

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus na UBS Vitoria Paz de Souza, Iranduba AM

Janeth Mollinedo Villegas de Olivera

Pelotas, 2016

Janeth Mollinedo Villegas de Olivera

Melhoria da atenção as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus na UBS Vitoria Paz de Souza, Iranduba 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.

Orientador: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

O48m Olivera, Janeth Mollinedo Villegas de

Melhoria da Atenção As Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus na UBS Vitoria Paz de Souza, Iranduba-AM / Janeth Mollinedo Villegas de Olivera; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

110 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. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Ao Brasil dos interiores onde trabalho.

Agradecimentos

Deus por quem respiro, aos meus pais e família permanentemente parceira.

Agradeço aos usuários que me inspiraram para enxergar mais, ao Brasil que me permite interagir e contribuir na saúde primária, a universidade e professores que bem nos orientaram, especialmente ao professor Jandro Moraes Cortes pela sua paciência.

Resumo

OLIVERA, Janeth M. V. **Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Vitoria Paz de Souza, Iranduba AM.** 2016. 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

A Hipertensão e Diabetes acometem a população brasileira causando grandes agravos à saúde dos usuários pela sua evolução e aspectos biopsicossociais, assim como o grande gasto do dinheiro público a atenção de complicações. A literatura tem mostrado que os riscos ao desenvolvimento de hipertensão e diabetes são preveníveis, colocando em ênfase o trabalho primordial na atenção preventiva e assistencial responsável pela ESF, nível de atenção primário a saúde. Existem muitas pessoas que desconhecem que padecem estas doenças, o que conduz a morte prematura, problemas cardíacos, acidentes vascular cerebral e insuficiência renal, destes, uma grande parte são adultos jovens. A detecção precoce por meio do rastreamento se faz urgente, pois a diabetes também pode produzir doença renal, aumenta os riscos para mortalidade por doença cardiovascular e cegueira precoce quando não diagnosticadas oportunamente. Motivos que diminuem a força de trabalho da população brasileira. Evidenciou-se por diagnóstico situacional, a desorganização ao atendimento aos programas de atenção públicos pela equipe Cidade Nova de Cacau Pirêra, Iranduba AM. Decidiu-se a intervenção em vista a melhora no atendimento ao hipertenso e ou diabético. Este programa com indicadores quantitativos e qualitativos e uma população predominante acima dos 40 anos. A meta foi subir a cobertura de ambas em 60% do total estimado para o ano 2015 e 100% dos indicadores de qualidade ao atendimento, numa população acima dos 20 anos de idade, pois muitos não sabem que padecem estas doenças, assim podem se evitar consultas de urgência e sequelas incapacitantes. Antes da intervenção a cobertura de atendimento era de 20,8% para hipertensão e 34,1 % para diabetes, acompanhamento inadequado e ausência de registros de acompanhamento. Após a intervenção registramos 23 % de cobertura de hipertensos e 36% de cobertura de diabéticos com acompanhamento adequado e registros atualizados, atendimento multiprofissional ao cuidado dos usuários, conseguindo quase o 100% dos indicadores de qualidade ao atendimento. A cobertura de atenção a hipertensos e ou diabéticos melhorou sem conseguir o objetivo, enquanto os indicadores de qualidade tiveram destacável melhoria na qualidade da atenção, da adesão, do registro das informações, do mapeamento do risco para doença cardiovascular e na promoção a saúde neste grupo de usuários, seguindo o que os protocolos ao atendimento de este grupo preconiza o MS, a intervenção organizou o serviço e servira de modelo de transformação de trabalho ao resto das ações programáticas e ao interior de UBS Vitoria Paz de Souza.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde; Doença crônica; Diabetes mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	. Painel de comunicação da equipe durante a intervenção.	49
Figura 2	Técnica de enfermagem medindo a pressão arterial na visita domiciliar.	50
Figura 3	Caderno de registro de pacientes com Hipertensão e Diabetes.	50
Figura 4	Grupo de exercícios físicos com a equipe NASF	51
Figura 5	Mapa da ação programática de atenção ao hipertenso e diabético	55
Figura 6	Gráfico de cobertura em hipertensão.	61
Figura 7	Gráfico de cobertura em Diabetes	63
Figura 8	Gráfico de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 9	Gráfico de usuários diabéticos com exame clinica em dia de acordo com o protocolo.	66
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.	67
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia.	68
Figura 12	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia.	69
Figura 13	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição da farmácia popular priorizada.	70
Figura 14	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição da farmácia popular priorizada.	71
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	72
Figura 16	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa as consultas com busca ativa.	74
Figura 18	Proporção de pessoas diabéticas faltosas as consultas com busca ativa	74
Figura 19	Painel do projeto, onde todas as informações estão publicadas junto com lista de usuários faltosos.	75
Figura 20	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.	76
Figura 21	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.	77
Figura 22	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78
Figura 23	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	79
Figura 24	Proporção de pessoas hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	80
Figura 25	Proporção de pessoas diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	81
Figura 26	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre pratica de atividade física regular.	82

Figura 27	Proporção de pessoas com Diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	83
Figura 28	Proporção de pessoas com Diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	84
Figura 29	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	85
Figura 30	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.	85
Figura 31	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.	86
Figura 32	Fotografia. Terreno da área de cobertura da equipe alagável.	98
Figura 33	Fotografia. Promoção e prevenção durante ação na comunidade sobre HAS/DM.	99
Figura 34	Fotografia. Rastreamento ativo de Hipertensos e Diabéticos na comunidade	99
Figura 35	Fotografia. Atendimento domiciliar	100

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Ação Programática
CA	Câncer
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único do Brasil
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	18
1.2 Relatório da Análise Situacional	20
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	23
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
3 Relatório da Intervenção	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção	61
4.1 Resultados	61
8 Referências	103
9 Anexos	104

Apresentação

O presente trabalho de conclusão do curso faz parte do PMMB. Começa descrevendo a análise de primeira impressão ao chegar na UBS Vitoria Paz, analisando o trabalho na APS que a equipe ESF- Cidade Nova desenvolve na comunidade de Cacao Pirêra no município de Iranduba AM, carente de orientações no atendimento de todas as ações programáticas da ESF. Na análise estratégica define ações a serem desenvolvidas em uma ação programática, no projeto de intervenção, destinado a melhoria da atenção às pessoas com hipertensão arterial e ou diabetes mellitus na área de cobertura da equipe Cidade Nova, durante 12 semanas. O relatório da intervenção apresenta a descrição detalhada das ações desenvolvidas em resposta aos objetivos e metas definidos no projeto da intervenção. A avaliação da intervenção analisa a metodologia seguida para o sucesso e as dificuldades para o insucesso dos objetivos e metas perseguidos. Nos resultados, expõe-se o detalhamento de cada objetivo e meta trabalhado em dose semanas. Finaliza com uma análise e discussão dos resultados, assim como relatórios a todas as instancias envolvidas, gestor municipal de saúde e comunidade relevando a importância da contribuição de cada um, no processo e nos resultados da intervenção.

1 Análise Situacional

O Município de Iranduba encontrase no Estado do Amazonas região norte do Brasil, pertencia à região metropolitana de Manaus é popularmente conhecida pelas numerosas chaminés das fabricas de tijolos, virou autónomo em 1981, atualmente esta distante a 3,5 Km de Manaus interligado pela ponte recentemente construída acima do rio Negro. Iranduba se encontra na margem esquerda do rio Solimões e margem direita do Rio negro, sua população alcança a 45.250 habitantes (segundo o IBGE-2014).

A área de abrangência em saúde esta dividida em 13 regiões: Paricatuba, Cacau Pirera, Rio negro- Acajatuba, Jandira e Caldeirao, Km. 06, Ariau, Janauari, Nova Veneza, Lago do Limão-Serra Baixa, Solimoes I, Solimoes II, Kilometro. 26-estrada II, Km. 13, Alto Nazaré identificando entre elas área geográfica urbana e rural.

O município de Iranduba conta com um Hospital de segundo nível de complexidade com as seguintes especialidades: ginecologia, ortopedia, neurologia, urologia, oftalmologia, serviços de laboratório e ultrassonografia. Existe apoio dos profissionais da equipe do NASF. Casos de maior complexidade são referidos a hospitais em Manaus. Tem 20 equipes ESF, delas três são de saúde ribeirinha.

Os dados em saúde do município apontam: número de óbitos de menores de um ano: 14; número de nascidos vivos notificados: 603; Taxa de mortalidade infantil: 23,22; número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados: 6; taxa de mortalidade materna: 165,84; doenças infecciosas e parasitárias: 8,9; neoplasias: 8,9; doenças do aparelho circulatório: 3,5; doenças do aparelho respiratório: 5,3; afecções originadas no período perinatal: 30,3; causas externas: 32; mortalidade proporcional por causas mal definidas: 41; taxa de incidência de tuberculose: 16; taxa de prevalência de hanseníase: 1,6; prevalência de desnutrição em menores de 2 anos: 0,60; risco nutricional em crianças de 6m a 6anos: 13,51; taxa de internação por acidente vascular cerebral: 11; por cetoacidose e coma diabético: 0; por diarreia/desidratação em menores de 5 anos: 1,30; por IRA em menores de 5 anos: 0,19. (Fonte DATASUS 2014).

Com relativa frequência a UBS recebe estagiários, acadêmicos de enfermagem e medicina de diversas instituições de ensino que vem da Capital

Manaus para realizarem práticas de saúde pública e contribuem na realização das reuniões educativas, no que se refere a palestras a diferentes grupos populacionais na comunidade.

A UBS carece de segurança, ha casos de violência e delinquência que junto ao narcotráfico e as alagações de diversos bairros durante a cheia dos rios, trazem a luz a necessidade de atenção dos diversos setores Governamentais.

A estrutura física da UBS foi adaptada a partir de um prédio que servia para outro fim sem nenhuma relação às atividades em saúde, foi reformada há mais ou menos 6 meses, mas de forma incompleta pois existem banheiros que não funcionam, com desconforto para usuários e servidores, os ambientes muito estreitos com má disposição para as diferentes atividades, não existe sala de reuniões nem ambientes para os ACS, devido a esta disposição não tem privacidade até para realizar exame físico dos usuários colocando em risco atendimento de qualidade, existe uma superpopulação profissional que a estrutura não suporta, além das 3 equipes de ESF. Existem barreiras arquitetônicas e de segurança, porem não são determinantes para o acesso dos usuários à UBS, a sinalização e identificação dos ambientes se fazem necessárias para organizar, a climatização é primordial num ambiente quente e húmido como o Amazonas, pois tem efeito direto no desenvolvimento profissional e a espera pelo usuário.

É necessária uma reorganização interna com participação de todos os servidores das diferentes equipes para disposição e priorização dos espaços físicos, a identificação e sinalização dos diferentes ambientes visando orientar e direcionar os usuários; é papel da administração junto ao Concelho Municipal de Saúde solicitar do Gestor a provisão de ambientes climatizados.

No processo do trabalho, há falta de conhecimento teórico e prático das ações programáticas e determinação de funções individuais. A prática de atendimento à saúde ainda esta centrada no atendimento clínico assistencialista. A educação permanente ao interior da equipe irá nortear as responsabilidades e competências individuais da equipe no cumprimento das ações estabelecidas na Política de Atenção Básica.

Uma das competências das equipes do ESF é o cadastro atualizado, na área de abrangência da UBS Vitoria Paz, com uma população total de 9427 habitantes. Cidade Nova, conta com população total de 2.276 habitantes, atualizada em Maio de 2015. O numero da população da área sofre mudanças em

determinadas épocas do ano por migração de famílias devido a enchente dos rios, afetando o acompanhamento regular dos usuários.

A UBS Vitoria Paz de Souza situada na comunidade de Cacau Pirêra conta com três equipes ESF, faço parte de uma delas que tem por nome Cidade Nova.

A área Cidade nova, é um setor da comunidade de Cacau Pirera, afastado da UBS, caracterizada por ser uma área de invasão nova, com terrenos húmidos, instáveis, alagáveis a maior parte do ano, sem serviço de saneamento básico, casas construídas com madeira em sua maioria, adequadas ao terreno de inundação. (palafitas). Conta com uma população de 2276 habitantes segundo registro de cadastramento pelas agentes de saúde no mês de maio de 2015.

Minha equipe esta composta por 4 ACS, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 Dentista, 1 Auxiliar de consultório dental, e uma Médica. A maioria dos servidores da UBS são moradores da comunidade o que facilita o conhecimento da área. A formação continuada, é pouco estimulada pelo Gestor do município e não há atualização e capacitação para desenvolver as diversas tarefas em prol do melhor desempenho de funções destinado aos cuidados da saúde da população.

Não existe Conselho Local de Saúde, porem há moradores que participam do Conselho Municipal de Saúde. Há diversas agrupações sociais que têm suas representações, elas participam nas atividades da UBS. Em geral há desconhecimento das atribuições e direitos a saúde de todos. Uma escola da comunidade esta baixo o cuidado da equipe, junto com duas igrejas uma evangélica e outra católica.

