenchimento das orientações sobre higiene bucal fornecidas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ações

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamentos das ações:

O médico, a enfermeira e a dentista ficarão responsáveis de organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em dependência das necessidades individuais de cada usuário e das habilidades do profissional.

Eixo Engajamento público

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

Realizaremos atividades na igreja e centros comunitários, domicílios de usuários com hipertensão e diabetes com presença de seus familiares para sensibilizar as pessoas da importância da higiene bucal; os responsáveis serão o dentista, o médico e ACS.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamentos das ações:

A dentista e o médico irão enfatizar para a equipe, nas reuniões mensais, a importância de oferecer aos usuários com hipertensão e/ou diabetes as orientações

para uma adequada higiene bucal. Faremos a capacitação de toda a equipe para oferecer estas orientações nas visitas domiciliares e na palestra na UBSF. As capacitações serão realizadas pelos manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus, na sala da enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS

Meta 1.2. Cadastrar 60% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, será adotado como protocolo os Cadernos da Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) elaborados pelo Ministério da Saúde no ano 2013.

Já para realizar o cadastro das pessoas com hipertensão e diabetes no programa precisaremos de registros com as diversas informações da intervenção; para isso vamos providenciar a impressão de 200 prontuários e 500 fichas espelho de usuários com HAS e DM (Anexo C), ficha esta disponibilizada pelo curso e que será utilizada para coletar as informações geradas nos atendimentos e que será preenchida em consultas médicas e de enfermagem. Será realizado o monitoramento das ações a partir do registro do número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa.

O médico e a enfermeira são os responsáveis por todo o monitoramento e avaliação. Vai ser preciso a elaboração de um livro de registro de usuários com hipertensão e/ou diabetes, onde vamos incluir todos os dados gerais do usuário por microáreas, além dos exames realizados, classificação do risco cardiovascular, avaliação odontológica e nutricional, a data de consulta e a nova programação da mesma, sendo o responsável o médico. O médico e a enfermeira irão utilizar a ficha espelho, pois está completa e contém todos os aspectos que são necessários para este trabalho.

Para garantir o registro de todas as informações, a enfermeira e a técnica de enfermagem vão transcrever todas as informações disponíveis nos prontuários para a ficha-espelho, na medida em que os usuários consultem. O acompanhamento da coleta dos dados será realizado semanalmente, os dados serão armazenados e processados na PCD (Anexo B), que vai dar uma estimativa do trabalho e assim vamos ter uma noção de quanto falta para completar as atividades, também vamos ter monitorados os gráficos e tabelas com os resultados diários da intervenção, através da planilha.

Elaboraremos panfletos com aviso à comunidade sobre o fluxo de funcionamento, atendimento, organização e gestão dos serviços e a priorização dos usuários envolvidos na intervenção. Serão necessários 400 panfletos que serão elaborados pela enfermeira e as técnicas em enfermagem. Solicitaremos ajuda do gestor do distrito de saúde para a impressão dos mesmos. O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pelas técnicas de enfermagem, com o envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde, principalmente as técnicas em enfermagem, que são as encarregadas de classificar o usuário segundo as suas doenças e idade.

As técnicas de enfermagem controlam a pressão arterial, medidas antropométricas e controle da temperatura, teste de glicemia capilar, preenchendo todos os dados com um controle ativo em todos os usuários maiores de 20 anos de idade sem diagnóstico de hipertensão ou diabetes ou aqueles que tenham diagnóstico e ainda não foram cadastrados e acompanhados no programa, que residam em nossa área de abrangência. O atendimento ocorrerá intercalado, inicialmente com a enfermeira e depois com o médico; se o usuário faltar a consulta será passado seu nome na lista de usuários faltosos para o ACS responsável da área. Este será remarcado pelas técnicas em enfermagem em dependência do dia com vagas disponíveis, e o médico e a enfermeira serão os responsáveis pela classificação de risco. A prescrição dos medicamentos será realizada pelo médico em dependência da disponibilidade da farmácia básica. A organização das visitas domiciliares fica sob responsabilidade dos ACS, seguindo a prioridade dos usuários faltosos na semana ou que forem identificados durante a reunião de equipe. Em dependência do estado geral do usuário, também será acompanhado pelo médico ou a enfermeira, nas visitas domiciliares.

Serão disponibilizados horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa área, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas, sendo três vagas a cada dia. O responsável será o técnico de saúde bucal. O médico também fará avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos mesmos, durante as consultas, mas todos os usuários serão encaminhados para a Saúde Bucal. O técnico de odontologia organizará a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A maior parte dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área já tem cadastro no SIAB. Será preciso cadastrá-los no programa de acompanhamento. Isso será feito no dia da consulta, na terça-feira de cada semana. E também nas visitas domiciliares. Os usuários novos serão cadastrados no SIAB e também no programa de acompanhamento. A priorização do atendimento será conseguida pelo agendamento prévio do atendimento e também pela abertura de vaga na demanda espontânea sempre que for necessário e assim vamos melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. Essas atividades serão coordenadas pela enfermeira e o médico. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes após sua consulta, sairão da UBSF com sua próxima consulta agendada.

Em palestras realizadas pelo médico, enfermeira, técnicas em enfermagem e os ACS com a comunidade em geral, vai ser explicada a necessidade do controle anual da medida da pressão arterial em indivíduos aparentemente saudáveis, uma vez por ano e rastreamento da pressão arterial nas pessoas com DM e com cifras tensionais superiores que 135/85 mmHg. Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos usuários desta condição não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os provenientes da busca ativa será aberto outro turno de atendimento na semana, as quartas-feiras de manhã.

Nas atividades de engajamento público, participarão todos da equipe com apoio da comunidade. Além das palestras realizadas nos dias das consultas aos usuários com HAS e DM, também realizaremos atividades em grupos com a participação de usuários com hipertensão e/ou diabetes, com frequência quinzenal, com o objetivo de discutir temas relacionados a estas patologias, bem como dividir e

trocar experiências em relação ao tratamento. Pretendemos utilizar panfletos educativos (Apêndice A). A enfermeira irá elaborar um livro específico com o fim de registrar as atividades coletivas que serão realizadas, com lista de presença incluída, e assim serão monitoradas pelo médico e enfermeira mensalmente. Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da intervenção. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar um turno a mais de atendimento para usuários com hipertensão e/ou diabetes, sem prejuízo das demais ações desenvolvidas no serviço. Também serão desenvolvidas outras práticas educativas de forma individual nas consultas médicas e de enfermagem e práticas coletivas, com a participação do médico, enfermeira, técnicas em enfermagem e os ACS, na sala de espera.

Realizaremos contato com a associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo a importância da realização da intervenção para a comunidade. Solicitaremos o apoio destes representantes no sentido de sensibilizar e esclarecer a população sobre a necessidade do atendimento priorizado e acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, conforme rotina dos protocolos. Estes contatos serão feitos mensalmente na unidade com a participação de toda a equipe, tendo como responsável a enfermeira, buscando estratégias para incorporar todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes no programa. Além disso, os ACS farão contato semanalmente com a comunidade para ouvir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. O médico, antes da intervenção, entrará em contato com representantes da comunidade da igreja da área de abrangência para a apresentação do projeto, esclarecendo a importância da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Para viabilizar o registro das ações previstas durante a intervenção trabalharemos com os prontuários clínicos, fichas-espelho e cadastro dos usuários. A capacitação da equipe, como parte da qualificação da prática clínica, será prévia ao início da intervenção e ocorrerá na própria UBS, na sala da enfermeira; para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, ou seja, quinta-feira. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, além disso a enfermeira ficará responsável por solicitar à gestão o apoio de

um nutricionista e um educador físico. Realizaremos a capacitação da equipe sobre avaliação multidimensional rápida de indivíduos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Serão utilizados 9 protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que foram impressos para uso nas capacitações e 9 modelos das fichas espelho oferecidas pelo curso. Precisaremos de canetas (12) e agendas para anotações (12). O gestor do distrito assumiu o compromisso com a garantia de envio desses materiais, assim como material adequado para a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos), fita métrica, balança e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, que atualmente já possui esses materiais.

Monitoramento e avaliação da intervenção, em reunião da equipe.												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção foi realizada no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016 e teve como principal objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBSF nº 51. Todas as ações foram orientadas pelo Protocolo “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, do Ministério da Saúde (2013). Ressalta-se que as ações desenvolvidas no período foram baseadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

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

Com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS nº 51, podemos dizer que nestas 12 semanas de intervenção conseguimos cumprir a maioria das ações previstas em nosso cronograma. A população foi orientada sobre a intervenção realizada por todos os colegas de equipe, principalmente pelos ACS nas visitas domiciliares e também mediante a divulgação por cartazes que foram fixados em locais de grande acesso da população, onde entregamos panfletos aos usuários.

Realizamos palestras na comunidade, abordando a necessidade de melhorar a atenção a nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes, além da importância de aferir a pressão arterial de todos os usuários com 20 anos ou mais;

orientamos ainda sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes. A organização da equipe foi fundamental para que conseguíssemos realizar todas as atividades propostas. As capacitações da equipe, de forma integral e satisfatória, foram realizadas no horário utilizado para as reuniões de equipe, mensalmente. Para tal foram utilizados os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e os modelos das planilhas oferecidas pelo curso. Em reunião de equipe prévia ao início da intervenção, foram definidas as atribuições de cada membro da equipe em relação às ações que seriam desenvolvidas; além disso, aproveitamos para debater o cronograma das ações e como seriam realizadas.

Semanalmente foi monitorada e avaliada a cobertura do programa pelo médico especializando, como estava previsto no cronograma, mediante o preenchimento semanal da planilha de coleta de dados, da revisão dos prontuários e da revisão das fichas espelho, alocadas no arquivo específico do programa. Neste momento sempre fazíamos um resumo mensal dos dados obtidos, comparando com o mês anterior e discutindo com a equipe.