Referente às estimativas encontradas pelo caderno de ações programáticas, em comparação com os números reais, existe uma aproximação entre o 95% ao 100% , as variantes poderiam estar justificadas, pela desatualização do numero total da população no caderno, baseado nos dados do IBGE 2014.

O numero de equipes da UBS, é adequado ao total da população, segundo o que preconiza o MS, a equipe Cidade Nova atende população total de 2276 habitantes, então a distribuição da população da minha área corresponde a estimativa Brasileira considerada no caderno de ações programáticas, com um deficiente mínimo que se justifica pela multiplicação com indicador referido no texto, cuja população daria 2.300 Hab., sendo que a população real atual e de 2.276.

O acolhimento à demanda espontânea, não responde a protocolos estabelecidos, o que representa uma falência no trabalho no sentido de estabelecer um bom relacionamento no primeiro contato com o usuário tanto no trato amigável e cordial, quanto na orientação técnica, o que acaba gerando falsas urgências e emergências. A escuta atenta e sensível pode dilucidar motivos para agendamento programado, e propiciar momentos valiosos para educação preventiva.

As ações de atenção à saúde da Criança estão centradas na avaliação do crescimento e desenvolvimento (Puericultura) e no provimento de vacinas em dia, centrada na mensuração de peso e altura e ao controle do calendário de vacinas, sem deparar na sua interpretação e informação para a mãe. As ações realizadas na UBS, não seguem as orientações do MS para avaliação minuciosa das crianças menores de 5 anos, não existe incentivo ao controle dos indicadores de qualidade. O controle da cobertura do calendário vacinal esta orientada a liberação da bolsa família.

Existe deficiência à cobertura de atenção a saúde da criança, os indicadores analisados no caderno de ações programáticas correspondem a ações em uma população atual de 2.276 hab.

A forma de registro nos prontuários, não permite o preenchimento fácil do caderno de ações programáticas. Há muitos dados que não são registrados nos prontuários. A porcentagem de cobertura de 77% corresponde a 37 crianças registradas, menores de 1 ano embora 12 crianças não realizam controle nenhum em todo o período de um ano, o que revela a falta de estratégias de captação de pacientes faltosos. Em consequência, a avaliação dos indicadores de qualidade baixa em sua maioria reflete consultas em atraso, falta de acompanhamento periódico. Assim também ha situações fora do controle da equipe como crianças que nascem por eleição dos progenitores fora da área de cobertura em capital próxima onde inclusive retornam para acompanhamento em centros de segundo e terceiro nível de complexidade situações fora do controle pela ESF.

O controle de cobertura do calendário vacinal esta orientada a liberação da bolsa família não existem atividades de grupo orientadas aos cuidados, prevenção de riscos a violência.

As ações de atenção a saúde da gestante consistem na realização do pré-natal que vá desde o cadastramento no Sis-prenatal, a solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos padronizados, orientação sobre

vacinação, atendimento das intercorrências durante a gravidez, identificação de fatores de risco, ações educativas individuais e de grupo, orientação sobre periodicidade de consultas do pré-natal até a visita domiciliar durante a gestação e no puerpério acompanhando aleitamento materno e planejamento familiar.

Os valores do caderno de ações programáticas tem relação com a realidade que a equipe atende. Assim o valor estimado de 28 grávidas acompanhadas pela equipe, mais dois atendimentos a usuárias que não moram na área de cobertura. Por outro lado, a falta de hábito no controle e preenchimento periódico dos cadernos e pastas exclusivas ao registro de este grupo acontece frequentemente. Os dados do puerpério foram apenas estimados segundo orientação na apresentação do caderno das ações programáticas.

Na avaliação estatística ao pré-natal há sobrestimarão em comparação a estimativa do caderno de ações programáticas, estimativas baseadas com dados do IBGE de 2014, devido à migração constante de pessoas e famílias em determinadas épocas do ano são obrigadas a se deslocarem para outros municípios e ou bairros.

No atendimento ao pré-natal as ações realizadas, não seguem protocolos locais para o atendimento assim como para o puerpério cujos dados são ainda menores por falta de registro e acompanhamento periódico e organizado.

Por outro lado as atividades de grupo voltadas a promoção e prevenção começaram a ser realizadas, estas ações eram realizadas individualmente durante as consultas médicas do pré-natal .

O fluxo de referência acontece sem contra referencia, mesmo assim há um acompanhamento regular das pacientes referidas a centros de segundo e terceiro nível de complexidade.

A ação voltada ao controle de Câncer de colo de útero e do Câncer de mama envolve ações de atenção integral às mulheres através de consulta e /ou coleta de Papanicolau exame clínico de mamas, solicitação de exames complementares, quando necessária atenção domiciliar e encaminhamento para centros de segundo e terceiro nível de complexidade e acompanhamento quando a usuária retorna.

A equipe adota indicações da secretaria municipal de saúde, embora os registros não sejam dos melhores.

Os indicadores de qualidade não podem ser avaliados, apenas se sabe a proporção de amostras insatisfatórias por mês.

Os cadernos de registro de exames cito-patológicos permite um adequado controle do numero de exames realizados, numero de registros de exames com alteração cito-patológica que logo de voltar do laboratório são registrados no caderno e posteriormente entregues as pacientes, facilitando o acompanhamento individualizado. Porem há uma grande quantidade de pacientes que nunca realizaram o exame ou que deixaram de fazê-lo por muito tempo e muitas voltando mais de duas vesses por ano.

Não existe um programa continuado de educação à promoção e prevenção referente ao Câncer de Colo de útero, estas ações são individualizadas na hora da consulta medica.

Em relação ao câncer de mama diferente do controle de câncer de colo de útero, no existe caderno de registro de solicitudes de mamografias, nem de exames clínicos.

O rastreamento é oportunista no momento da consulta das mulheres em idade em risco, e também a solicitude da própria usuária.

A forma de registros, dificulta saber quantas usuárias tem o exame em atraso e quais estão em espera, somado à demora no retorno dos resultados por volta de mais de três meses no mínimo.

Não há adesão da população às ações propostas pela equipe devido as constantes falhas no retorno de resultados, colocando em risco a credibilidade da atenção à saúde, à qualidade dos registros contribuem para o descontrole no planejamento e monitoramento das ações.

As atividades de educação em saúde sobre estes temas são realizados anualmente.

As ações de atenção a HAS e Diabetes estão centradas no rastreamento precoce da doença, diagnóstico classificação e tratamento da doença, acompanhamento realizados pela equipe durante a demanda espontânea. Os usuários acompanhados tem idade maior a 40 anos de idade, diagnosticados a partir da consulta de demanda espontânea. O acompanhamento não segue os protocolos e manuais estabelecidos pelo MS a través da secretaria municipal, de saúde. Não ha controle detalhado e registro específico para o monitoramento regular das ações, há falta de organização para o acompanhamento, principalmente do usuário faltoso, razão para a cobertura estar muito baixa. Porem os indicadores de qualidade, no universo acompanhado segue de forma parcial o preconizado pelo MS, aplicado por

um membro da equipe. Cada usuário tem avaliação dental, realiza consultas com especialistas quando for o caso (Cardiologista, oftalmologista) e equipe do NASF, como nutricionista, educador físico, psicologia e fisioterapia, é realizada avaliação de riscos periodicamente, através de exames de controle.

Por outro lado, atividades de grupo são realizadas no tempo prévio a consulta, a modalidade de mesa redonda para usuários dos ambos os grupos, tem sido bem acolhido, oportunidade onde por participação do próprio usuário que expressa suas preocupações, sintomas, dúvidas e sentimentos as orientações respondem as dúvidas e curiosidade deles.

A educação continuada da equipe vem sendo uma das preocupações que devera ser trabalhadas entre todos.

As ações de atenção ao idoso envolve atenção integral através da realização de consultas clínicas, realização de exames complementares, tratamento de doenças crônicas, assistência domiciliar, quando necessário, orientação ao idoso, seus familiares e cuidadores sobre os cuidados na medicação e na identificação de sinais de perigo, porem, a estrutura arquitetônica da UBS vem sendo uma barreira para o acesso do usuário com segurança.

Para a realização desta ação programática se exige presença domiciliar da equipe. Produto desta realidade a estimativa do número de pessoas idosas residentes na área parece adequada a realidade da equipe porque nem todos os idosos da área de cobertura da equipe tem seu registro na UBS por inúmeros problemas principalmente de organização administrativa ao interior da UBS.

Além da falta de atualização dos registros a cobertura de atenção à Saúde da Pessoa Idosa encontrasse baixa, o que significa que a equipe não esta atualizando dados, e não esta sendo feita a busca ativa para o registro de acompanhamento a este grupo prioritário pelos fatores mencionados anteriormente, os indicadores de cobertura estão relativamente baixos, é necessário atualizar a avaliação de risco para morbimortalidade e registrar idosos com indicadores de fragilidade na velhice para uma melhor intervenção, os membros da equipe de Saúde Bucal precisam intervir no atendimento desta população o que não vem sendo feito com regularidade.

Faz-se necessária a intervenção de toda a equipe de saúde a partir das competências, na aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem

para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, emocional e de comprometimento da funcionalidade de forma precoce. Para este feito é menestrel a educação continuada ao interior da equipe desta ação programática como das outras da UBS.

A realidade de todas as ações programáticas, na hora de verificar indicadores de cobertura e qualidade, é comprovar a inexistência dos registros das funções que se dizem ser feitas quando na realidade não existem, a participação profissional da equipe fica desorganizada, e o apoio do NASF exerce de forma isolada da ESF no intercambio de contra referências e da evolução dos usuários.

Uma das consequências durante a Análise situacional foi o incomodo de toda a equipe pela identificação e descoberta de produção de registros que são confeccionados para serem preenchidos no sistema de produção sem ter realizado determinada ação, descaço nos horários de atendimento e comprometimento de alguns profissionais que por anos vem desenvolvendo essa rotina de trabalho inadequada, população que tem adotado uma cultura de não reclamar presença de profissionais para satisfazer a demanda, e profissionais que por sua vez tem colocado em prática atendimento baseados em exames complementares desnecessários que na maioria dos casos, nunca foram lidos nem explicados para os usuários..

A equipe esta experimentando mudanças na lógica da integralidade, atendendo as necessidades até o esgotamento das possibilidades dentro da resolatividade da AB e mudando a forma de registros, torna-os organizados para facilitar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações na ESF.

De forma geral, precisam ser feitas muitas mudanças ao interior da equipe e outros setores, estimulando às ações Inter setoriais, visando à atenção integral a saúde das pessoas; corresponsabilidade do Gestor no provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade de atenção à saúde nas diferentes ações programáticas; estímulo da participação da população para exercerem os seus direitos na participação ativa nos Concelhos de saúde, como parte do controle social e finalmente a formação e a educação permanente dos profissionais da ESF para atenção à saúde de qualidade.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Cacau Pirêra é uma comunidade rural do interior do município de Iranduba- Amazonas . Albergava dois macros-distritos; Nova Veneza com 3994 habitantes e Cacau Pirêra 2233 habitantes, recentemente fragmentado em marco do 2014 , dando origem a área Cidade Nova com 2276 habitantes atualmente, distribuídos ao longo do seu território. A comunidade situa-se na beira direita do Rio Negro. Do outro lado da nova ponte sobre o rio negro, que comunica Manaus de um lado e o município de Iranduba do outro. A comunidade possui também três colégios com todos os níveis de formação educacional, básica e secundaria. Há varias igrejas de diversas denominações, uma organização de pescadores, uma associação de moto-taxistas, centro comunitário de idosos, e diversas fabricas de tijolos. Cacau Pirera tem representação legal, isto é que existe um representante comunitário no conselho municipal, porem não existe conselho de saúde local, unicamente municipal.

A atenção em saúde dá-se a través de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), não existem hospitais nem Unidades de pronto atendimento. Ali atendem três equipes de Estratégia de saúde da família (ESF). Composta cada uma: por um medico generalista, uma enfermeira formada na universidade, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma técnica auxiliar dentaria e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A UBS conta com profissionais do núcleo de apoio a ESF, o NASF, composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicologia e educador físico, laboratorista, técnica farmacêutica, 6 enfermeiras que atendem a UBS nas atividades de atenção de urgência injeções ,curativos e remoção de pessoas a centros de maior complexidade. Constitui a porta de entrada ao sistema único de saúde dos habitantes da comunidade Cacau Pirêra e de todos que o precisam, já que encontra-se perto da estrada intermunicipal . A infraestrutura da UBS está com alguns defeitos, no entanto desenvolve atividades normalmente.

O 98% das famílias da região estão cadastradas pelos ACS, a divisão do território de abrangência de cada ACS é geográfico baseado no trajeto de ruas, assim alguns ACS possuem mas habitantes aos seus cuidados do que outros, porem existe o apoio integrado da equipe. Nenhum ACS tem a seus cuidados famílias em numero maior de 400 como indica as atribuições do ACS no ESF dos cadernos de atenção básica do MS. Diariamente realizam visita às famílias,

organizam o agendamento das consultas programadas. Informam a cada família dos caminhos a seguir para a realização dos exames complementares e internações quando for o caso, recomendam o autocuidado e notificam casos na UBS inclusive para atendimento pela equipe de Núcleo de atendimento a saúde da Família (NASF), mantem atualizados os registros segundo o que refere o enfermeiro. Não realizam participação inter-setorial.

O enfermeiro gerencia o trabalho dos ACS, planeja atividades de atenção ambulatorial no que respeita a consultas programadas e espontâneas, encaminha usuários ao médico, passa exames, atende hipertensos, controle de pacientes diabéticos, controles de puericultura, controle pré-natal, controle do puerpério sem complicações e do recém nascido. Realiza visita domiciliar. Realiza toma de amostra para preventivo. Mantem inadequado registro de prontuários e cadernos referentes a todas as ações programáticas. Não realiza ações de inter-setoralidade, tampouco educação permanente.

O médico realiza consultas programadas e de demanda espontânea, numa proporção de aproximada de 60%, diariamente são atendidos entre 13 a 22 usuários, 40% destinadas a demanda espontânea e emergências, todo usuário que chega na UBS é atendido nos horários de manha e a tarde, a ordem das consultas é baseada na classificação de riscos de gravidade e prioridade como crianças de colo, idosos e grávidas. Coordena os cuidados dos usuários acamados e usuários encaminhados para níveis de maior complexidade, realiza controle dos usuários hipertensos, diabéticos, encaminha exames de controle, pessoas para centros de especialidade. Controla puerpério. Atende intercorrências durante o pré-natal, realiza leitura dos exames, registra e deriva casos para segundo e terceiro nível de complexidade. Realiza suturas menores, curativos da demanda espontânea, sempre que se disponha de materiais. Realiza atividades de grupo na UBS durante a espera que antecede a consulta, nas escolas e nas igrejas conjuntamente a equipe. Promove engajamento público por meio das palestras, detecção de agrupamentos sociais.

As técnicas de enfermagem realizam procedimentos na UBS, assim também nos domicílios quando há demanda nos casos de usuários acamados e post-cirúrgicos. Realizam a toma dos sinais vitais na triagem.

O Dentista realiza diagnóstico epidemiológico da comunidade, valoração da saúde oral nas crianças menores de cinco anos, grávidas, puérperas, controle

periódico dos usuários com doenças crônicas no transmissível. Realiza prevenção e visita domiciliar ocasionalmente junto com a equipe.

As atividades programáticas são realizadas regularmente por cada equipe, responsável por cuidar a área designada. Um dia na semana o médico de cada equipe atende consultas da demanda espontânea total da comunidade. Os outros dias a demanda espontânea ocupa o 40 % das consultas diariamente e 60% demanda agendada.

Os cuidados estratégicos assistenciais dos grupos de atenção programática abordam saúde da criança, saúde do homem e da mulher, saúde do idoso e saúde na escola. Promovem consultas, visitas domiciliares, exame preventivo, vacinação, test. do pezinho, laboratório, planejamento familiar, controle ao pré-natal e puerpério, atenção à hipertensos, diabéticos e puericultura.

As atividades de promoção e prevenção a saúde, são palestras multidisciplinares em sedes de organização sociais e dentro da UBS durante o tempo de espera antes das consultas

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Iranduba conta com um Hospital de segundo nível de complexidade com algumas especialidades. Existe apoio da equipe do NASF que dá suporte as equipes ESF, distribuídas nas diferentes comunidades. Casos de maior complexidade são referidos a hospitais em Manaus.

Faz-se necessária a intervenção de toda a equipe de saúde a partir das competências, na aplicação de instrumentos de avaliação, monitoramento e planejamento das ações desenvolvidas ao cuidado da população. Para este feito é menestrel a educação continuada.

1. Um dos maiores desafios concentrasse na organização dos registros de acompanhamento para monitoramento e avaliação aos usuários nas diferentes ações programáticas, nulos ou inadequadamente registrados.

2. Educação continuada dos membros da equipe para o exercício capaz e coerente nas diferentes tarefas tanto de registro de produção, organização e conhecimento teórico e prático de temas concernentes às ações programáticas.

3. Engajar o Gestor de saúde para cumprir o papel que deve desempenhar para o cumprimento das ações no sentido de facilitar minimante recursos entre eles,

insumos, materiais e condições de transporte para as equipes e o que mais chama a atenção, e a falta de um verdadeiro suporte da coordenação de Atenção Básica, orientando e facilitando o cumprimento das metas estabelecidas e as condições nas quais vem desenvolvendo ou não as diferentes ações programáticas nas equipes.

Há grande discrepância na comprovação das atividades que se dizem ser realizadas e sua inexistência em registros.

Uma das consequências durante a análise situacional foi o incômodo de toda a equipe pela identificação de registros incompletos ou inexistentes, e de informes passados a gerência do município irreais, descaço nos horários de atendimento e falta de comprometimento de alguns profissionais que por anos vem desenvolvendo essa rotina de trabalho inadequada. População que não reclama presença de profissionais para satisfazer a demanda, e profissionais que por sua vez tem colocado em prática atendimento baseados em exames complementares desnecessários que na maioria dos casos, nunca foram lidos nem explicados para os usuários.

Durante este tempo, a pesar de ter criado incômodo na equipe, foi oportunidade de identificar o verdadeiro sentido de realizar uma determinada ação, em benefício do usuário, em prol da saúde individual e coletiva e o aprendizado do servidor, no crescimento profissional, para desenvolvimento de suas atividades com capacidade.

A equipe esta experimentando mudanças na lógica da integralidade, atendendo as necessidades dos usuarios dentro da resolutividade da AB e mudando a forma de registros, torna-os organizados para facilitar o planejamento, monitoramento e avaliação.

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

Logo na chegada, a observação das primeiras impressões, baseou-se principalmente na entrevista ao gerente da equipe ESF da Cidade Nova, o enfermeiro, e a equipe, sendo que muitos trabalham na UBS há mais de 6 anos. A análise da situação ao atendimento das ações programáticas, foi sobrestimada, já que na análise situacional com as ferramentas que o curso proporciona, pode-se identificar muita problemática em torno ao trabalho e que na realidade há mais que

na vem sendo acompanhado ,encontrando discrepâncias que evidenciam a desorganização no trabalho e a falta de norteamento das ações o que acaba atrapalhando toda a equipe que fica sem alvos e sem beneficiar ao usuário. Por outro lado a omissão do problema esconde a necessidade de intervenções oportunas.

Todas as ações programáticas estão desorganizadas o que tumultua as consultas de demanda espontânea e emergência, tanto na UBS como nos centros de maior complexidade, na vez que descuida o acompanhamento adequado dos usuários das ações programáticas, assim servidores e comunidade ficam desorientadas. No pessoal, abriu-se o panorama da análise critica com respeito ao trabalho da ESF e a necessidade na aplicação dos protocolos de atendimento do MS que norteia todas as ações.

Assim ao evidenciar ações e dados discrepantes por entrevista da equipe e a revisão dos registros vazios na maioria dos casos, foi necessário questionamento dos dados que são enviados a secretária municipal de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão arterial e a diabetes são doenças estreitamente ligadas na sua etiopatogenia, fatores de risco e cronicidade, passíveis a prevenção por meio de promoção e diagnóstico precoce. O que diminui intervenção médica complexa e hospitalizações no SUS e melhora a qualidade de vida dos pacientes. No Brasil nestas duas doenças acometem a mais de 20 % da população no caso da Hipertensão e 12 % no caso da Diabetes 40%. O norteamento das ações de acompanhamento rigoroso dos pacientes se faz imprescindível. (Brasil, 2012)

A hipertensão arterial sistêmica definida pela elevação dos valores pressóricos acima de 120/80 tem causas primárias e secundárias, sendo as secundárias causas prevê níveis passíveis de tratamento. A consequência da alteração vascular periférica, as lesões em alguns órgãos diminuem a qualidade de vida dos usuários, levando a co- morbidade e óbito, motivo para o seu imperioso continuo acompanhamento por parte da atenção primária.

A diabetes mellitus é uma síndrome com causas de etiologia múltipla, desenvolvidas a partir da falta de insulina, ou da incapacidade de causar seus efeitos nos tecidos periféricos. Produz hiperglicemia com alteração do metabolismo de carbo-hidratos, lipídeos e proteínas.

Também tem complicações crônicas cardiovasculares, neurológicas, renais e oftalmológicas. Classificada em dois tipos, segundo suas características etiológicas, na primeira tipo I com destruição das células produtoras de insulina no pâncreas por diferentes causas, geralmente conduz à cetose, acontece em menor proporção na população e requer de insulina exógena para seu tratamento, acomete geralmente jovens, não associada a sobrepeso, incomum em apresentar história familiar, geralmente não se observa resistência periférica a insulina.

No tipo II acontece uma resistência periférica ao efeito da insulina, causada por defeito secretório ou deficiência, tem historia familiar, é resistente a cetose, geralmente apresentasse na idade adulta, porem nos últimos estudos tem se visto acontecer em qualquer idade, pode se associar ao excesso de peso e chegar a precisar o uso da insulina. Responde bem ao tratamento com hipoglicemiantes orais.

Ambas são consideradas doenças crônicas não transmissíveis. As doenças crônicas não transmissíveis atingem a mais de 40 % da população brasileira, o diagnostico precoce e a prevenção das co-morbidades são comuns nestes dois grupos de doenças. (segundo o MS 2012)

Na unidade básica de saúde Vitoria paz, localizada na comunidade Cacau Pirêra do município de Iranduba, atuam três equipes ESF, Nova Veneza, Cacau Pirêra e Cidade Nova.

Baseados na planilha de OMIA, apenas 20.8% dos usuários hipertensos do total de estimado para este ano, é atendido pela equipe. Dos 346 usuários estimados, apenas 72 são atendidos. Existe uma grande parte da população que não sequer foram diagnosticados e que correm o risco maior de sofrer doenças cardio e cerebrovasculares. Neste pequeno grupo os cuidados e seguimento ao cuidado da sua saúde são regularmente realizados por uma parte da equipe, sendo tarefa da equipe integra ESF os cuidados a saúde dos usuários, estas atividades não são registradas nos cadernos de controle a esta ação, por tanto não existe um sistema de monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe.

No caso da Diabetes, do universo de 115 usuários estimados para este ano, apenas 29 são atendidos, resultando numa proporção de 25%da estimativa, da mesma forma os indicadores de qualidade estão elevados apenas dentro do reduzido grupo que regularmente acode a consulta e apenas atendidos pelo medico.

A equipe 20 Cidade Nova, ira desenvolver intervenção na atenção a hipertensão e diabetes, com o objetivo de incorporar estas ações a rotina da equipe para reproduzi-la nas outras ações programáticas , como da UBS o que refletiria a intervenção nas outras dois equipes, atendendo os princípios do SUS.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção a Hipertensão e ou Diabetes em pessoas acima dos 20 anos de idade na UBS Vitoria Paz de Souza, equipe Cidade Nova, Iranduba /AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Metas:

1.1 Cadastrar 60 das pessoas com hipertensão no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes Mellitus da área de cobertura de Cidade Nova.

1.2 Cadastrar 60% das pessoas com Diabetes no programa de atenção a hipertensão e a diabetes.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

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

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

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

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

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

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensões cadastradas pela equipe Cidade Novas.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas pela equipe Cidade Nova.

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

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

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas:

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

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

Metas:

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia**2.3.1 detalhamento das ações. -**

As ações desenvolvidas a partir das orientações detalhadas na planilha, objetivos e metas, não devem sofrer muita alteração. Já que no caso de coberturas o nosso objetivo é alcançar 60 % dos pacientes estimados para nossa população de 2276 hab. Neste caso nas metas de qualidade todas as ações devem ser

executadas no 100% da população alcançada. No referente ao engajamento público em todos os objetivos, realizaremos programas de educação em massa a través da rádio do município, isto ainda a ser confirmado pela administradora da UBS.h

O gerenciamento, monitoramento e qualificação clínica, será responsabilidade compartilhada do médico, enfermeiro e dentista.

Objetivo 1, ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos.

Hipertensão.

Cadastraremos 60% dos usuários hipertensos do número estimado para o ano 2015 para o total da população da Cidade Nova.

Monitoramento e avaliação.

As pessoas com hipertensão e diabetes registradas na UBS serão monitoradas semanalmente e mensalmente pela equipe, na UBS, através dos registros individuais dos prontuários de cada usuário, para ter domínio do grupo estudado.

Organização e gestão do serviço

Garantiremos o registro de pessoas com hipertensão e ou diabetes, cadastradas no programa e preenchimento de um caderno de acompanhamento.

Responsável, médico o enfermeiro e técnica de enfermagem.

Preenchimento semanal-responsável médica enfermeiro- registrado no caderno-para melhor acompanhamento.

Organização e gestão do serviço. -

Melhoraremos o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão e ou diabetes na UBS, e pela equipe. Assim usuários que acodem ao serviço de emergência da UBS com níveis pressóricos altos e cefaleia, com idade superior a 20 anos, serão encaminhados para as equipes de ESF diariamente, também usuários com níveis pressóricos altos da consulta de demanda espontânea serão orientados a realizar mapa da PA, e usuários que durante o cadastro domiciliar apresentem antecedentes familiares e pessoais e sintomas de pressão arterial alta serão pesquisadas e registradas no programa.