A ação do acolhimento dos usuários foi desenvolvida por todos os profissionais da unidade, sendo que foram capacitados previamente para avaliar e classificar o risco e a vulnerabilidade de cada pessoa com hipertensão e/ou diabetes. Os usuários com alto risco cardiovascular e usuários descompensados, foram atendidos com prioridade. As técnicas de enfermagem realizavam a triagem com a realização de hemoglicoteste, aferição da pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e verificação do cartão de vacina de cada um. Após, os usuários passavam para a consulta médica, onde eram avaliados clinicamente. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes após sua consulta saíram da UBS com sua próxima consulta agendada.

Realizamos contato mensal com a comunidade, principalmente através da associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo a importância do projeto de intervenção. Para fortalecer a adesão ao programa de melhoria da atenção à hipertensão e diabetes foram realizadas palestras educativas semanalmente, nos dias da consulta de Hiperdia, de forma rotineira. Aproveitamos para esclarecer sobre a importância das consultas conforme a periodicidade recomendada, a realização de exames complementares, a orientação nutricional, a orientação em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Foi realizada a busca ativa de todas as pessoas com hipertensão e diabetes faltosas às consultas na UBS, com o apoio das ACS mediante as suas visitas domiciliares. Geralmente, na mesma semana da consulta, conseguiu-se o retorno da maioria deles.

Existiram ações previstas que foram desenvolvidas parcialmente; a primeira dela está relacionada ao cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na área de abrangência. Não foi possível alcançar o 60% estimado dos usuários do programa ao longo das 12 semanas, mas conseguimos ampliar a cobertura a estes usuários atendidos na unidade de saúde. Porém, com a continuidade da intervenção nos próximos meses, a equipe deverá conseguir cumprir com a meta traçada, até alcançar a totalidade destes usuários.

A outra ação que foi desenvolvida parcialmente nas semanas iniciais foi a realização dos exames complementares para os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Tivemos dificuldades na realização dos exames em determinado período por falta de regentes, o que demorou o processo de retorno dos usuários, situação que dificultou um pouco a organização do serviço. Mas, antes de terminar as 12 semanas, com o esforço de toda a equipe e solicitação aos gestores, todos os usuários com hipertensão e todos os usuários com diabetes cadastrados tinham os exames complementares em dia.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Dentro das ações previstas e não desenvolvidas, citamos a ausência do nutricionista e do professor de educação física para capacitar a equipe de saúde sobre orientação nutricional e orientação em relação à prática regular de atividade física. No começo da intervenção fomos apoiados, neste sentido, por um educador físico e uma nutricionista que são moradores de nossa área, mais não foi possível desenvolver a atividade em relação ao nosso cronograma, com a presença rotineira destes colegas, já que nosso distrito de saúde não tem estes profissionais disponíveis.

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

O material disponibilizado pelo curso tem um fácil manejo, o que facilitou muito nosso trabalho quanto a coleta e sistematização dos dados. Adotamos como ferramentas a ficha espelho e a Planilha de Coleta de Dados, disponibilizadas pelo curso, sendo a primeira preenchida em cada consulta e a planilha preenchida semanalmente. O cronograma permitiu o acompanhamento semanal das ações a serem realizadas. Outra ferramenta importante foram os diários da intervenção, onde foram apontadas todas as atividades desenvolvidas pela equipe.

Em nossa área, a maior parte dos usuários com hipertensão e/ou diabetes diagnosticados já tinha cadastro no SIAB, faltando apenas cadastrá-los no programa de acompanhamento da saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o que foi feito no mesmo dia da consulta. Os usuários novos foram cadastrados no SIAB e também no programa de acompanhamento.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto na rotina do serviço

Realizando uma avaliação do trabalho durante estas 12 semanas de intervenção podemos dizer que foi possível incorporar a intervenção na rotina do serviço de maneira organizada. Conseguimos melhorar os indicadores de cobertura, a qualidade e organização dos registros específicos, a população que foi atendida e toda a equipe ficaram com novos conhecimentos sobre o programa, pois foram esclarecidas todas as dúvidas que havia. Conseguimos fortalecer o vínculo da comunidade com o serviço de saúde. Consideramos que os resultados obtidos foram muito bons, e podem ser mantidos e até superados com nosso trabalho diário; a equipe toda está muito feliz por cumprir com os objetivos propostos para melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados aqui apresentados refletem a intervenção desenvolvida por 12 semanas, entre novembro de 2015 e janeiro de 2016, na UBSF nº 51, em Manaus/AM. O objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência.

No período de intervenção, estiveram em acompanhamento 206 pessoas com hipertensão e 69 pessoas com diabetes

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde

Indicador: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

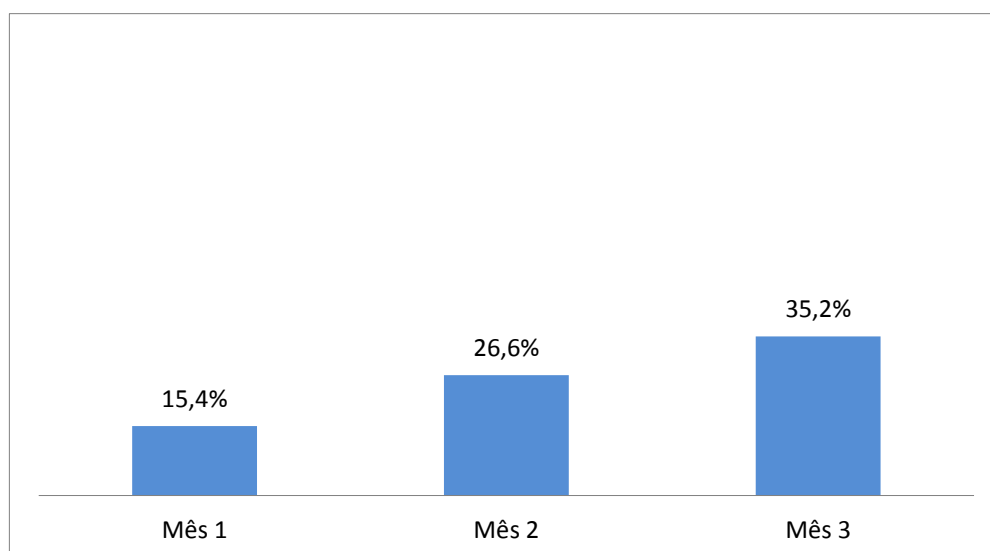


Figura 1: Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Realizando uma avaliação do trabalho nestas 12 semanas de intervenção posso dizer que foi possível incorporar a intervenção à rotina do serviço de maneira organizada. Conseguimos melhorar a qualidade e organização do serviço. Em relação aos indicadores de cobertura, podemos dizer que antes da intervenção a equipe tinha cadastrado no SIAB 155 usuários com hipertensão, tendo uma microárea descoberta por ACS, que pela quantidade de população que representa na equipe, tínhamos o dado como bem perto da realidade. Mas, orientado pelo curso, por não haver cadastro fidedigno na unidade, para dar início a nossa intervenção, foi preciso utilizar o denominador estimado para o cálculo dos indicadores. Assim, utilizamos as estimativas da planilha de coleta de dados, que à população total de 3851 usuários pertencentes a nossa área da abrangência, haveria uma estimativa de 586 usuários com hipertensão.

Realizando uma análise da intervenção, pode-se observar que durante o transcurso dos meses foi aumentando, progressivamente, o atendimento dos usuários com hipertensão, mas não atingimos a meta. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 90 usuários com hipertensão (15,4%); no segundo mês foram 156 (26,6%) e ao finalizar a intervenção no terceiro mês, alcançamos atender 206 usuários com hipertensão, conseguindo ampliar a cobertura à microárea descoberta inicialmente, alcançando 35,2% de cobertura no programa. Os usuários com hipertensão novos foram cadastrados pela primeira vez no SIAB e no registro do programa para assegurar seu acompanhamento em consultas. Isso foi possível devido ao controle dos registros e monitoramento das ações, capacitação dos profissionais assim como das ações de engajamento público desenvolvidas pela equipe, correspondente com esta ação programática durante toda a intervenção.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

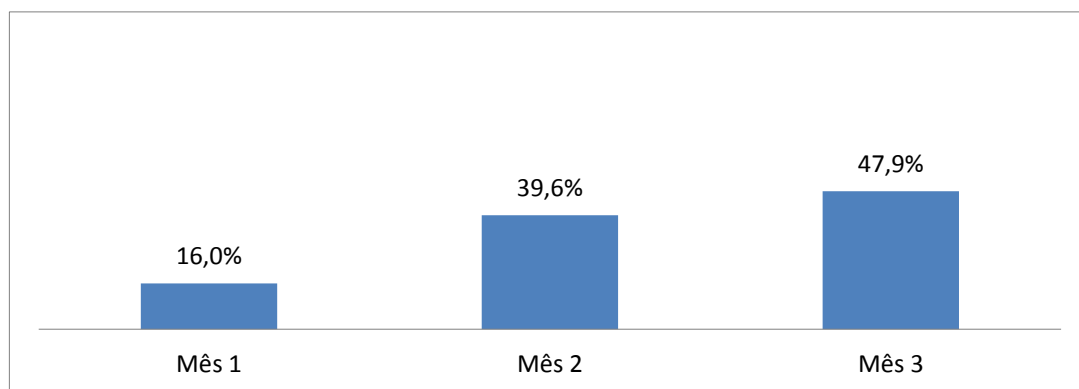


Figura 2: Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Analisando o trabalho nestas 12 semanas de intervenção posso dizer que foi possível incorporar a intervenção à rotina do serviço de maneira organizada. Antes da intervenção a equipe tinha cadastrado no SIAB 45 usuários com diabetes, havendo uma microárea descoberta por ACS, como antes explicado. Pelas estimativas, para uma população total de 3851 usuários pertencentes a nossa área da abrangência, haveriam 144 pessoas com diabetes.

Pode-se observar que durante o transcurso dos meses foi aumentando progressivamente o atendimento dos usuários com diabetes, mas sempre longe da estimativa. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 23 com diabetes (16%); no segundo mês 57 pessoas com diabetes cadastradas (39,6%) e ao finalizar a intervenção, no terceiro mês, alcançamos atender 69 usuários com diabetes (47,9%) conseguindo ampliar a cobertura, mas ainda sem atingir a meta proposta. Os usuários com diabetes novos foram cadastrados por primeira vez no SIAB e no registro do programa para assegurar seu acompanhamento em consultas. Isso foi possível devido ao controle dos registros e monitoramento das ações, capacitação dos profissionais assim como das ações de engajamento público desenvolvidas pela equipe, correspondente com esta ação programática durante toda a intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

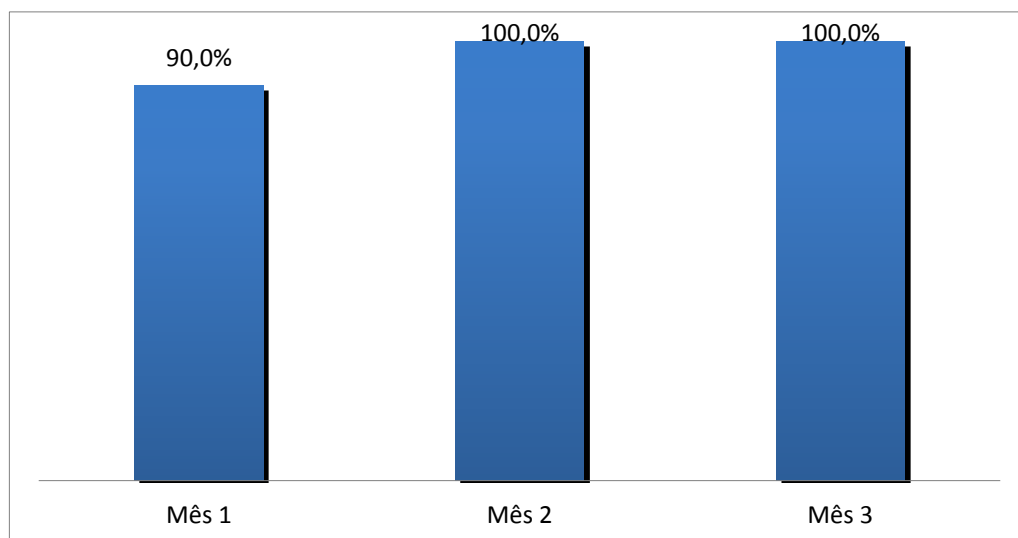


Figura 3: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM.

A qualidade da atenção oferecida pela equipe aos usuários cadastrados foi avaliada pela equipe, pelas lideranças comunitárias e, principalmente, pelos usuários envolvidos. Após o cadastro e registro, era realizado o exame clínico aos usuários com hipertensão cadastrados residentes na área de abrangência. Os mesmos foram realizados pelo médico ou a enfermeira; o comportamento no primeiro mês foi de 81 usuários com exame clínico em dia, o que representou 90%; isto aconteceu porque entre os atendimentos feitos, alguns que possuíam convênios médicos preferiram fazer exame físico no próximo atendimento. Já para o segundo e terceiro mês o exame clínico foi realizado à totalidade dos atendidos, que foram 156 pessoas (100%) no segundo mês e de 206 pessoas (100%) no último mês da intervenção.

Conseguimos atingir estes resultados de 100% de usuários atendidos e examinados nos meses finais devido ao bom trabalho educativo (principalmente com aqueles usuários que desconheciam nosso serviço) e a organização de todos os profissionais da equipe. Nos registros do programa recolhemos os dados de todos os usuários com hipertensão e atualizamos os registros sem dificuldades.

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

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

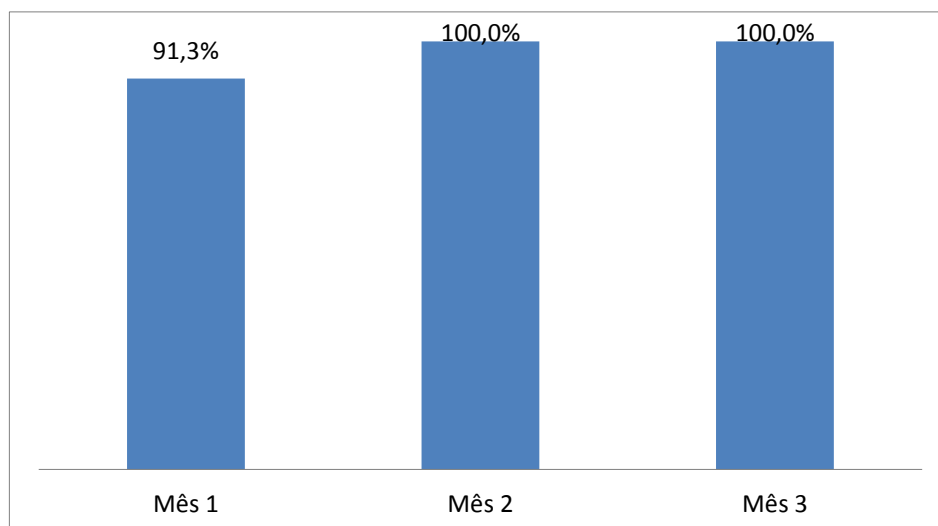


Figura 4: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Ao final da intervenção foi feito exame clínico nos 69 usuários com diabetes cadastrados (100%). Os mesmos foram realizados pelo médico ou a enfermeira. No primeiro mês alcançamos 21 usuários com exame clínico em dia, o que representou 91,3%; isto aconteceu porque dos 23 atendimentos realizados, 2 deles tinham convênios médicos e preferiram fazer exame no próximo atendimento. Já para o segundo e terceiro mês o exame clínico foi realizado à totalidade dos usuários, sendo 57 no segundo mês (100%) e 69 (100%) no terceiro mês.

Atingimos a meta de 100% de usuários cadastrados e com exame clínico em dia como resultado de um bom trabalho educativo (principalmente com aqueles usuários que desconheciam nosso serviço) e a organização de todos os profissionais da equipe.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

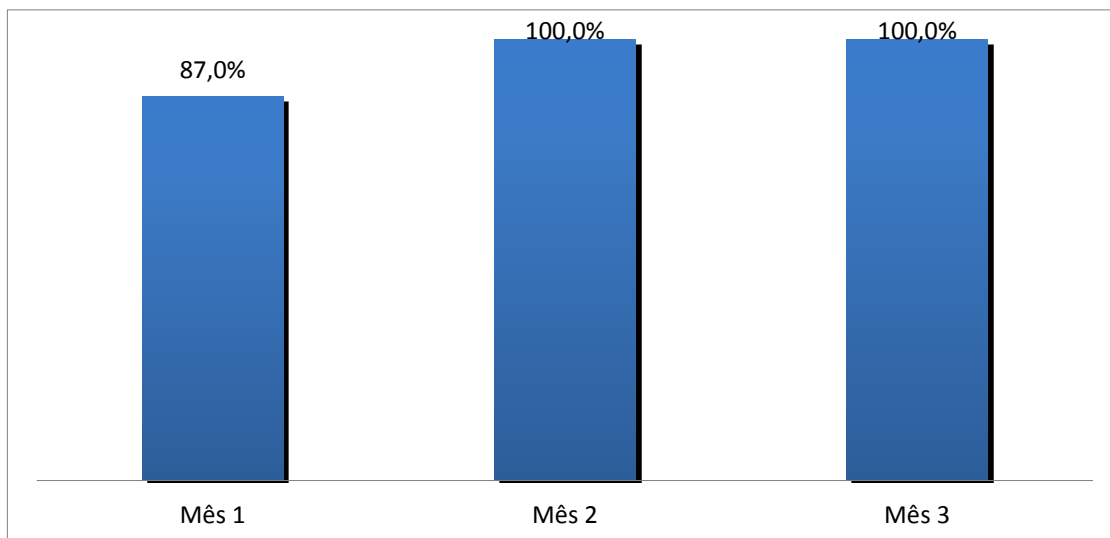


Figura 5: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Ainda em relação a qualidade da atenção aos usuários com diabetes a equipe conseguiu realizar o exame dos pés a todos os usuários com diabetes, alcançando 100% dos usuários alvo da intervenção ao final da mesma. Os exames foram realizados pelo médico, sendo que o comportamento no primeiro mês foi de 20 usuários com exame dos pés em dia, o que representa 87%; de 23 atendimentos, 3 deles preferiram fazer exame físico no próximo atendimento. Já para o segundo e terceiro mês os exames dos pés foram realizados para a totalidade dos usuários com diabetes: 57 (100%) no segundo mês e 69 (100%) também no terceiro mês, respectivamente.

Conseguimos atingir estes resultados de 100% de usuários com diabetes examinados principalmente pelo trabalho educativo realizado, bem como pela organização de todos os profissionais da equipe no controle dos registros do programa, recolhendo os dados de todos os usuários e atualizando os registros sem dificuldades.

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

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

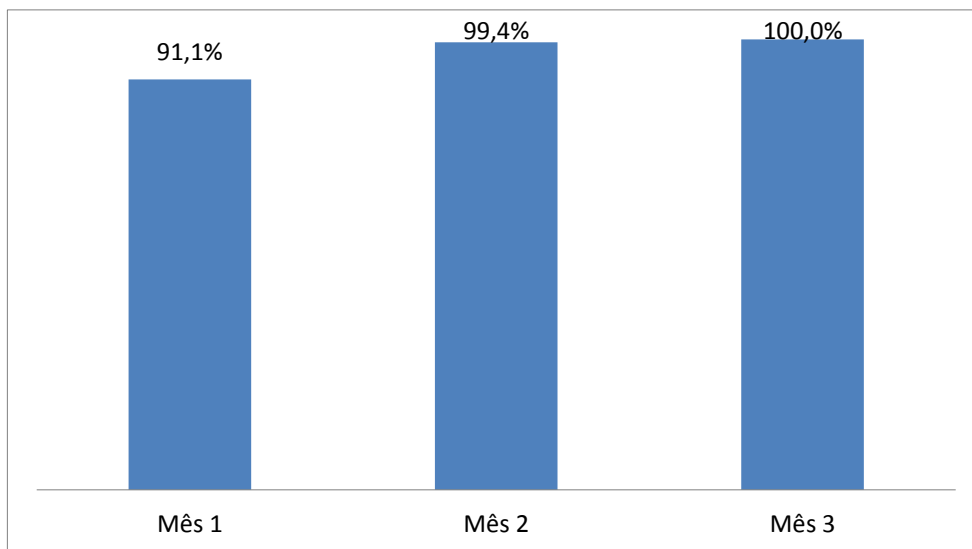


Figura 6: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Tivemos dificuldades na realização dos exames por falta de regentes, o que atrasou o processo de retorno dos usuários; muitos retornavam, mas não com a totalidade dos resultados dos exames solicitados, o que retardou nosso trabalho, tendo que ofertar consultas além das planejadas. No primeiro mês, de 90 usuários cadastrados, apenas 82 (91%) realizaram os exames solicitados; a situação melhorou no segundo e terceiro mês, quando 156 usuários (100%) e 206 (100%), respectivamente, realizaram os exames. Foi difícil garantir a realização de exames complementares em dia para todos os usuários com hipertensão de acordo com o protocolo, mas antes de terminar as 12 semanas todos os usuários com hipertensão tinham os exames complementares em dia.