Facilitação do acesso à consulta e acompanhamento na UBS, por meio de convite na rua, no domicílio.

Responsabilidade da equipe.

Garantiremos material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para medidas antropométricas, por meio da solicitação dos materiais ao

gestor de saúde a través de uma carta assinada pela equipe, junto com a apresentação do projeto impresso.

Solicitude- secretaria de saúde municipal.

Responsável, equipe ESF.

Engajamento público.

Iremos informar a comunidade, sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade pelo menos uma vez por ano.

Orientaremos a comunidade de Cacau Pirêra sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e Diabetes, também acerca dos sintomas e signos de hiperglicemia.

Usaremos cartasses na UBS e divulgação radial e por redes sociais da comunidade, e nos colégios e agrupações sociais da área, permanentemente.

Responsável, equipe EFS.

Qualificação na pratica clinica.

O medico e o enfermeiro, capacitarão a equipe, para o cadastramento e atualização da população da área de abrangência da equipe Cidade Nova, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, semanalmente.

Capacitação semanal.

Responsáveis, medico e enfermeiro-para domínio das ferramentas de trabalho, acompanhamento e controle qualificando a pratica clinica.

Diabetes.

Cadastraremos 60% dos usuários diabéticos do numero estimado para o total da população da Cidade Nova.

Monitoramento e avaliação.

As pessoas com diabetes registradas na UBS serão monitoradas semanalmente e mensalmente pela equipe, na UBS, a traves dos registros individuais dos prontuários de cada, para ter domínio do grupo estudado e poder melhor acompanha-los.

Registro por busca ativa de diabéticos acima dos 20 anos de idade- e registrar os que já vêm sendo acompanhadas nas planilhas, fichas espelho, programa de atenção ao hipertenso e ou diabético.

Responsável, equipe ESF para monitoramento adequado aos usuários.

Organização e gestão do serviço.

Garantiremos o registro de pessoas com diabetes captadas e já acompanhadas no programa. Através do preenchimento num caderno de acompanhamento a cargo do medico e o enfermeiro.

Preenchimento semanal.

Responsável, medica enfermeiro, melhorando o acompanhamento.

Melhoraremos o acolhimento para os usuários portadores de diabetes, pelo pessoal da UBS, e pela equipe. Assim usuários que acodem ao serviço de emergência da UBS com níveis pressóricos altos, com idade superior a 20 anos, serão encaminhados pelas enfermeiras para as equipes de ESF diariamente, também aqueles da consulta de demanda espontânea com níveis pressóricos altos, serão orientados a realizar mapa da PA e glicoteste, também usuários que durante o cadastro domiciliar apresentem níveis pressóricos altos. E todos os usuários com signo-sintomatologia característica de diabetes.

Facilitação do acesso a consulta e acompanhamento na UBS, na rua, no domicilio e no setor de atendimento de urgência e emergência para melhorar o acesso dos pacientes ao programa.

Garantiremos material adequado para a tomada da pressão arterial, fitas para glicômetro, e material para medidas antropométricas, por meio da solicitação dos materiais ao gestor de saúde a través de uma carta assinada pela equipe, junto com a apresentação do projeto impresso.

Solicitude- secretaria de saúde municipal.

Responsável, equipe ESF, para garantir a realização do trabalho.

Engajamento público.

Iremos informar a comunidade toda sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade pelo menos uma vez por ano.

Orientaremos a comunidade de Cacau Pirêra sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Usaremos cartasses na UBS e divulgação radial e por redes sociais da comunidade, e nos colégios e agrupações sociais da área, permanentemente.

Divulgação permanentemente na UBS e redes sociais, semanalmente nas escolas, agrupações sociais.

Responsável, equipe ESF, para engajar a comunidade ao cuidado da saúde.

Qualificação na pratica clinica.

O medico e o enfermeiro, capacitaremos os ACS para o cadastramento e atualização da população da área de abrangência da equipe Cidade Nova, verificação da pressão arterial de forma criteriosa por parte da técnica de enfermagem, incluindo o uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, semanalmente, e individualmente perante a duvidas em qualquer momento.

Capacitação semanal e a qualquer momento.

Responsável, medica e enfermeiro, para domínio das ferramentas de trabalho, acompanhamento e controle qualificando da pratica clinica.

Objetivo 2 melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e diabetes.

Realizar exame clinica apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão e Diabetes cadastradas no programa de atenção a hipertensão e ou diabetes.

Monitoramento e avaliação.

Monitoraremos a realização do exame clinico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes, por médio da revisão da ficha espelho diariamente após a consulta pela técnica de enfermagem, semanalmente pela equipe. Monitoramento pela medica e o enfermeiro.

Revisão do prontuário e ficha espelho, preenchimento das fichas, semanal e caderno diariamente após a consulta, semanal e mensalmente nos prontuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados para melhor monitorar e avaliar.

Organização e gestão do serviço.

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clinico de pessoas com hipertensão e diabetes, que recairá no medico e enfermeiro na pratica clinica durante as consultas. Organizaremos a capacitação de acordo com as atribuições referidas nos cadernos de atenção básica, para cada um, as primeiras semanas para a equipe toda, depois pessoalmente, para enfermeiro, técnico e ACS. Estabeleceremos a periodicidade para atualização dos profissionais, mensalmente.

Dispostemos a versão atualizada impressa dos protocolos de Hipertensão e Diabetes na UBS.

Organização da prática clínica adequada durante as consultas.

Responsável, médico enfermeiro, revisão da ficha clínica, para qualificar a atenção a pessoas com hipertensão e diabetes.

Engajamento público.

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e Diabetes. Durante a difusão da ação, durante as consultas e na sala de espera.

Difusão, orientação pela equipe ESF com meios de comunicação disponíveis, nas consultas, na UBS durante a espera, antes da consulta, para favorecer a adoção de medidas saudáveis ao cuidado da saúde.

Qualificação da prática clínica.

Capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado nos usuários com hipertensão e Diabetes. Durante as primeiras semanas da intervenção.

Capacitação semanal e individualmente em qualquer momento nas reuniões semanais da equipe.

Responsável, médico e enfermeiro, para qualificação da prática clínica de todos os membros da equipe ESF.

Realizaremos exames dos pés em 100% das pessoas cadastradas com Diabetes a cada três meses com palpação dos pulsos tibial posterior e pédio e medida da sensibilidade durante a consulta dos usuários Diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

O médico monitorará a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes, durante o monitoramento semanal e mensal.

Revisão detalhada da ficha espelho de cada usuário semanal e mensalmente para adequado monitoramento e avaliação do programa a atenção ao usuário diabético.

Organização e gestão do serviço.

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés dos diabéticos, médico e enfermeiro. Organizaremos a capacitação com o enfermeiro de acordo com as orientações do protocolo ao atendimento dos diabéticos do MS.

Providenciaremos junto ao gestor de saúde o provisionamento do material para avaliação da sensibilidade dos pés.

Organizaremos a agenda para acolher os usuários provenientes da busca ativa e passiva.

Solicitaremos a referencia e contra referencia da consulta especializada, com o fim de coordenar o cuidado para as pessoas com diabetes através da coordenação da atenção básica do município, que ira informar as atribuições dos especialistas do município no acompanhamento dos pacientes do programa de atenção ao hipertenso e ou diabéticos.

Capacitação, retroalimentação com o enfermeiro, acerca das atribuições no exame clinico, construção da carta da solicitude ao gestor por materiais e colaboração especializada na contra referência-medico, enfermeiro- para melhor organização e gestão da ação.

Responsável, medico e enfermeiro.

Engajamento público.

Orientaremos a população respeito a riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a través de palestras, difusão da ação, e na busca ativa.

Qualificação da pratica clinica. -

Capacitação da equipe na realização do exame e sua importância, material contido nos cadernos de atenção básica.

Responsabilidade da equipe.

Garantir 100% das pessoas com hipertensão e o diabetes a solicitação; realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação.

Monitorar o numero de usuários hipertensos e ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo ao protocolo do MS, um por ano , de acordo a presença de co-morbidades, e risco cardiovascular por mais de um por ano. Também será monitorado o numero de usuários com a solicitação recomendada. Para este fim a solicitude de formulários suficientes de solicitude de laboratório e cartas de apoio a ação, serão encaminhadas ao laboratório de referência na sede do município.

Responsabilidade do enfermeiro medica e técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço.

Garantir a realização dos exames, por meio da parceria com o laboratório de referência na sede do município.

Tabela alerta para interpretação dos achados estarão expostos nas paredes do consultório.

Engajamento público.

Junto com a educação em saúde constantemente será reforçada a informação da importância na realização dos exames completos e sua periodicidade com que devem ser realizados. Durante a divulgação da ação e nas reuniões educativas e nos meios de comunicação.

Responsabilidade da equipe.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo do MS para solicitação dos exames, sua importância e utilidade. Semanalmente, mensalmente.

Deve ser disponibilizado exemplar dos protocolos de atendimento à hipertensão, diabetes e caderno 38, A UBS conta com três equipes ESF, a biblioteca conta apenas com um exemplar.

Responsabilidade médico e enfermeiro.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e ou diabetes cadastradas nos registros da equipe Cidade Nova.

Monitoramento e avaliação. -

Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular hiperdia.

Usaremos as fichas espelho e na consulta clínica, recomendando a prescrição dos medicamentos com nome genérico e dispensados de preferência na farmácia popular.

Responsável, Médico e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço. -

Se realizará controle do estoque de medicamentos, semanalmente pela enfermeira técnica.

Mantimento do registro das necessidades dos medicamentos dos pacientes cadastrados com hipertensão e ou diabetes.

Uso de caderno, controle de estoque, e envio de solicitação por meio de carta a secretaria de saúde.

Responsável, técnica de enfermagem.

Engajamento público. -

Orientar as pessoas com Hipertensão e ou Diabetes e a comunidade respeito aos direitos dos usuários em ter acesso aos medicamentos da farmácia popular, e as possíveis alternativas ao acesso, perante a falta no estoque da UBS (farmácia popular municipal, outras UBS)

Durante a divulgação da ação, e nas palestras educativas para o grupo em ação.

Responsável, equipe ESF técnica de enfermagem semanalmente, mensalmente pelo medico e enfermeiro.

Qualificação da pratica clinica. -

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão, atualização mensal.

Responsabilidade rotativa entre enfermeiro e medico.

Capacitação da ESF para as alternativas de acesso dos remédios da farmácia popular.

Informação dos lugares de acesso a medicamento, solicitada a secretaria do município, responsabilidade do enfermeiro.

Responsáveis, medico enfermeiro.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e ou diabéticas.

Monitoramento e avaliação. -

Monitorar as pessoas hipertensas e ou diabéticas que necessitam atendimento odontológico. Por médio das fichas espelho, monitoramento a cada mês.

Responsável, equipe.

Organização e gestão do serviço. -

Organizar junto com o pessoal da área odontológica o agendamento das pessoas diagnosticadas com necessidade de atenção odontológica, para o mesmo dia da consulta clinica.

Engajamento público. -

Orientar a comunidade sobre a importância a realização desta avaliação especialmente as pessoas alvo da ação, durante as atividades educativas e durante a consulta clinica.

Responsabilidade: médica, enfermeiro, dentista.

Qualificação da pratica clinica. -

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários alvo da ação, destacando a importância na saúde dos usuários.

Uma vez no mês

Responsabilidade: médica, enfermeiro e dentista.

Objetivo 3 melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e diabetes.

Buscaremos 100% das pessoas com hipertensão e ou diabetes faltosas as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada

Monitoramento e avaliação. -

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas por médio do fichário destinado aos agendamentos (próxima consulta - numero do mês)

Com uma periodicidade semanal.

Responsável, técnica de enfermagem e equipe.

Organização e gestão do serviço. -

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos uma semana após a falta e agenda-los no atendimento clinico na mesma semana.

Responsável, ACS, equipe ESF.

Engajamento público. -

Informaremos a comunidade acerca da importância na realização das consultas e o porquê da periodicidade segundo os riscos encontrados, ouvindo-a na sugestão das estratégias para a não evasão nos casos de evasão alta. Durante a divulgação da ação.

Responsável, equipe.

Qualificação da parte clinica. -

Capacitação das ACS, para a orientação de pessoas acerca da importância nas consultas e a periodicidade, durante as reuniões semanais.

Responsável, equipe.

Objetivo 4 melhorar o registro das informações.

Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

Monitoramento e avaliação. -

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e ou diabetes acompanhadas na UBS, diariamente após a consulta clínica pelo controle da ficha espelho pela técnica de enfermagem, semanalmente e mensalmente pela equipe.

Resp. Equipe

Organização e gestão. -

Manter as informações do SIAB, ESUS atualizadas.

-Implantar a ficha de acompanhamento, espelho.

-Pactuarmos entre todos a importância do registro.

Responsável enfermeiro.

Engajamento pública. -

Orientaremos as pessoas com hipertensão e ou diabetes e a comunidade sobre os direitos dos usuários em ter seu registro mantido e acesso a segunda via, durante as atividades de educação em saúde, nas escolas, na UBS, nos meios de comunicação.