A enfermeira coordenou a parceria com outros laboratórios para a realização dos exames quando o laboratório de nossa referência apresentou problemas por falta de reagentes; dessa maneira conseguimos que a maioria deles tivessem os exames complementares em dia. O monitoramento das fichas espelho foi realizado pelo médico e a enfermeira, observando os registros de exames complementares.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

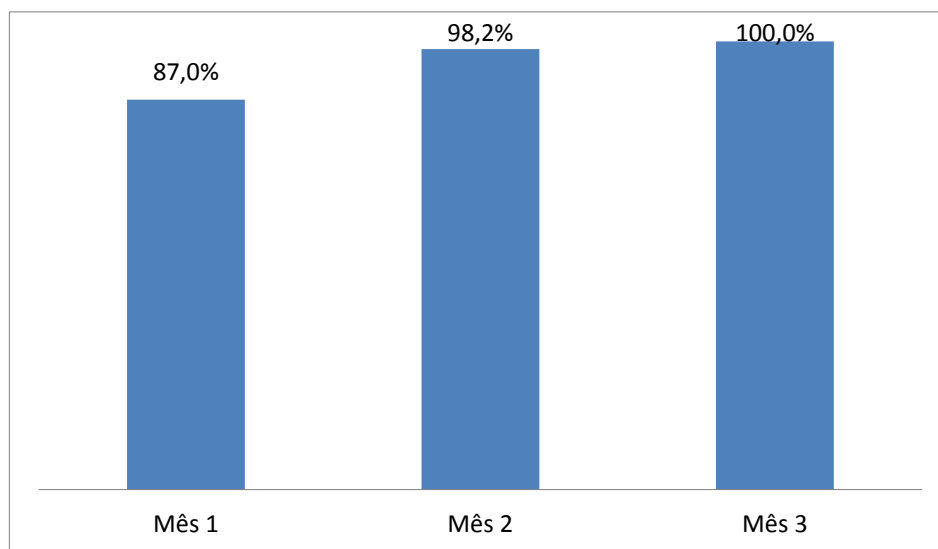


Figura 7: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBSF nº 51, Manaus/AM.

O comportamento do indicador relativo aos exames complementares dos usuários com diabetes foi igual ao explicado aos usuários com hipertensão, também com falta de reagentes ou sem vagas disponíveis para marcação de exames que são regulados pelo sistema, o que demorou o processo de retorno dos usuários. Muitos retornavam sem completar a totalidade dos resultados de exames solicitados, o que retardou nosso trabalho, tendo que oferecer consultas além das planejadas.

No primeiro mês, de 23 usuários cadastrados, 20 (87%) conseguiram realizar os exames para o retorno, mas a situação melhorou apenas no segundo e terceiro mês, com 56 usuários com os exames em dia (98,2%) e 69 usuários (100%), respectivamente. Foi difícil garantir a realização de exames complementares em dia para todos os usuários de acordo com o protocolo, mas antes de concluir as 12 semanas, com o esforço de toda a equipe, os usuários com diabetes tinham os exames complementares em dia.

A enfermeira coordenou a parceria com outros laboratórios para a realização dos exames quando o laboratório de nossa referência apresentou problemas para sua realização; dessa maneira conseguimos que a maioria estivesse com os exames complementares em dia. O monitoramento das fichas espelho foi realizado pelo médico e a enfermeira, observando os registros dos exames.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

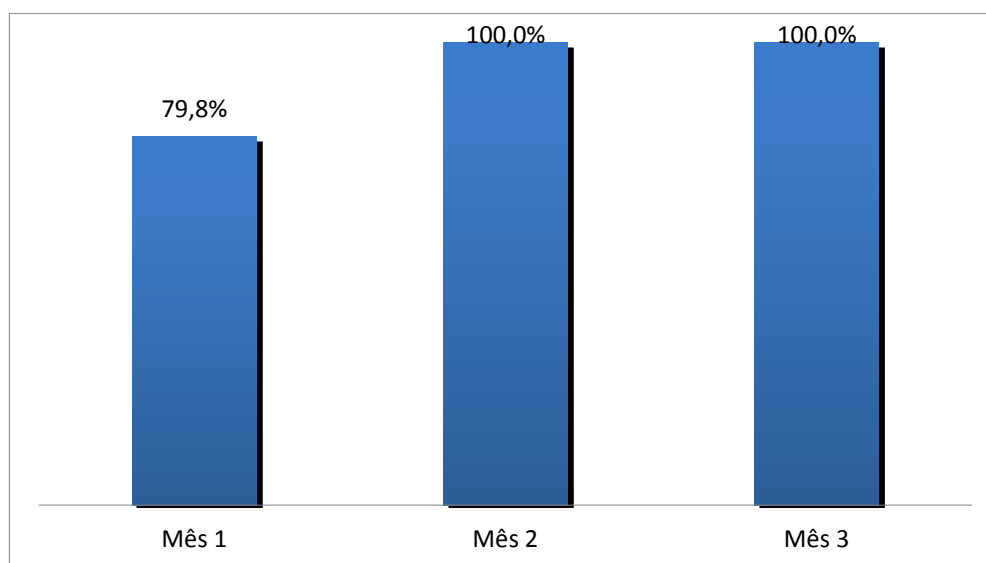


Figura 8: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Desde o início até o final da intervenção foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os usuários com hipertensão cadastrados na unidade. No primeiro mês, de 90 usuários atendidos, 71 deles, o que representa 79,8% utilizavam medicamentos da farmácia popular. Conseguimos fazer mudanças no tratamento com o consentimento deles, alcançando, assim, todos em uso de medicamentos da farmácia popular. Estes dados aumentaram para o segundo e terceiro mês, sendo que 156 usuários (100%) tinham prescrição da farmácia popular e 206 (100%) também o tinham ao término da intervenção.

Realizamos o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, feito pelo pessoal administrativo, porque não contamos com farmacêutico e foi supervisionado pelo médico. Atualizamos quinzenalmente o registro das necessidades e o pedido de medicamentos dos usuários com hipertensão.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

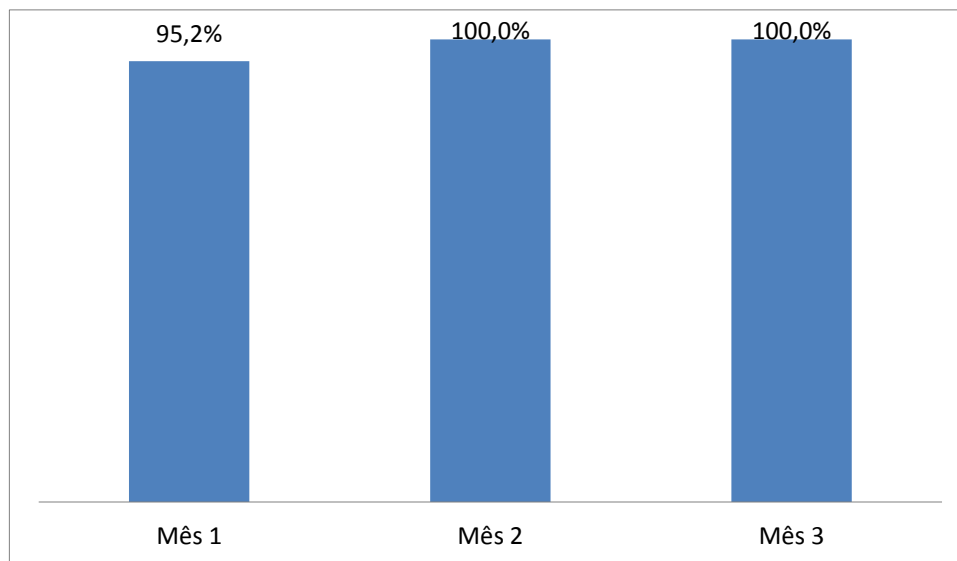


Figura 9: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Com a intervenção foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os usuários com diabetes cadastrados na unidade. No primeiro mês, de 21 usuários atendidos, 20 deles, o que representa 95,2 % utilizavam medicamentos do sistema de saúde. Conseguimos fazer mudanças com o consentimento deles, sendo que ao final das 12 semanas todos recebiam medicamentos da farmácia popular. Estes dados melhoraram no segundo e terceiro mês, com 100% dos usuários com a devida prescrição, sendo 57 (100%) e 69 (100%), respectivamente.

Realizamos o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, feito pelo pessoal administrativo, porque não contamos com farmacêutico e foi supervisionado pelo médico. Atualizamos quinzenalmente o registro das necessidades e o pedido de medicamentos dos usuários com diabetes.

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

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A intervenção proporcionou a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos usuários com hipertensão, durante os três meses. Foram avaliados 90 usuários com hipertensão no primeiro mês, 156 no segundo e 206 no

terceiro mês. Entre as ações desenvolvidas para obter estes resultados estão a reunião de capacitação da equipe sobre a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, as atividades de educação em saúde e higiene bucal realizada pelo médico, enfermeira e dentista. As metas foram atingidas graças ao desempenho da dentista e da auxiliar de saúde bucal nestas 12 semanas.

Nas consultas médicas também foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão; cada qual que precisava de atendimento odontológico, ao sair da consulta de Hiperdia, era agendado para ser avaliado nessa mesma semana pela dentista, pois eles tinham prioridade, sem interferir no acompanhamento das outras ações programáticas.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A intervenção permitiu fazer a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos usuários com diabetes, durante as 12 semanas. Foram avaliados 23 usuários com diabetes no primeiro mês, 57 no segundo e 69 no terceiro mês. As ações desenvolvidas para obter estes resultados foram a reunião de capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de tratamento odontológico, as atividades de educação em saúde e higiene bucal realizada pelo médico, enfermeira e dentista e o desempenho da dentista e da auxiliar de saúde bucal nestas 12 semanas para cumprir com nosso objetivo.

Além disso, nas consultas médicas, também foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com diabetes; cada usuário que precisava de atendimento odontológico, ao sair da consulta de hiperdia, era agendado para ser avaliado nessa mesma semana pela dentista, pois eles tinham prioridade.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

A equipe decidiu realizar a busca ativa e imediata de 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas, com o apoio das ACS mediante as visitas domiciliares. No primeiro mês tivemos 13 usuários com hipertensão faltosos, todos buscados (100%); no segundo mês foram 5 faltosos também buscados (100%) e no terceiro mês da intervenção foram 9 usuários com hipertensão buscados (100%). Entre os motivos pelos quais os usuários faltaram as consultas, foi para evitar faltar em seus trabalhos. A equipe cumpriu com 100% das buscas ativas, com retorno à consulta na semana seguinte.

As ações desenvolvidas foram: identificar rapidamente os faltosos à consulta com o monitoramento das fichas espelho, realizado pela enfermeira e o médico para determinar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários com hipertensão. Na agenda do programa reservaram-se vagas para consultas a esses usuários resgatados através das visitas domiciliares; outra ação foi a realização de palestras educativas realizadas à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos usuários com hipertensão na unidade de saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

A equipe realizou a busca ativa e imediata de 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas, com o apoio das ACS mediante as visitas domiciliares. No primeiro mês tivemos 4 usuários com diabetes faltosos, todos buscados (100%); no segundo mês 2 faltosos buscados (100%) e no terceiro mês da intervenção 2 faltosos que foram também buscados (100%). Uns dos fatores pelos quais os usuários não compareceram às consultas, foi para não faltar em seus trabalhos. A equipe cumpriu com 100% das buscas ativas realizadas com retorno para consulta na semana seguinte.

As ações desenvolvidas foram: identificar rapidamente os faltosos à consulta com o monitoramento das fichas espelho, realizado pela enfermeira e o médico para determinar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários com diabetes. Na agenda do programa se reservou vagas para consultas a esses usuários resgatados através das visitas domiciliares. Outra ação importante foi a

realização de palestras educativas realizadas à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos usuários com diabetes na unidade de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

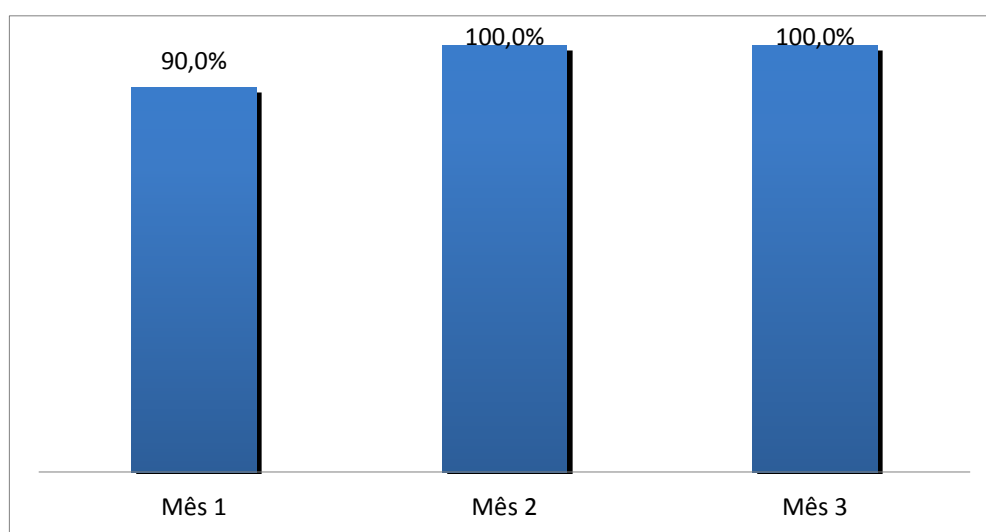


Figura 10: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Ao início da intervenção a equipe de saúde recebeu uma capacitação realizada pelo médico sobre o preenchimento adequado dos registros. A equipe já capacitada conseguiu fazer um resumo parcial, mensalmente, discutido e avaliado nas reuniões para manter ficha de acompanhamento atualizada a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados. O monitoramento e atualização dos registros dos usuários atendidos, as fichas espelho e o livro de registros dos usuários com hipertensão foi monitorado todas as semanas pelo médico e a enfermeira. As informações do SIAB foram atualizadas pela enfermeira, a equipe não teve problemas para melhorar o registro das informações.

No primeiro mês alcançamos 81 usuários com registros adequados (90%); no segundo mês atingimos 156 usuários com preenchimento adequado (100%) e finalizamos com também 100% de registros adequados, com 206 usuários devidamente registrados.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

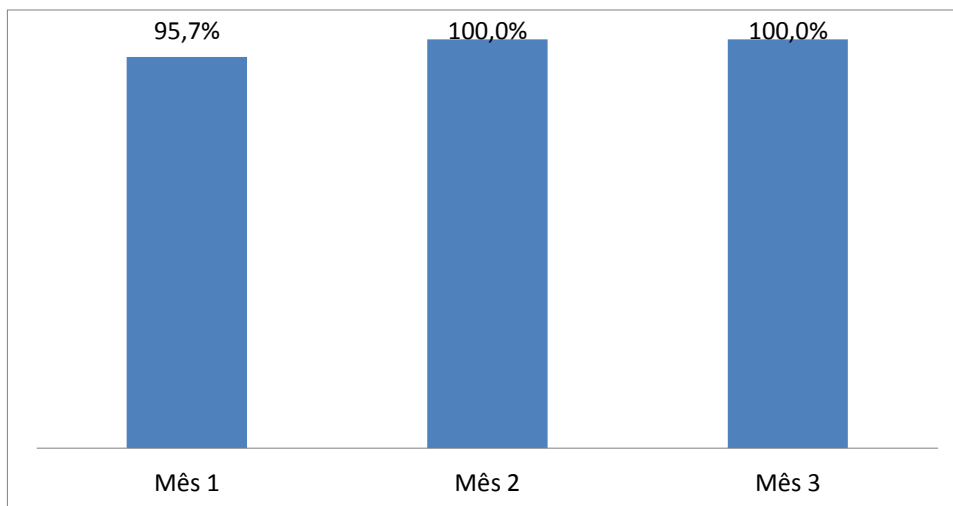


Figura 11: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBSF nº 51, Manaus/AM

Quando iniciou a intervenção a equipe de saúde recebeu uma capacitação realizada pelo médico sobre o preenchimento adequado dos registros. A equipe já capacitada conseguiu fazer um resumo parcial, mensalmente, discutido e avaliado nas reuniões para manter ficha de acompanhamento para 100% dos usuários com diabetes cadastrados. O monitoramento e atualização dos registros dos usuários atendidos, as fichas espelhos e o livro de registros de usuários com diabetes foram monitoradas todas as semanas pelo médico e a enfermeira. As informações do SIAB foram atualizadas pela enfermeira, a equipe não teve problemas para melhorar o registro das informações.

Desta forma, no primeiro mês foram 22 usuários com registros adequados (95,7%); no segundo mês foram 57 (também 100%) e no terceiro mês encerramos com 69 usuários registrados adequadamente (100%).

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

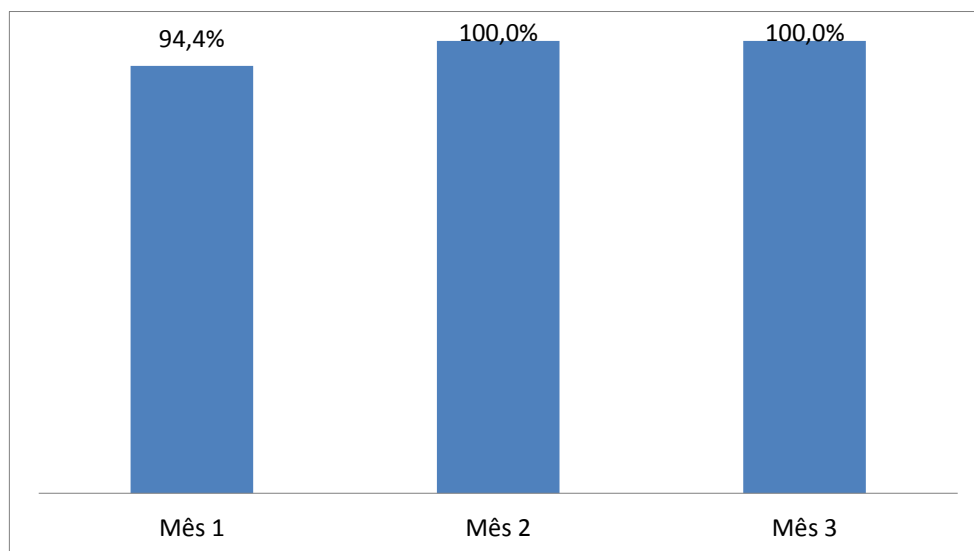


Figura 12: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Ao final da intervenção a equipe conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular a todos os usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde. Os riscos cardiovasculares que foram encontrados com maior frequência foram a obesidade, o sedentarismo, o hábito de alimentação inadequado, as dislipidemias e as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. No comportamento do primeiro mês foram avaliados 85 usuários (94,4%). No segundo e terceiro mês, depois de iniciar nosso trabalho com a realização de palestras educativas sobre a importância de realizar a estratificação do risco cardiovascular, conseguimos atingir a totalidade dos mesmos: no segundo mês 156 usuários com estratificação realizada (100%) e 206 no terceiro mês, o que representa 100%.