Responsável, Equipe.

Qualificação da prática clínica. -

Capacitação da equipe no preenchimento adequado dos registros produto dos procedimentos clínicos e sua importância para o acompanhamento das pessoas hipertensas e ou diabéticas.

Semanalmente

Responsável, equipe.

Objetivo 5 , mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e ou diabetes

Monitoramento e avaliação. -

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

Até o primeiro mês todos os usuários registrados no programa serão avaliados, necessário para agendar a frequência das consultas, e conforme os usuários diagnosticados vão ingressando ao programa.

A verificação através da ficha espelho e ficha clínica.

Responsável, médico e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço.

Priorizaremos o atendimento das pessoas com hipertensão e ou diabetes avaliadas de alto risco.

Organizaremos a agenda priorizando alto risco seguido do médio e baixo, separando 2 atendimentos da demanda do dia ao programa.

Responsável, medico e enfermeiro.

Engajamento público. -

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, esclarecendo na pratica útil da modificação de alguns fatores como alimentação, atividade física. Através de ações de educação em saúde nas palestras ao grupo alvo e durante a consulta clínica, na UBS, nos meios de difusão.

Resp. Medico NASF enfermeiro

Qualificação da pratica clinica. -

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.

Capacitação acerca das estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis .

Semanalmente junto com o estudo e revisão dos protocolos do MS.

Responsável, equipe ESF e NASF

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

Garantir orientação nutricional, atividade física regular, respeito aos riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

Monitoramento e avaliação. -

Monitoramento da realização das orientações às pessoas com hipertensão e ou diabetes, por meio do controle da ficha espelho, encaminhamento individual ao NASF, lista de participantes as palestras a cargo da NASF. A frequência pelo menos trimestral por ano. Responsabilidade NASF e equipe.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e pratica de atividade física, diária duas vezes por semana, demandar envolvimento dos profissionais da NASF.

Responsabilidade. Equipe.

Engajamento publica

Orientar pessoas com hipertensão e ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal, junto ao NASF, a traves dos médios de difusão, frequência, trimestral por ano pelo menos. Responsáveis, equipe ESF e NASF.

Qualificação da pratica clinica. -

Capacitar à equipe sobre as praticas de alimentação saudável e as metodologias de educação em saúde.

Acontecerão durante as reuniões semanais ao longo da execução da ação.

Responsabilidade da equipe.

2.3.2. Indicadores

Objetivo 1.

1.1 Coberturas do programa de atenção ao hipertenso da equipe cidade nova

Numerador: numero total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela equipe.

Denominador, Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da equipe.

1.2 Coberturas do programa de atenção ao diabético da equipe cidade nova

Numerador: numero total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela equipe.

Denominador, número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da equipe.

Objetivo 2

Qualidade.

Meta. Realizar exame clinico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

2.1 Proporções de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de pessoa com hipertensão com exame clinica em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: numero de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: numero de pessoas com diabetes com exame clinico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: numero de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe.

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

2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pês em dia.

Numerador: número de pessoas com diabetes com exame dos pese em dia.

Denominador: numero total de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe.

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

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

Numerador: número de pessoas com hipertensão com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Numero de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

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

Numerador: numero de pessoas com diabetes cm exames complementares periódicos em dia.

Denominador: numero de pessoas com diabetes, residentes na área e acompanhados pela equipe.

Meta. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular/ priorizada. A 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

Numerador: número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Denominador: número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos.

2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

Numerador: número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Denominador: número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos

Meta. Garantir a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% das pessoas com hipertensão e Diabetes.

2.8 Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: número de pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhados pela equipe.

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 de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe.

Objetivo 3 Adesão.

Meta. Buscar 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosas as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosas as consultas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas as consultas com busca ativa.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhados pela equipe que faltaram as consultas.

3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas as consultas com busca ativa.

Numerador: número de pessoas com diabetes faltosas as consultas com busca ativa.

Denominador: número de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe que faltaram as consultas.

Objetivo 4. Registro.

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

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

Numerador: numero de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

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 de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe.

Objetivo 5. Avaliação de risco.

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

5.1 proporções de pessoa com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clinicam em dia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clinico em dia .

Denominador: Número de pessoas residentes na área e acompanhadas pela equipe.

5.2 Proporções de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.

Denominador: Número de pessoas residentes na área e acompanhadas pela equipe.

Objetivo 6. Promoção da saúde.

Meta. Garantir orientação nutricional a 100^a5 das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

6.1 Proporções de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

6.2 Proporções de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

Meta. Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

6.3 Proporções de pessoas com hipertensão com orientação sobre a pratica de atividade física regular.

Numerador: Número de pessoa com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador, Número de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

6.4 Proporções de pessoas com diabetes com orientação sobre a pratica de atividade física regular.

Numerador: Número de pessoa com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe.

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

6.5 Proporções de pessoas com hipertensão que receberam 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 residente na área e acompanhada pela equipe.

6.6 Proporção de pessoas diabetes que receberam 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 residentes na área e acompanhados pela equipe.

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

6.7 Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe.

6.8 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe.

2.3.3 Logística

A intervenção tem dois protocolos como referência para a organização da atenção básica, os manuais técnicos de hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) do Ministério da Saúde, 2013. Os materiais impressos que serão utilizados são o prontuário clínico da unidade e as fichas-espelho da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes disponibilizadas pela Universidade Federal de Pelotas. Estimam-se 346 hipertensos e 85 diabéticos na área de abrangência da UBS, como pretendemos acompanhar 60% dessa população, respectivamente, temos uma população total esperada de 258, para isto solicitaremos ao gestor a reprodução de 350 fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

O registro específico do programa será organizado à medida que os usuários hipertensos e diabéticos compareçam para o atendimento clínico, quando será preenchida a ficha-espelho em uso na intervenção. A ficha espelho será completada pela enfermeira técnica com base nos registros existentes no prontuário do hipertenso e/ou diabético e no fichário de usuários encaminhados para a realização de exame laboratorial, consulta especializada ou consulta de retorno.

A atividade de capacitação da equipe nas linhas de conduta definidas nos protocolos de atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes e a definição de atribuições de cada membro da ESF no acompanhamento dos usuários com essas doenças crônicas incluem ações de organização e gestão do serviço, qualificação clínica, e monitoramento e avaliação da ação programática. A educação permanente dos trabalhadores da saúde os processos de cadastramento atualizado da população-alvo da área de cobertura, fortalecimentos de habilidades da aferição adequada da PA e do uso do glicômetro, rotina de conservação e manutenção dos aparelhos de precisão, e tabela de classificação de valores de PA e Glicemia. Já iniciamos esse trabalho nas reuniões de equipe, às sextas-feiras. E aplicação das técnicas corretas da verificação da PA e glicemia será permanente no serviço, e para isso serão usados os aparelho da UBS, e também foram solicitados os materiais de apoio para o gestor de saúde de forma a garantir o estoque necessário em quantidade suficiente para a demanda da cobertura da intervenção. É essencial ainda a capacitação na solicitação de exames de laboratório e estratificação do risco cardiovascular. Mesmo essa solicitação e estratificação sejam uma atribuição direta do médico e enfermeiro, entendemos que toda a equipe deve entender sua importância, pois todos participaram no monitoramento destes dados e outros. Os impressos dos protocolos de atendimento do Ministério de Saúde já estão disponíveis na UBS. Responsabilidade compartilhada da equipe, devido à importância ao apropria mento da ação por parte da equipe. Formulários para a solicitação de exames já foram solicitados ao gestor em quantidade suficiente. O exame clínico dos usuários seguira cada passo recomendado nas normas nacionais, acompanhado do preenchimento adequado do prontuário clínico que irá alimentar a ficha-espelho e a forma de controle de todos os dados, que diariamente serão responsabilidade da técnica de enfermagem e semanalmente da equipe para o seu monitoramento. As capacitações serão realizadas semanalmente, e já iniciaram, na própria UBS durante parte das duas horas de reunião semanal da equipe, antes da visita domiciliar. A equipe foi encorajada a leitura sequencial dos protocolos das diferentes ações programáticas que fazem parte do acervo da biblioteca da UBS. Contudo também foi solicitado ao gestor cópia dos protocolos da ação programática em questão, Hipertensão e Diabetes, ou mesmo de um segundo exemplar, já que na UBS atuam três equipes ESF. A responsabilidade esta a cargo da equipe divide-se a

revisão dos protocolos entre os membros da equipe e realiza retroalimentação de tema.

O acolhimento da população acontecerá a partir de duas possibilidades, na primeira, usuários que consultem no serviço de urgência da UBS com níveis pressóricos e glicêmicos altos, serão encaminhados a realizar avaliação pela equipe ESF, outros viram encaminhados por intermédio do trabalho dos ACS em suas visitas domiciliares. Para isto o acolhimento acontecerá diariamente, isto não alterara o atendimento rotineiro da UBS, pois dentro o número das consultas de demanda espontânea inclui o acolhimento a esses usuários. A equipe ira diariamente perguntando na emergência o número de usuários com níveis pressóricos e glicêmicos altos, encaminhados para a ESF. Para isto serão disponibilizados trípticos educativos e volantes educativos no serviço de emergência, para ser entregues a ditos usuários junto com o encaminhamento clínico para as equipes ESF no mesmo dia do atendimento, nos horários de atendimento. O atendimento a pessoa com hipertensão e ou diabetes acontece duas vezes por semana, sendo uma do médico e outra do enfermeiro, durante o primeiro mês da ação será diariamente, para a equipe adquirir domínio das tarefas da ação. Para este cometido também será garantido o material necessário para o atendimento, 1 aparelho glicômetro ,(a UBS já conta com um), 100 fitas para glicoteste, 4 esfigmomanômetros. Responsabilidade da equipe. Solicitudes já enviadas ao gestor desde antes do começo da intervenção.

No engajamento público informaremos a comunidade a respeito do programa de atendimento à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, sobre os fatores de risco para essas doenças, importância da medida da pressão arterial, riscos no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e neurológicas a partir das duas doenças, importância na realização do exame clinico adequado ao cuidado dos pés nos diabéticos, a importância ao controle laboratorial, periódico, os direitos em ter acesso a remédios da farmácia popular, a necessidade do cuidado da saúde oral, importância na periodicidade das consultas, no direito de ter a cópia dos seus registros a partir dos prontuários, a interpretação dos riscos cardiovasculares e os cuidados a sua saúde, com educação em saúde, com orientação nutricional, e de atividade física, riscos sobre o tabagismo e higiene oral. Atividade a serem desenvolvidas nos ambientes da UBS durante a espera antes das consultas uma vez por semana e individualmente durante a consulta clinica, por encaminhamento

específico para a equipe NASF a partir da consulta. Nas redes sociais da comunidade por meio de informação em saúde publicada periodicamente no facebook da comunidade, a ser produzidos pela equipe semanalmente. Em cartazes publicados na UBS, panfletos e trípticos, distribuídos no período de divulgação nas ruas, na sala de recepção. Usaremos ainda meios de comunicação de massa, como a rádio do município (a confirmar). Palestras em combinação com profissionais da NASF e dentista. Também faremos contato com a associação de moradores o com os representantes da comunidade e das igrejas da área, apresentando o projeto da intervenção, solicitando a colaboração e apoio de todos. Essa será uma responsabilidade da equipe.

No monitoramento da ação programática, diariamente ao final de cada dia, pois o acolhimento será diário, revisará a ficha espelho, devendo estar corretamente preenchida. Semanalmente será realizado o monitoramento dos dados e informações e alimentada à planilha de coleta de dados, revisão da lista de usuários encaminhados a realizar o glicoteste, mapa da PA, laboratório, consulta a especialista e falta à consulta clínica, identificando os faltosos. Esta lista será encaminhada as ACS para a busca ativa, estimamos 7 por semana totalizando 28 por mês. A responsabilidade é de toda a equipe.

Na maioria das responsabilidades foi colocada a equipe, porque se procura que a responsabilidade produza apropria mento e domínio de todas as atividades e ações, criando compromisso e conhecimento do todo.

3 Relatório da Intervenção

As atividades realizadas ao melhoramento a atenção aos usuários com hipertensão e ou diabetes da área de cobertura da equipe 20 de Cidade Nova em Cacau Pirêra-Iranduba AM, teve 12 semanas de intervenção.

A comunidade de Cacau Pirêra, é considerada área urbana dentro do município de Iranduba, ela é a região de Iranduba mais próxima ao município de Manaus, a uma distancia aproximada de 12 km na margem direita do Rio Negro, atravessando a ponte sobre o rio. Conta com uma população aproximada de 9.427 habitantes, dividida em três áreas de cobertura para 3 equipes de ESF, a saber equipe Cacau Pirêra, Nova Veneza e Cidade Nova, esta ultima criada a partir da primeira em decorrência ao aumento da população, criada há 1 ano 11 meses. Todas as equipes estão concentradas na UBS Vitoria Paz de Souza, criada há mais de 15 anos.

A equipe Cidade Nova conta com 4 agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar dental, uma dentista e um medico de PSF. Têm na sua área de cobertura 2276 habitantes. Segundo cadastro atualizado em maio do ano 2015.

A administração da saúde do município, secretaria municipal de saúde, sofreu constantes mudanças de autoridades no ultimo ano de 2015, a saber: 4 secretários de saúde se passaram, cada um colocou variados coordenadores nas diferentes áreas da saúde, muitos sem conhecimentos na área da saúde. Desta forma as atividades das equipes de saúde em geral, não seguiram um controle adequado nem padronizado.

A atenção as diferentes ações programáticas pela equipe, encontra-se, com deficiências como descritas no relatório da análise situacional. Embora tenha sido decidido em consenso da equipe trabalhar acima da melhora ao atendimento do

usuário com hipertensão e ou diabetes, não participou toda a equipe. Cabe mencionar que durante a fase de diagnóstico situacional, e durante as reuniões da equipe, iniciadas a partir das atividades solicitadas pelo curso, pois a equipe não se reunia com regularidade anteriormente, houve discordância e desagrado da parte do enfermeiro da equipe respeito as cifras de estimativas de casos para todas as ações programáticas. Cifras que segundo a opinião do enfermeiro, eram muito elevadas e que demandariam esforços exagerados para alcançá-los, por tanto não colaborou junto com ele dentista e ACD. Explicamos para o profissional a origem das cifras de estimativas, que elas estariam baseadas em coeficientes fixos multiplicados com o número populacional, e que orientam basicamente a meta a ser perseguida por cada equipe a cada ano; a equipe não tem a folha de informe epidemiológico e de número de casos por ano para a equipe, dados do SIAB, que a secretaria de saúde do município deveria ter providenciado. Perante esta situação constantemente nas reuniões da equipe foi reforçado o conhecimento do significado e importância dos dados em questão. Também durante as reuniões da equipe e na fase do diagnóstico situacional, foram lembradas as atribuições de cada membro da equipe com o fim de facilitar o desenvolvimento das atividades nas diferentes ações programáticas e a atenção ao projeto, logo na fase de intervenção as reuniões viram-se atrapalhadas por conta da falta de adesão dessa parte da equipe.

Atrasamos o início da intervenção uma semana devido à falta de liberação dos materiais por parte do gestor e correções pendentes respeito à redação do projeto por parte do orientador do curso. Compramos o material necessário para não retrazar mais o início da intervenção do projeto, comunicamos e entregamos pela segunda vez o projeto da intervenção na secretaria de saúde do município sem obtermos respostas.

Assim as reuniões de capacitação continuada, avaliação e monitoramento aconteceram ao longo da semana em tempos curtos, antes do atendimento aos usuários e se manteve assim por todo o tempo que demorou a unidade de intervenção. A capacitação continuada foi apoiada com material impresso publicada num painel dedicado à intervenção em toda a unidade. Também nas duas primeiras semanas as atribuições de cada membro foram revisadas e publicadas no painel. A capacitação das ACS para a realização da busca ativa de pacientes com níveis pressóricos altos, sintomas, antecedentes familiares e obesidade para a captação de usuários diabéticos, aconteceu nas primeiras quatro semanas da intervenção,

produto desta atividade alguns usuários novos foram captados e registrados no programa.

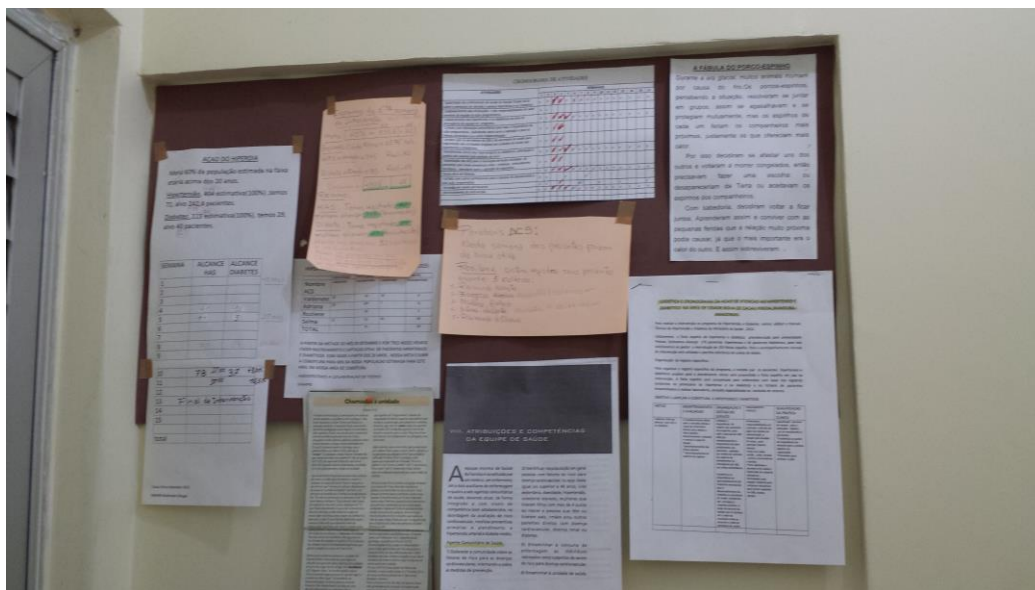


Figura 1. Painel de comunicação da equipe durante a intervenção.

Talvez se a cobrança da parte do gestor teria sido bem no começo da intervenção teríamos conseguido maior adesão da equipe. Vimos que teve de ser forçada. Por outro lado a troca constante das autoridades fez com que não contássemos com a colaboração oficial do secretário municipal de saúde.

O atendimento dos usuários hipertensos e ou diabéticos, seu cadastramento, atendimento clínico, avaliação de risco cardiovascular, solicitação de exames e encaminhamento especializado acontecia com relativa regularidade antes da intervenção e durante as consultas médicas. Antes durante a fase de diagnóstico situacional, muitos dados foram coletados por referências do enfermeiro, quem indicou que realizavam-se os atendimentos, registro e encaminhamentos regularmente seguindo todas as exigências do MS, também após o ingresso da médica da equipe e por médio das orientações dos protocolos do MS para o atendimento de cada atenção programática, os atendimentos aconteciam tentando sempre atingir as orientações dos protocolos do MS, como é relatado no informe de diagnóstico situacional da equipe e no projeto da intervenção.

Já durante a intervenção, constatou-se a ausência dos registros nos cadernos de atenção e a inadequação nas consultas aos pacientes realizadas pelos outros profissionais, pelo que inclusive o preenchimento dos prontuários era inadequado ou não existia, assim encontraram-se datas com apenas a palavra

hiperdia, ou datas com assinatura e carimbo somente. Por tanto não podia se saber se o paciente foi encaminhado, a situação durante a consulta, os medicamentos que usa, nem o risco cardiovascular pelo que os pacientes e a equipe não sabiam a data de retorno para consulta e menos o paciente podia saber a situação da sua saúde e o que deveria fazer para cuida-la, o que também não deixava opções de registro nos cadernos.



Figura 2 ; Técnica de enfermagem medindo a pressão arterial na visita domiciliar.

No final da intervenção, o caderno de registro a atenção a esta ação programática, ficou preenchido, com calendário de consultas programadas para cada mês, avaliação de risco cardiovascular, medicamento em uso, encaminhamento a consulta especializada, etc. O que facilita o controle a este grupo, para realização da busca ativa de faltosos.

Nome	Sexo	Idade	Medicamento	Diagnóstico	Observações
1- Adilson de S. 410	M	41			
2- Adilson de S. 410	M	41			
3- Francisca 410	F	41			
4- Antônio 410	M	41			
5- Cecília 410	F	41			
6- Cláudia 410	F	41			
7- Marlene 410	F	41			
8- Sônia de S. 410	F	41			
9- Cleonice 410	F	41			
10- Francisca 410	F	41			
11- Cláudia 410	F	41			
12- Sebastião 410	M	41			
13- Cleonice 410	F	41			
14- Maria de S. 410	F	41			
15- Edlene 410	F	41			
16- Maria de S. 410	F	41			
17- Maria de S. 410	F	41			
18- Elton 410	M	41			
19- Edson 410	M	41			
20- Sônia 410	F	41			
21- M. S. 410	F	41			
22-					
23-					
24-					
25-					

Figura 3. Caderno de registro de pacientes com Hipertensão e Diabetes.

No começo, nas duas primeiras semanas, o atendimento obedeceu a consulta programada, iniciativa das ACS que programavam pacientes que ao critério delas ha muito que não consultavam, e por demanda espontânea dos pacientes. A partir da semana 3, passa a se programar consultas programadas e de cuidado continuo produto da revisão detalhada de todos os prontuários dos pacientes do programa. A maioria dos usuários não tinha catalogação de risco cardiovascular e os laboratórios de rotina não eram realizados com regularidade há muito tempo. Também todos foram encaminhados ao laboratório, consulta especializada e consulta com equipe NASF. A partir da semana 2 se organizou uma atividade grupal de exercícios físicos, produto do encaminhamento a consulta dos profissionais da NASF. A partir dessa semana o grupo foi crescendo, e atualmente se mantem em numero alto, pelo que o estacionamento da UBS ficou pequeno. Para isto as outras duas equipes de ESF que atuam na mesma UBS também aderiram seus pacientes. Atualmente a turma se mantem ativa e é cenário propicio para educação em saúde. Objetivo que não foi planejado no projeto.



Figura 4. Grupo de exercícios físicos com a equipe NASF.

Ao longo das semanas vimos o interesse das outras duas equipes em conhecer as diretrizes da organização da atenção ao hipertenso e ou diabético. Pode se ver a participação indireta dos mesmos na manutenção do numero cada vez maior da turma dos exercícios. Esta reunião de usuários também motivou a educação permanente dos usuários por parte de cada profissional da NASF, assim regularmente se passam palestras por parte da psicóloga, nutricionista e por parte do medico. As palestras por parte de equipe ESF ficou responsabilidade unicamente

do medico, mesmo sendo lembrado e publicado no painel as atribuições de cada membro da equipe, as palestras se constituem em tarefa rejeitada pelo restante da equipe. Assim a adesão dos outros profissionais da NASF foi sem muita dificuldade, alcançada.

No referente a resultados dos laboratórios, estes demoram muito, produto da falta de organização no município e a falta de insumos, aspectos reclamados e informados aos quatro gestores de saúde que já se passaram. No entanto, nas ultimas semanas muitos pacientes voltaram por reconsulta com resultados de laboratório realizados de forma particular, outros muitos ficaram aguardando a fila de programação no sistema publico. Esta situação cria desconfiança da população com os serviços de saúde e posterga a toma de medidas para o cuidado integral dos usuários.

As consultas especializadas não devolvem contra referencia. Mas a partir da quinta semana vimos algumas notas de contra referencia por parte do oftalmologista. A nova organização do trabalho de saúde no município a partir das 5 ultimas semanas, organizou o sistema de contra referênci pelo que prometem que a partir do primeiro mês deste ano, todas as referencias receberão contra referênci.

Na maioria das vezes o atendimento aos usuários foi responsabilidade única do medico, já que o enfermeiro justificava-se com outras atividades. Como consta nos registros do caderno e nos prontuários clínicos da UBS.

O contato com as lideranças comunitárias para falar a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação e para as demais ações que seriam implementadas, na primeira semana não aconteceu como planejado, por conta das atividades por outubro rosa, já na segunda semana o publico em geral convocado na UBS foi informado da nossa atividade e convidado a participar, também isto foi realizado a traves dos médios de difusão tecnológica, a través de grupos de redes sociais onde muitos da comunidade participam e finalmente a través de comunicação constante com os usuários que aguardavam atendimento nos corredores de espera. Planejamos difundir pelo radio, porem com conseguimos cumprir esta tarefa por falta de insistência na solicitação do espaço na emissora e a troca de autoridade da UBS, já que a diretora da unidade tinha comprometido colaborar nesta tarefa. As tarefas em geral ficaram na responsabilidade de uns poucos membros da equipe, levando ao descuido na realização das ações planejadas.

As atividades grupais devem demorar pouco tempo, já que as condições climáticas na região, não permite permanência prolongada nos serviços da UBS tornando-se sufocante, assim como na UBS também não existe um local climatizado para o bom acolhimento da comunidade. Unicamente dentro do consultório aconteceram reuniões educativas focadas na informação e prevenção a saúde dos usuários. O que limita o numero de participantes.

A comunidade conta com agrupações sociais organizadas, na área de abrangência da nossa equipe ESF, a saber, igreja e uma escola, as agentes de saúde fizeram convite, para a participação. Contato com os servidores da UBS e da secretaria de saúde para organização das atividades dirigidas aos cuidados da saúde dos hipertensos e diabéticos e contato com outros profissionais de saúde para o sucesso do atendimento a esta ação programática. Foi realizada nas quatro semanas da intervenção planejadas a traves de cartas dirigidas a diretora da UBS , quem por médio de sua autoridade instrui passar informações e dados e encaminhar os usuários que acudam com níveis pressóricos altos e glicemia capilar ocasional alta, que consultam o serviço de urgência da UBS para o atendimento das ESF .E também por contato direto com os servidores e com os profissionais da NASF. Isto não nos deu usuários para aderir ao programa. A autoridade da UBS aderiu porem os funcionários não passavam informações concludentes e espontaneamente, apenas baixo insistente cobrança.