Os usuários com alto risco cardiovascular e com outras doenças cardiovasculares associadas foram encaminhados pelo médico para receber avaliação com o cardiologista, com atendimento mensal em consulta ou visita domiciliar; assim prevenimos algumas complicações cardiovasculares que podiam apresentar esses usuários.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

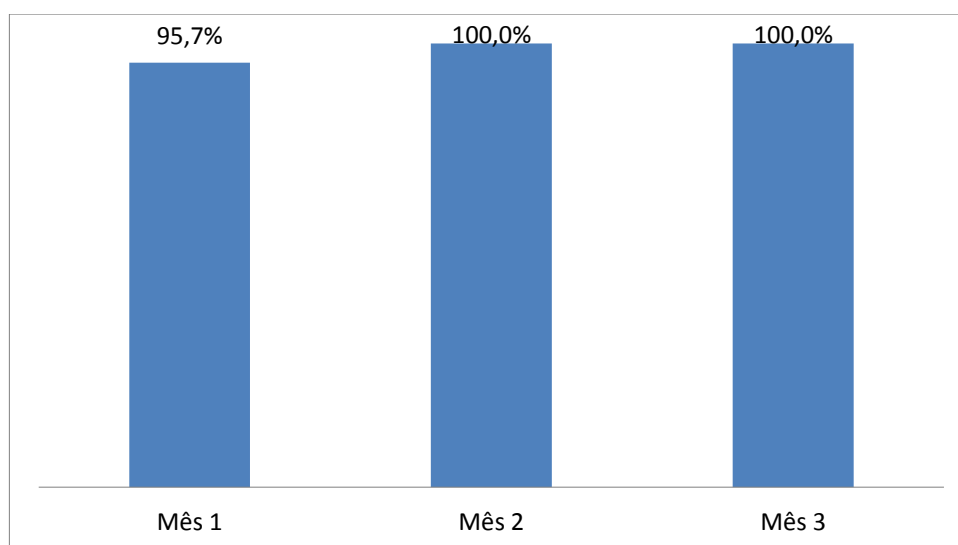


Figura 13: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular. UBSF nº 51, Manaus/AM.

A equipe conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular a todos os usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde. Os riscos cardiovasculares que foram encontrados com maior frequência foram a obesidade, o sedentarismo, o hábito de alimentação inadequado, as dislipidemias e as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. No comportamento do indicador no primeiro mês temos avaliados 22 usuários (95,7%). No segundo e terceiro mês, depois de iniciar nosso trabalho com a realização de palestras educativas sobre a importância de realizar a estratificação do risco cardiovascular, conseguimos atingir a totalidade: no segundo mês 57 usuários com a estratificação realizada (100%) e 69 no terceiro mês, o que representa 100%.

Os usuários com alto risco cardiovascular e com outras doenças cardiovasculares associadas foram encaminhados pelo médico para receber avaliação com o cardiologista, mantendo atendimento mensalmente em consulta ou visita domiciliar pela equipe; assim prevenimos algumas complicações cardiovasculares que podiam apresentar esses usuários.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional

Durante toda a intervenção todos os usuários com hipertensão receberam orientação nutricional. No primeiro mês foram 90 pessoas cadastradas e orientadas (100%); 156 (100%) no segundo mês e 206 (100%) no último mês, mas citamos a ausência do profissional nutricionista para capacitar a equipe de saúde sobre orientação nutricional.

No começo da intervenção fomos ajudados, neste sentido, por uma nutricionista que mora em nossa área, mas não foi possível desenvolver a atividade em relação a nosso cronograma como estava previsto, pois o distrito de saúde não tem estes profissionais disponíveis. Por isso o médico e a enfermeira, para dar cumprimento a esta atividade, fizeram uma avaliação nutricional a partir do índice de massa corporal nas consultas de cada usuário com hipertensão. Além disso, se realizou uma atividade de educação em saúde na Igreja abordando o tema alimentação saudável. As ACS distribuíram panfletos com orientações para manter uma alimentação adequada aos indivíduos com hipertensão, o que contribuiu no alcance da meta.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional

Durante toda a intervenção todos os usuários com diabetes receberam orientação nutricional, sendo 23 (100%) no primeiro mês; 57 no segundo mês (100%) e 69 no terceiro mês (100%). De novo citamos a ausência do nutricionista para capacitar a equipe de saúde sobre orientação nutricional. Como explicado acima, fomos ajudados neste sentido por uma nutricionista que reside em nossa área, mas não foi possível desenvolver a atividade em relação a nosso cronograma previsto, já que o distrito de saúde não tem estes profissionais.

O médico e a enfermeira realizaram avaliação nutricional a partir do índice de massa corporal nas consultas de cada usuário com hipertensão, e realizou-se uma atividade de promoção à saúde na igreja, como mencionado acima, abordando o tema alimentação saudável, o que contribuiu para atingir a meta.

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

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

A equipe conseguiu dar orientações em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão, durante os três meses de intervenção. No primeiro mês foram 90 pessoas orientadas; 156 no segundo mês e 206 pessoas no terceiro mês. Nas reuniões da equipe os profissionais foram capacitados sobre a prática de atividade física regular e sua importância. Ofertaram-se palestras educativas antes de iniciar as consultas abordando a importância para a saúde da prática de exercício físico, geralmente com a participação do médico, da enfermeira e de uma ACS responsável pelo grupo de dança fitness que temos formado na comunidade.

Além disso, formamos grupos para as atividades, convidamos um professor de educação física que mora em nossa comunidade para participar em nossas atividades, já que não temos pelo distrito de saúde o profissional de educação física para realizar este trabalho.

As atividades foram muito produtivas, mesmo que alguns usuários não realizem todo o treino indicado pelo professor, pois muitos possuem obesidade. Ficou demonstrado que precisam fazer exercício; fizemos uma caminhada numa avenida que está perto de nossa área e que no horário da tarde é pouco movimentada. Muitas pessoas já a utilizam para a prática de exercício. Acreditamos que todas essas iniciativas tenham contribuído no alcance da meta.

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

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física

Todos os usuários com diabetes cadastrados na intervenção receberam orientações em relação à prática regular de atividade física, durante os três meses. No primeiro mês foram 23 pessoas; 57 no segundo mês e 69 no terceiro mês, atingindo, respectivamente, 100% da meta. Nas reuniões da equipe os profissionais foram capacitados sobre a prática de atividade física e sua importância, para orientar adequadamente os usuários. Como descrito para os usuários com hipertensão, oferecemos palestras educativas, formamos grupos de usuários com diabetes e convidamos um professor de educação física que mora em nossa comunidade para participar em nossas atividades, o que ajudou no alcance dessa meta.

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

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Nas atividades de educação em saúde realizadas pela equipe, orientamos todos os usuários cadastrados sobre os riscos advindos do tabagismo. No primeiro mês da intervenção orientamos 90 usuários com hipertensão, no segundo mês 156 e no terceiro mês 206, garantindo a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão. Na reunião mensal de equipe, os profissionais da unidade também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, esclarecendo sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Percebemos que em nossa área temos um índice baixo de tabagistas.

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

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Como foi mencionado, nas atividades de educação em saúde realizadas pela equipe, orientamos todos os usuários sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês da intervenção orientamos 23 usuários com diabetes, no segundo mês 57 e no terceiro mês 69, alcançando 100% dos usuários com diabetes, atingindo a meta. Nas reuniões mensais de equipe, os profissionais da unidade também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, esclarecendo sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

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

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

A dentista e a auxiliar de saúde bucal fizeram palestras educativas sobre a importância da manutenção da saúde bucal durante toda a intervenção; assim, todos os usuários com hipertensão receberam estas orientações, sendo 90 pessoas orientadas no primeiro mês (100%); 156 orientados no segundo mês (100%) e 206 pessoas orientadas no último mês (100%).

O tema abordado pela dentista foi em relação aos cuidados para manter uma boa saúde bucal. Foram entregues a 100% dos usuários com hipertensão

creme dental e uma escova dental, e assim foram orientados de forma prática (com uma maquete) sobre a forma correta e frequência de escovar os dentes. Os demais colegas da equipe apoiaram a dentista nestas atividades.

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

Indicador: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

A dentista e a auxiliar de saúde bucal fizeram palestras educativas sobre a importância da manutenção da saúde bucal durante toda a intervenção, assim todos os usuários com diabetes receberam estas orientações: 90 pessoas no primeiro mês (100%); 156 pessoas no segundo mês (100%) e 206 pessoas no terceiro mês (100%). O mesmo tema foi abordado, falando sobre os cuidados para manter uma boa saúde bucal. Também foram entregues creme dental e uma escova dental e foram orientados sobre a forma correta e frequência de escovar os dentes. Iniciativa que contribuiu para o alcance da meta

4.2 Discussão

A intervenção foi realizada na UBSF nº 51, em Manaus/AM, com duração de 12 semanas. Nessa intervenção buscou melhorar a ação programática de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa área de abrangência, com repercussão na organização do serviço. Conseguimos ampliar a cobertura, alcançando 35,2% e 47,9% de cobertura, respectivamente, para HAS e DM, além de melhoras a qualidade do programa.

Além destes resultados, a intervenção proporcionou uma organização no processo de trabalho e, com isso, houve a elaboração de um arquivo de registro dos usuários com hipertensão e diabetes com uma melhor qualidade, que aquele que existia em nossa UBSF. Também foi possível o atendimento diferenciado dos grupos de risco para estas doenças. Fizeram-se grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes com periodicidade mensal onde eram realizadas atividades e palestras sobre os temas abordados em nossa intervenção.

A intervenção permitiu a capacitação de nossa equipe de saúde segundo os protocolos do Ministério da Saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; esta atividade proporcionou a união e trabalho em equipe, foi possível

definir as atribuições de cada integrante da equipe neste projeto. A função do médico e da enfermeira foi prestar o atendimento, prioritariamente; também o atendimento em visitas domiciliares, realizar o monitoramento e atualização do livro de registro, avaliar os resultados de exames e foram responsáveis pelas capacitações e pelas palestras educativas.

Em união com o restante dos membros da equipe, as técnicas de enfermagem foram responsáveis pelo acolhimento dos usuários, triagem e calendário vacinal; as ACS atualizaram o cadastro da área adstrita além de fazer a busca ativa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas; a dentista e o auxiliar de saúde bucal ofereceram atendimento odontológico aos mesmos.

Depois de terminar nossa intervenção a equipe ficou muito unida, o trabalho mais organizado, conseguiu-se uma melhoria na qualidade dos prontuários clínicos e fichas espelhos, do registro e o agendamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes; se a otimizou a agenda para a atenção à demanda espontânea.

A intervenção teve um impacto positivo e ajudou muito em nosso trabalho na UBSF, não só nesta ação, mas também nas demais ações programáticas, pois desta forma conseguiu-se uma melhor organização do trabalho na UBS e melhorou também o fluxo da comunidade em geral para receber atendimento.

A intervenção organizou o processo de trabalho dando atribuições a cada um dos integrantes da equipe, ocasionando uma melhor atenção a um número maior de pessoas. Isso aperfeiçoou nossa agenda possibilitando um melhor atendimento também à demanda espontânea, que anteriormente era muito reduzida pelo excesso de consultas agendadas. Além disso, a classificação de riscos nos usuários acarretou vantagens para a priorização das mesmas à hora de dar atendimento preferencial.

O impacto da intervenção foi percebido desde o início, entretanto, apesar do esforço realizado não foi possível atingir a meta proposta no aumento na cobertura do programa, sendo que as estimativas foram muito altas em relação a nossa realidade e constituiu o fator que prejudicou esse resultado, mais com a incorporação da intervenção na rotina da UBS e com o esforço de todos, vamos melhorar estes indicadores de cobertura.

Se fosse realizar a intervenção neste momento o que faria diferente seria insistir mais com nossos gestores para resolver os problemas em relação a

disponibilidade de professores em educação física e nutricionistas, e preciso discutir a melhor maneira de implementar isto em nosso trabalho; além disso garantir as consultas com especialistas e resolver as dificuldades com os reagentes para os exames laboratoriais, ações de vital importância a priorizar no acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

A intervenção é para ser inserida na rotina diária da equipe, e isso foi alcançado desde o início. Além disso, a integração e entusiasmo de toda a equipe permitiu superar as dificuldades. Ainda que ficassem alguns detalhes para serem aperfeiçoados, temos conquistas como, por exemplo, foi melhorado o retorno dos resultados que demoravam em chegar ao início da intervenção, agora estão sendo entregues até em uma semana quando o laboratório tem reagentes suficientes. Agora aumentou a demanda de atenção dos usuários com hipertensão e diabetes, cumprindo com as consultas planejadas e exames em dia, sendo esse trabalho possível graças a união de nossa equipe.

Trabalhamos na prevenção e promoção de fatores de riscos cardiovasculares e endócrino metabólicos; a equipe se fortaleceu para superar as dificuldades que se apresentam no trabalho diário. A intervenção facilitou a melhoria da relação com os líderes comunitários, a comunidade em geral está muito contente e agradecida com todas as atividades.

Nossos próximos passos serão aperfeiçoar ainda mais nosso trabalho. A equipe ficou comprometida a continuar trabalhando do mesmo jeito e melhorar a atenção em outras ações como a puericultura, o pré-natal, a saúde sexual e reprodutiva e outras, graças aos conhecimentos obtidos nestas 12 semanas de intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário da Saúde, prezado Prefeito do município de Manaus, integrantes da coordenação geral da atenção básica e distrital.

Com a chegada, ao município de Manaus, do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) os médicos que integram o mesmo iniciaram uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso foi desenhado de uma forma bastante prática, vinculado a nossa rotina diária de trabalho, o que facilitou realizar um trabalho de intervenção paralelo ao trabalho diário habitual. Como resultado, a equipe realizou uma reorganização do processo de trabalho no programa de atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes que servirá de modelo para a reorganização de outras ações programáticas na UBS e poderá ser referência para nosso município de Manaus.

Neste relatório vou descrever a intervenção realizada que teve como objetivo a “Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus pertencentes a área de abrangência da UBSF nº 51 do município de Manaus/AM”.

Para esta intervenção, a organização da equipe foi fundamental para que conseguíssemos realizar todas as atividades propostas. Iniciamos com uma capacitação de todo o pessoal da UBSF sobre os protocolos de atendimento e rastreamento destas doenças. Foram implantadas algumas ações que antes da intervenção não eram realizadas pela equipe de saúde. Foi elaborado um livro de registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e fichas espelho para coletar as

informações necessárias. Tivemos que realizar a atualização de todos esses dados através dos atendimentos individuais dos usuários já cadastrados e, ao mesmo tempo, realizando novos cadastramentos.

Semanalmente foi monitorada e avaliada a cobertura do programa pelo médico especializando; as ações que mais auxiliaram na incorporação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes no programa foram o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mediante as visitas domiciliares realizadas, assim como as atividades coletivas que foram desenvolvidas para eles, destacando o contato mensal com a comunidade, principalmente através da associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo a importância do projeto de intervenção. Para fortalecer a adesão ao programa, foram realizadas palestras educativas semanalmente nos dias da consulta de Hiperdia, de forma rotineira, assim como a distribuição de panfletos e cartazes a toda a população

Nossa intervenção foi realizada no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, totalizando 12 semanas. A proposta foi atingir 60% de cobertura aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Não foi possível alcançar a meta de 60%, estimada aos usuários do programa ao longo das 12 semanas, mas conseguimos ampliar a cobertura a estes usuários atendidos na unidade de saúde. Porém, com a continuidade da intervenção nos próximos meses, a equipe deverá conseguir melhorar os indicadores de cobertura. Os gráficos abaixo ilustram nossa caminhada nesse período:

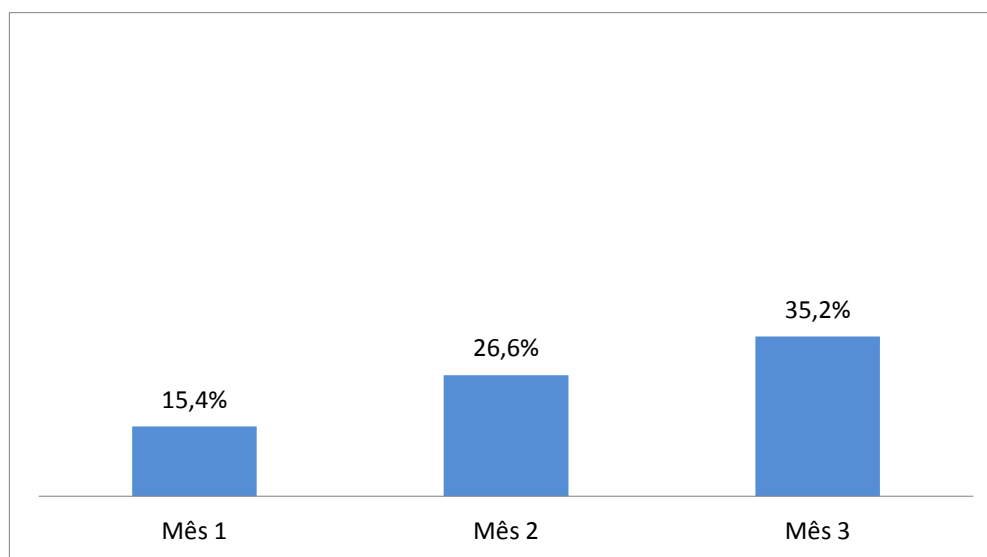


Figura 1: Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde. UBSF nº 51, Manaus/AM.

No primeiro mês da intervenção foram atendidos 90 dos usuários com hipertensão (15,4%); no segundo mês foram 156 (26,6%) e ao finalizar da intervenção no terceiro mês alcançamos atender 206 os usuários com hipertensão, conseguindo ampliar a cobertura à microárea descoberta inicialmente, alcançando 35,2% de cobertura no programa.

Já em relação a cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na UBS, pode-se observar que durante o transcurso dos meses foi aumentando progressivamente o atendimento dos usuários com diabetes, mas ainda longe da meta. No primeiro mês foram atendidos 23 usuários com diabetes (16%); 57 pessoas com diabetes cadastradas (39,6%) e 69 pessoas (47,9%) no segundo e terceiro mês, respectivamente, também conseguindo ampliar a cobertura, mas ainda sem atingir a meta proposta.

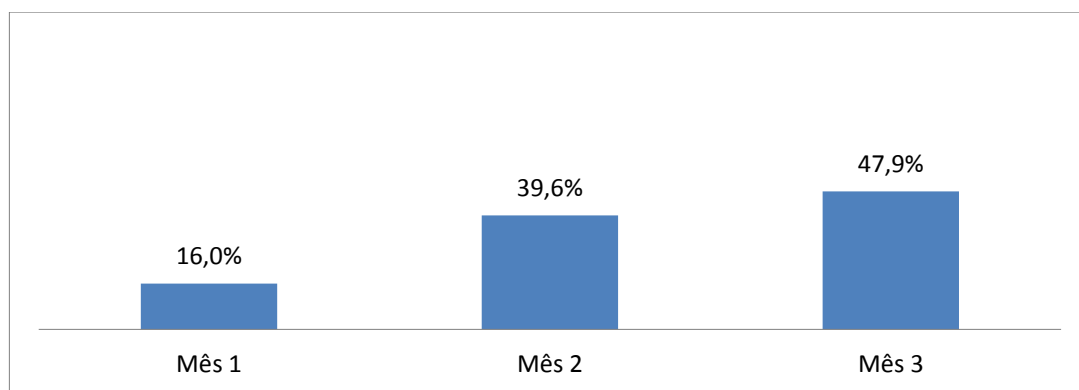


Figura 2: Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde. UBSF nº 51, Manaus/AM.

Apresentamos dificuldades que não dependeram do trabalho da equipe. Tivemos dificuldades na realização dos exames em determinado período por falta de regentes, o que demorou o processo de retorno dos usuários, situação que dificultou um pouco a organização do serviço.

Gostaria, por meio deste relatório, de solicitar o apoio da gestão para solucionar definitivamente esse problema. Mas saliento que, antes de terminar as 12 semanas, com o esforço de toda a equipe que procurou parcerias com outros

laboratórios para garantir os exames aos nossos usuários, todos tinham os exames complementares em dia.