Periodicamente a equipe recolhia dados na urgência, para as ACS reconhecer os nomes dos pacientes de sua área. Nesta tarefa vimos faltas de registros orientadores, mais específicos nos registros da urgência, pois no final da intervenção manifestaram as ACS que conhecendo o endereço de cada usuário atendido na urgência, teria sido mais fácil a busca ativa destes.

O trabalho conjunto com a NASF deixou satisfação para os usuários e os profissionais, pois antes a interação com as equipes ESF ficava mais distante. O que gerou maior interesse no planejamento de mais atividades no futuro. Segundo relatos dos profissionais e dos usuários.

A busca ativa orientada de faltosos aconteceu a partir da segunda semana de intervenção. Antes a lista dos usuários faltosos, também obedecia a iniciativa das ACS informavam os nomes de usuários que há tempo não apareciam na UBS e eram convidados por elas a comparecer. Ao longo das semanas o entendimento da origem das listas dos usuários faltosos, assim como a lista dos usuários

programados para cada mês , foi de bom agrado para as ACSs e a técnica de enfermagem. Neste processo as outras duas equipes também se viram interessadas na ação. No final da intervenção ficou entendido a cada quanto tempo cada usuário deverá comparecer na UBS para consulta com o medico e a cada quanto com o enfermeiro, também a importância do monitoramento constante e semanal para o controle das listas dos usuários programados e os faltosos. Tudo isto deixou satisfação nos usuários e maior confiança nos serviço.

A porcentagem alcançada ate agora, 24% para hipertensão e 47% para Diabetes. O objetivo foi de 60% . Para hipertensão não temos conseguido alcançar nem a metade entanto que para diabetes chegamos perto dos 60%, superando a metade em comparação a hipertensão. Também se conseguiu realizar o mapeamento da área, pois antes da intervenção a equipe não conhecia o mapa da área de cobertura, e ainda aguardava a promessa do gestor de enviar a gráfica do mapa da área como fez com outras equipes ESF, sendo o mapa produto do controle das ações programáticas, este aspecto também amostra a falta de conhecimento da área e a falência no controle as ações programáticas responsabilidade da ESF. Atualmente o mapa que foi construído, apoia a segurança que a equipe conseguiu com a melhora ao atendimento de esta ação programática, mesmo sendo apenas uma ação.



Figura 5 Mapa da ação programática de atenção ao hipertenso e diabético

Na recolecção dos dados para sua sistematização foi referida falta de dados coletados por alguns membros da equipe, o que coloca em risco a continuidade dos registros e a incorporação à rotina do serviço. Após 1 mês de férias da médica a equipe apenas atendeu 3 pacientes e não foi realizada busca ativa.

O relatório atualizado novamente será encaminhado à secretaria de saúde para ali ser tomadas providências. Acredito que o restante da equipe aderiu e se dispôs a dar continuidade aos registros, pois também beneficia a manifestação do profissionalismo e responsabilidade no trabalho ao cuidado da saúde da comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de atenção a pessoa hipertensa e ou diabética. Programada para ser realizada todas as semanas, esta ação foi cumprida, acima das dificuldades, assim passou a ser passada várias vezes durante a semana em intervalos curtos, unicamente na última

semana a equipe não se reuniu por conta do feriado do dia da reunião da equipe, no entanto outros dias a equipe trabalhou junto na elaboração do nosso mapa.

Estabelecimento das atribuições e das responsabilidades de cada membro da equipe na ação programática. Planejada para ser nas duas primeiras semanas, esta atividade aconteceu até a terceira semana, teve de ser reforçada e novamente comentada por causa da evasão a intervenção pelos outros membros da equipe, na nona semana.

Cadastramento dos hipertensos e ou diabéticos da área de abrangência da equipe no programa. Planejada para acontecer todas as semanas, não teve alteração, os membros que aderiram trabalharam sem alterações enviando usuários para cadastramento no programa. A técnica de enfermagem ficou responsável até a quarta semana depois ficou na responsabilidade da médica, na décima, as ACS colaboraram também com o cadastramento devido a proximidade do controle de qualidade por parte do município.

Contato com lideranças comunitárias para falar a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação e para as demais estratégias que serão implementadas. Planejada para acontecer nas quatro primeiras semanas, esta atividade, apenas aconteceu na segunda semana e na quinta semana, isto devido ao cruzamento com outras atividades programadas pela secretaria municipal de saúde, também devido a que os líderes ficam ausentes da comunidade no horário de funcionamento da UBS devido aos seus empregos.

Contato com os servidores da UBS e da secretaria municipal de saúde para a organização das atividades dirigidas aos cuidados da saúde dos hipertensos e ou diabéticos. Planejado para acontecer nas quatro primeiras semanas, esta ação foi cumprida nas 4 semanas e inclusive na sexta, nona e décima semanas. A primeira aconteceu antecedida por uma carta de solicitação a diretora da UBS para ela instruir a adesão das enfermeiras do serviço de emergência, os contatos posteriores foram para cobrar os pacientes que deviam encaminhar para as equipes ESF. Também na segunda semana houve uma reunião com uma nova secretaria municipal de saúde, novamente foi apresentado o nosso projeto.

Atendimento clínico dos hipertensos e ou diabéticos, solicitação e análise dos exames com avaliação de riscos, como planejado, aconteceu todas as semanas, nas primeiras semanas o enfermeiro participou também nesta ação. Na

nona semanas ficamos sem esfigmomanômetros, após varias cobranças para o gestor conseguimos novamente ter um novo.

Capacitação das ACS para a realização da busca ativa de pacientes com níveis pressóricos altos, sintomas, antecedentes familiares, obesidade para a captação de hipertensos e diabéticos, planejada para realizar nas quatro primeiras semanas, foi realizada sem alterações.

Busca ativa de faltosos aconteceu todas as semanas como planejado.

Contato com outros profissionais para o sucesso do atendimento a esta ação programática. Planejada para acontecer nas duas primeiras semanas, quinta e oitava. Aconteceu a partir da segunda semana ate a sétima, depois da decima ate há decimo segunda semanas, A través do encaminhamento ao serviço multidisciplinar da NASF nas primeiras semanas tiveram participação ativa a educadora física e psicóloga, finalmente a nutricionista. Produto de esta ação se tem conformada uma turma de exercícios físicos.

Educação em saúde permanente. Planejada para acontecer nas duas primeiras semanas, quarta, sexta, oitava e decima, aconteceu em todas as semanas, apenas na quinta, sétima, e undécima semanas.

Monitoramento da intervenção. Planejada para acontecer todas as semanas, aconteceu constantemente, inclusive superando as dificuldades.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não conseguimos organizar o grupo de alimentação saudável, a nutricionista estava afastada por maternidade.

Não foi possível monitorar as reuniões da NASF com os pacientes, o monitoramento apenas se baseou no comentário das profissionais. Isto porque no horário disponível a NASF não se encontrava mais na UBS.

Não conseguimos as consultas em horário paralelo com a dentista da equipe, pois não aderiu à intervenção, no entanto encaminhamos os usuários.

A sensibilidade superficial nos pacientes diabéticos, não foi realizada por falta de material.

A divulgação da intervenção não foi massiva, como planejado, apenas realizada nas palestras, atividades coletivas da UBS, e em uma oportunidade no facebook da UBS.

O registro nas fichas de acompanhamento foi prejudicado pela falta de colaboração de toda a equipe o que deixou sobrecarregados os que sim aderiram.

Não houve acompanhamento no monitoramento e formação continuada como planejado, por parte da dentista e enfermeiro.

O registro no começo foi incompleto pela falta de adesão da técnica de enfermagem.

No exame clínico foi inadequado por parte do enfermeiro.

Contato com as lideranças não aconteceu por falta de tempo e o horário em que podem estar disponíveis, pois todos trabalham e só estão nos domicílios pela noite.

Capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o protocolo de atenção a pessoa hipertensa e ou diabética. Planejada para acontecer todas as semanas, não aconteceu na decima semana. Porém houve reunião com a coordenação da atenção básica do município no intento por engajar ao resto da equipe, pelo que foi programada uma supervisão.

Contato com lideranças comunitárias para falar a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação e para as demais estratégias que serão implementadas, planejada para acontecer nas quatro primeiras semanas. Não houve contato na primeira semana, devido às atividades sobrecarregadas do outubro Rosa.

Contato com outros profissionais para o sucesso do atendimento a esta ação programática. Planejada para acontecer nas duas primeiras, quinta e oitava semanas, não houve contato na primeira semana, porém o contato se manteve por mais do planejado.

Educação em saúde permanente. Planejada para as primeiras semanas, quarta, sexta, oitava e decima, esta aconteceu em todas as semanas.

Monitoramento da intervenção. Todas as semanas se mantiveram constante.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Respeito a este ponto nas primeiras semanas quando ainda o atendimento a ação programática o enfermeiro atendeu alguns usuários, referindo estar realizando todos os passos preconizados pelo MS nos seus protocolos, mas durante o monitoramento dos registros foi constatada a falta de muitos dados, o que diminuiu alguns valores que foram colocados na planilha. Por outro lado houve ações que

ficaram incompressíveis para seu registro na planilha, como por exemplo, discernir em considerar os usuários encaminhados a realizar exames, ou considerar apenas a aqueles que já voltavam com resultados, também aconteceu isto com a necessidade de atendimento odontológico, logo a mesma dificuldade no preenchimento dos dados da UBS e na atualização do total de pacientes alcançados. Uma vez superadas as dificuldades não houve maior confusão.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A viabilidade esta acontecendo muito por cima das dificuldades descritas nos diários e resultados. A experiência do melhoramento da ação esta sendo de motivação para colaborar na melhora do atendimento ao grupo de usuários da ação programática, residentes nas áreas das outras duas equipes ESF da UBS.

As reclamações constantes realizadas ao gestor, junto com a boa disposição do mesmo, fizeram com que nas ultimas semanas aconteceram capacitações para melhoramento desta e outras ações programáticas, em todas as unidades do município, não sabemos ate onde irão, pois vimos passar vários gestores municipais de saúde, mesmo assim não deixa de ser um bom começo. Acreditamos que isto fara a adesão completa da equipe acontecer o que garante continuidade da intervenção, visando a maior qualidade.

Com a experiência da ação se conhece melhor a área de abrangência da equipe e seus moradores, trabalharemos para completar o engajamento publico.

A organização dos registros dos atendimentos no serviço de curativos e injetáveis da UBS fará a localização para busca ativa de pacientes novos a todas as ações programáticas, para isto é necessária a modificação junto com a diretora da UBS em conhecimento do gestor de saúde.

A organização do atendimento as ações programáticas, melhora o atendimento a comunidade descongestionando os atendimentos a demanda espontânea, motivo de queixa constante dos usuários que devem procurar na madrugada fichas para atendimento, se expondo a perigos que já fizeram vitimas na comunidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Após o período de diagnóstico situacional, tendo se observado deficiências em todas as ações programáticas, decidiu-se intervir na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Com uma estimativa total na área, de 1524,92 habitantes com mais de 20 anos de idade, para uma população de 2.276 habitantes, 346 teriam hipertensão e 85 diabetes, o que representava 22,7% e 5,6%, respectivamente.

O registro relatava o atendimento de 72 pacientes com hipertensão e, 29 usuários com diabetes, representando 20,8% e 34,1% de cobertura, antes da intervenção. Objetivou-se a melhora da cobertura de 60% em ambos os casos.

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

Meta. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no programa de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso da equipe Cidade Nova.

Cobertura do programa de atenção a hipertensão arterial sistêmica na área de cobertura da equipe cidade Nova.

Na atenção ao hipertenso, a cobertura progressiva foi de 41 pacientes (11,8%) no primeiro mês, para 70 (20,2%) no segundo mês e finalmente para 82 (23,7%) pacientes registrados no programa, alcançando o 23,7% da meta. Sendo que a meta perseguida foi de 207 usuários correspondendo a 60%, 125 pacientes (37%) ainda não estão registrados, isto pelas diversas tarefas que não conseguiram ser organizadas para a maior captação de usuários, uma delas a difusão massiva da intervenção que se havia planejado no começo, inadequada organização de recolecção dos dados no serviço de urgência, já que planejamos captar usuários atendidos no serviço de urgência, devido a cefaleia com níveis pressóricos altos e glicemia ocasional alta, para realizar a busca ativa a partir do endereço, isto foi difícil conseguir devido a que é registrado apenas o nome.

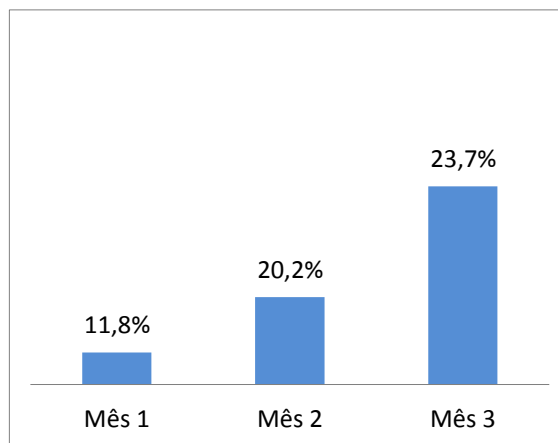


Figura 6: Gráfica cobertura em hipertensão.

Objetivo1 .

Cobertura do programa de atenção a Diabetes na área de cobertura da equipe cidade Nova.

Meta. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no programa de atenção a Diabetes mellitus.

Indicador. Cobertura do programa de atenção ao diabético da equipe Cidade Nova.

No caso da atenção a Diabetes, a cobertura foi melhor, indo de 16 (18.8%) pacientes atendidos e registrados no primeiro mês, a 29 (34,1%) no segundo mês, para finalmente 40 (47,1%) no terceiro mês, dando uma porcentagem de 47,1% do total da meta, sendo assim, 45 pacientes (12.9%) no final da intervenção, ainda continuam sem ser registrados.

Todos os usuários foram devidamente registrados e atendidos, também todos os usuários atendidos residem na área de abrangência da equipe e são maiores de 20 anos.

A meta de cobertura não foi alcançada em ambos os casos, isto devido a dificuldades descritas, como compromisso da equipe e maior difusão da ação.

Todos os usuários foram devidamente registrados no programa de atenção ao hipertenso e Diabético da UBS

Estes indicadores foram trabalhados na base da estimativa de casos para o número total de população maior de 20 anos residentes na área de cobertura. Usado como denominador do indicador de cobertura, 347 na Hipertensão e 85 na Diabetes.

O cadastramento dos usuários deu-se conforme os pacientes eram atendidos na consulta, para este fim , foram revisados todos os prontuários dos

usuários semanalmente na UBS e convidados a comparecer na UBS. Criou-se um caderno de registro que conglobera dados resumidos dos usuários e orienta a situação atual de cada usuário junto com a ficha espelho. Estes dados foram informados, analisados e monitorados pelos membros da equipe que participaram na vez que planejamos atividades semanalmente durante as reuniões da equipe.

Ao longo das fases de diagnóstico situacional e elaboração do projeto e na intervenção, houve falta de adesão ao projeto de membros da equipe, enfermeiro, dentista, auxiliar dental e técnica de enfermagem, isto dificultou o preenchimento dos registros devidamente, pois sobrecarregou os membros da equipe participantes, o que definitivamente prejudicou a progressão da cobertura; também a mudança constante de gestores do município (4 gestores desde o começo do curso de especialização, entregue a cada um, solicitações de materiais, adesão, e o projeto), sem a colaboração do gestor e sem uma metodologia de controle técnico que atenda a cobertura e qualidade na atenção as ações programáticas das equipes do município, assim no final de cada mês apenas número de atendimentos são solicitados por parte da secretaria municipal de saúde, o que deixa as equipes sem orientação, nem controle adequado, com perda de qualidade no atendimento e coleção de dados irreal da situação de saúde. Devido a isto as equipes estão acostumadas a perseguir apenas quantidade sem atender a qualidade no atendimento.

No primeiro mês em ambos os casos, hipertensão e diabetes, o registro dos pacientes obedeceu à rotina de atenção da UBS (as agentes de saúde usavam o critério de agendar os pacientes que faz tempo que não vinham consultar). No final do segundo e do terceiro mês, o registro obedeceu a busca ativa, baseado na lista antiga dos usuários com hipertensão e ou diabetes da área e conhecidos pelas agentes comunitárias de saúde.

Finalizada a intervenção e após um mês de ausência da médica na UBS, os registros e todas as atividades não tiveram continuidade, já que o enfermeiro atendeu apenas 5 pacientes, em todo esse período, a equipe não realizou busca ativa de faltosos nem outra atividade, o que motivou denúncia perante o novo gestor de saúde do município.

O registro dos pacientes no programa facilita o acompanhamento adequado dos usuários, uma vez organiza as atividades de atenção aos mesmos, tornando pertinentes as necessidades do usuário, as atividades educativas e preventivas.

A deficiência de alcance de cobertura, a respeito da meta, faz evidente a necessidade de medidas para garantir sua continuidade na rotina da equipe, o que será através da continuidade das atividades da intervenção e, do engajamento do novo gestor para que através da coordenação do programa do município, se exija a equipe dar continuidade as atividades do programa.

A falta de adesão do gestor prejudicou a provisão de matérias para o início do projeto, finalmente não colaborou apenas a coordenadora de Hiperdia do município, após varias solicitações providenciou copias das fichas espelho. No referente aos instrumentos de precisão, cartas foram entregues ao gestor, solicitando esfigmomanômetros, glicômetro, fitas reagentes para glicômetro, sem resposta, inclusive ficamos uma semana sem esfigmomanômetro.

Divulgação da ação foi nas atividades por outubro rosa, organizadas pela secretaria municipal de saúde e cartasses foram expostos no prédio da UB Nos primeiros dias de março de 2016, o gestor e coordenadores do município tomaram conhecimento das dificuldades da equipe e, comprometeram-se a colaborar para o maior controle, também o interesse por estender a intervenção ao resto das equipes do município, junto com a colaboração dos profissionais do Programa Mais Médicos, que já realizaram a intervenção. Desejamos que as promessas não fiquem no esquecimento como aconteceu outras vezes com outros gestores.

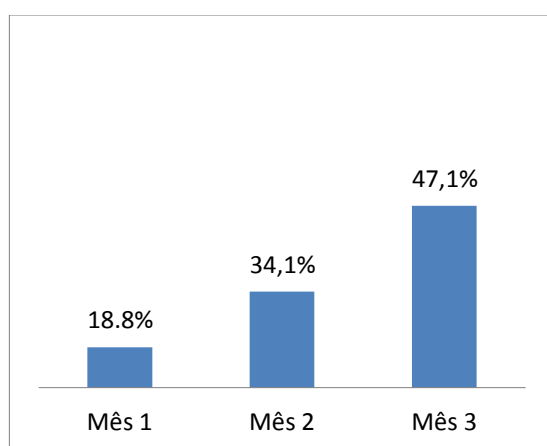


Figura 7. Gráfico de cobertura em Diabetes

Objetivo 2 . Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos.

2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador. Proporção de pessoas com hipertensão com exame clinica apropriada de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção, 40 pacientes dos 41 com hipertensão foram examinadas com detalhe segundo os protocolos de atenção ao hipertenso, neste caso um não foi incluído, devido a que foi atendido pelo enfermeiro que não realizou o exame clinico adequado dando um 97%, no segundo mês 70 pacientes dos 70 usuários registrados foram revisados adequadamente, por que a partir do segundo mês foi de responsabilidade inteira da médica, o acompanhamento dos usuários o que deu 100% de cobertura de qualidade. No terceiro mês, também 82 pacientes dos 82 usuários registrados no programa foram revisados em dia de acordo com o protocolo de atenção.

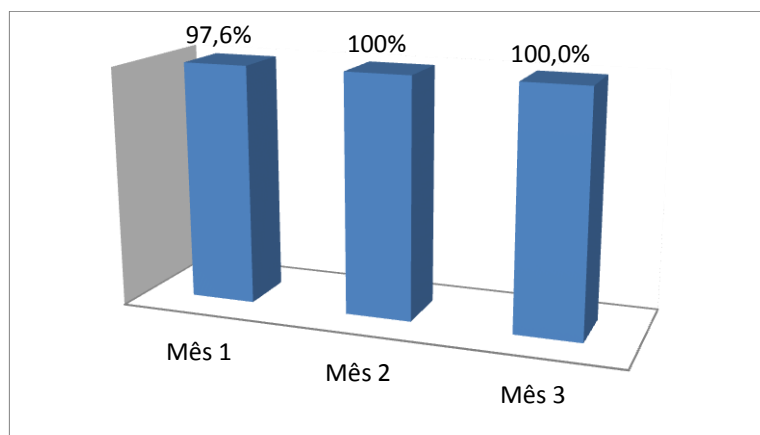


Figura 8. Gráfico de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2

2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador. Proporção de pessoas com diabetes com exame clinica apropriada de acordo com o protocolo.

O exame clínico do diabético, segundo o protocolo obedeceu às orientações dos cadernos do MS.

No primeiro mês, 15 dos 16 pacientes registrados foram revisados no exame clínico em dia de acordo com o protocolo, um não foi revisado adequadamente devido a que foi atendido pelo enfermeiro, que não realizou adequadamente o exame, dando em porcentagem 93,8%. No segundo e terceiro mês, a revisão clínica ficou a responsabilidade da médica. Assim, no segundo mês dos 29 pacientes registrados, os 29 foram revisados adequadamente, dando 100%. No terceiro mês, dos 40 registrados todos foram devidamente revisados, dando 100%.

Neste caso a meta foi conseguida, pois na reconsulta o paciente que não foi revisado adequadamente, acabou por ficar com o exame completo.

A leitura dos protocolos de atenção ao hipertenso e ou diabético, orientam acerca dos aspectos a ser observados no exame clínico, portanto, a reunião semanal com a equipe foi de muito ajuda para todos que participaram para que cada membro responsável pela atividade, segundo as atribuições, realizei cada passo sequencialmente, concluindo com exame físico adequado.

Alguns dos aspectos do exame físico não puderam ser abordados inteiramente, como a revisão dos vasos sanguíneos do pescoço, devido à falta de condições adequadas no consultório, como a falta de maca adequada, pois no consultório contamos com uma mesa neonatal, que esta “caindo de velha”, o que não permite o decúbito dorsal adequado de uma pessoa adulta. Por outro lado, a fundoscopia, não pode ser realizada no consultório por falta de material, pelo que todos os pacientes foram encaminhados ao especialista, de onde foi registrado como avaliado, mesmo não recebendo a contra referência do especialista o que é rotineiro no município.

O exame físico detalhado nestas doenças é muito importante para classificar a PA, como pode detectar lesões de órgão alvo e identificar outras condições que associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento. Sua continuidade e adesão, pelos profissionais responsáveis por esta atividade é muito importante, se busca este compromisso por meio do controle rigoroso das atividades da equipe, por parte da secretaria de saúde do município, o que motivou uma reunião com eles. Estes também foram os assuntos abordados nas reuniões da

equipe. A orientação dos pacientes a respeito do tema foi realizada, durante a consulta e, nos corredores da UBS como planejado no projeto.

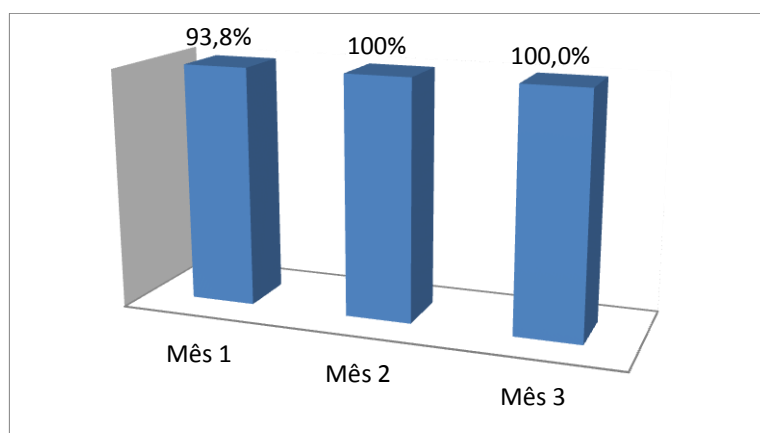


Figura 9. Gráfico de usuários diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador. Proporção de pessoas com diabetes com exame de pés em dia.

A revisão clínica dos pés dos usuários diabéticos baseou-se na avaliação da pele, musculo esquelética, avaliação vascular com palpação dos pulsos das artérias pedia e tibial posterior, isto deu o registro dos 100% nos três meses. Sendo 16 pacientes (100%) no primeiro mês, 29 pacientes (100%) no segundo mês e 40 pacientes (100%) no terceiro mês. As cifras atingiram a meta.

As porcentagens alcançadas ficaram nas cifras mencionadas devido a que foi responsabilidade inteira da médica, pela falta da adesão do enfermeiro como mencionado, anteriormente. No entanto, a revisão clínica dos pés, não foi completa como indica o protocolo de atenção ao usuário diabético, assim não foi realizado a avaliação neurológica superficial completa, por falta de material específico (monofilamentos). Por outro lado, foram realizadas orientações pertinentes ao cuidado dos pés, uso de sapatos adequados e tratamento dos fatores adicionais tais como calos e verrugas e referenciadas ao especialista.

É recomendada a realização do exame dos pés anualmente, identificando riscos para evitar amputação. A orientação ao uso de sapatos confortáveis teve dificuldade por conta do clima da região, pois os pacientes

preferem o uso de chinelos que permitem maior ventilação, uma vez que expõe demasiado os mesmos a qualquer agressão. Aspectos que todos também tratados nas reuniões da equipe. No objetivo de prevenir agravos, as atividades educativas ao tema são muito necessárias. Desejamos que com o apoio do gestor toda a equipe veja a importância do acompanhamento detalhado dos pés dos diabéticos e adiram-se as atividades.

Exame dos pés nos usuários diabéticos.