Aproveito para realizar também a solicitação, aos gestores municipais, da inclusão em nosso distrito, dos profissionais nutricionista e educador físico, pela importância que tem no cuidado aos usuários, além de capacitar a equipe de saúde sobre orientação nutricional e em relação à prática regular de atividade física. Não conseguimos a visita destes colegas na unidade, ante esta dificuldade, mas fomos apoiados, neste sentido, por um educador físico e uma nutricionista que são moradores de nossa área e colaboraram na intervenção.

Mesmo com as dificuldades, foram maiores os benefícios alcançados com a intervenção, tanto para a comunidade como para a equipe. A capacitação realizada para todos os integrantes da unidade ajudou a trabalhar de forma mais organizada e em equipe, melhorou a qualidade dos registros, prontuários clínicos e fichas espelho. Foi possível ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência, se fortaleceu o vínculo do serviço de saúde com a comunidade.

A intervenção foi incorporada na rotina do serviço de maneira organizada; as pessoas foram orientadas sobre a importância da realização dos exames, avaliação do risco cardiovascular; uso de medicamentos e receberam orientação sobre saúde bucal, prática de atividade física e sobre os riscos de tabagismo. Nosso serviço e a intervenção já são referência para usuários e profissionais. Agradeço aos nossos gestores por valorizar nossa intervenção e atender nossas solicitações.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da área acompanhada pela UBSF nº 51

Como é de conhecimento da comunidade, o nosso município aderiu ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), programa do governo federal, criado para levar médicos às localidades onde há essa necessidade. Os médicos que integram o mesmo realizaram uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Durante o curso de especialização que realizamos, tivemos a oportunidade de estudar bastante e observar como vinham se desenvolvendo os programas de saúde que oferecemos às pessoas de nossa comunidade. Dessa forma descobrimos que o programa de atenção às pessoas que possuem hipertensão e diabetes precisava ser modificado, melhorado, para que mais pessoas fossem atendidas e que esse atendimento fosse melhor ainda.

O curso foi elaborado de uma forma muito prática, vinculado a nossa rotina diária de trabalho, o que facilitou para a equipe realizar uma intervenção buscando melhorar a saúde das pessoas com diabetes e hipertensão, determinando como resultado a reorganização no processo de trabalho da equipe e sobretudo, nesse programa.

Nossa intervenção foi realizada durante três meses, no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. Elaboramos um projeto de intervenção voltado para melhorar a saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais, pertencentes à área adstrita de abrangência pactuada. Durante o transcurso dos meses foi aumentando progressivamente o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Foi possível cadastrar e acompanhar em nossa unidade de saúde 206 pessoas hipertensas (o que significa 35,2% das pessoas com hipertensão atendidas) e 69 pessoas com diabetes da área (o que significa 47,9%

das pessoas com diabetes atendidas). Porém, com a continuidade da intervenção nos próximos meses, a equipe deverá conseguir aumentar esses números, para que mais pessoas sejam captadas para nosso serviço.

A equipe realizou várias atividades educativas, como: palestras, trabalho com os grupos específicos e distribuição de panfletos e cartazes a toda a população, com o propósito de esclarecer as características do programa, as vantagens do serviço na atenção primária à saúde, como funciona a estratégia da saúde da família e a importância do acompanhamento de todas as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes.

Todos os nossos usuários acompanhados foram orientados sobre a importância de mudar o estilo de vida e manter hábitos de vida e alimentares saudáveis, bem como a diminuição do consumo de álcool e cigarro, a importância da prática de exercício físico regular e a higiene bucal. Explicaram-se os principais fatores de risco que possibilitam o surgimento da hipertensão arterial e diabetes mellitus e suas complicações, assim como as medidas para evitá-los. Conseguimos fortalecer o vínculo da comunidade com o serviço de saúde e a partir desse momento a relação da comunidade com os profissionais da unidade melhorou muito.

Acreditamos que nosso trabalho servirá de modelo para a reorganização de outras ações programáticas na UBSF e que poderá ser referência para nosso município.

Agradecemos a colaboração de todos e solicitamos sua participação ativa em nossas ações, para que nosso serviço seja a cada dia melhorado para prestar um cuidado de qualidade à população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Já finalizando nosso trabalho, estamos em condições de refletir sobre o processo pessoal da aprendizagem durante o curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. Posso dizer que o curso de ensino a distância foi, para mim, uma experiência única e inesquecível, pois era a primeira vez que enfrentava uma especialização com ensino a distância. Avalio o material de estudo disponibilizado pela UFPel como muito bom e muito atualizado, o que permitiu melhorar o atendimento como médico em uma UBSF, ganhando em conhecimentos e atualizações, o que também colaborou para esclarecer as dúvidas que tinha durante o mesmo.

O intercâmbio de experiência com outros colegas mediante as conversas nos fóruns de saúde coletiva e prática clínica foi muito interessante e me proporcionou conhecer a realidade dos serviços de saúde nos diferentes sítios do estado do Amazonas e do Brasil. Os fóruns foram a melhor forma de interagir com os demais estudantes e orientadores da universidade, podendo conhecer como íamos avançando no processo de aprendizagem, pois cada um de nós tinha experiências diferentes. O curso de especialização me proporcionou novos conhecimentos, através dos casos clínicos e tarefas semanais, o que me ajudou a aprofundar no atendimento na Estratégia de Saúde da Família.

Sou agradecido aos orientadores e a UFPel, pelos novos conhecimentos adquiridos; os conteúdos alcançados ajudam a aprimorar o atendimento e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários. A intervenção ajudou na organização do trabalho da UBSF e favoreceu o trabalho em equipe, ajudou também a melhorar as relações entre equipe e a comunidade,

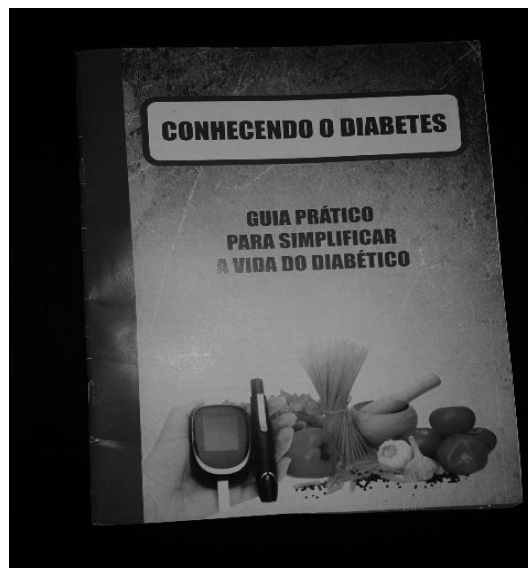
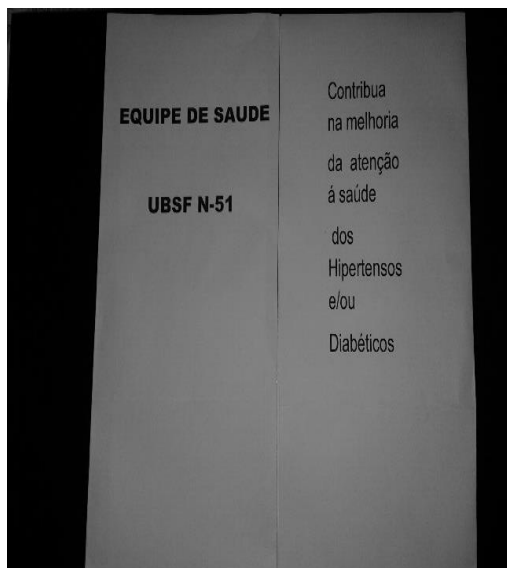
Foram muitas as dificuldades, principalmente com a internet; a página do curso é pesada para carregar, o que gera muita dificuldade quando o sinal é lento. Aqui em Manaus a internet é muito instável ou nula, é preciso ter muita paciência para fazer o curso com esta dificuldade ainda existente, que atrapalhou muito meu trabalho, ocasionando dificuldades no desempenho das tarefas. Em certas ocasiões me senti desanimado por ter que justificar várias vezes esta situação e agradeço o apoio de nossos supervisores e orientadores para dar continuidade ao curso.

Referências

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil**. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>. Acesso em: 20 Set 2015.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 4 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 5 Manaus. (wikipedia.org/wiki/Geografia_de_Manau) Acesso em: 25 Set 2015.

Apêndices

Apêndice A - Panfletos educativos



QUAL A CONSEQUÊNCIA DA PRESSÃO ALTA?

ORGÃOS MAIS AFETADOS PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL

- CEREBRO**
Acidente vascular cerebral
- OLHOS**
Cegueira
- CORDÃO VITAL**
Infarto
- RENES**
Insuficiência renal
- ARTERIAS**
Enfermidade coronária

O QUE É HIPERTENSÃO OU PRESSÃO ALTA?

É quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, ficando acima ou igual a 140/90 mmHg (ou 14 por 9). Para isto, é necessário que a pressão seja aferida varias vezes, de forma correta e com aparelho calibrado.

O ideal é manter a pressão de 120/80 mmHg (ou 12 por 8).

QUAIS OS SINTOMAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL?

A maioria das pessoas **NÃO SENTE** quando a pressão está alta, sendo a verificação da pressão arterial a forma mais segura para identificar a pressão alta.

Algumas pessoas quando apresentam sintomas informam:

- Dor de cabeça,
- Sangramento pelo nariz,
- Cansaço,
- Tonturas.

O QUE FAZER PARA NÃO TER HIPERTENSÃO?

- Diminua o consumo de sal e alimentos gordurosos dos alimentos;
- Reduza o consumo de bebidas alcoólicas;
- Mantenha a peso saudável;
- Tenha alimentação saudável;
- Pratique atividades físicas;
- Cuidado de Emocão;
- Diminua o estresse.

Existem pessoas que tem predisposição para ter hipertensão, são elas: quem tem hipertensão na família, quem tem idade avançada e diabéticos.

COMO TRATAR A HIPERTENSÃO?

O médico indicara o melhor tratamento para sua hipertensão.

- Use o medicamento nas doses e horários prescritos;
- Nunca deixe de tomar o medicamento mesmo que sua pressão esteja controlada.

Mais Saude para voce.

Apêndice B: Fotos da equipe da UBSF nº 51

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a 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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante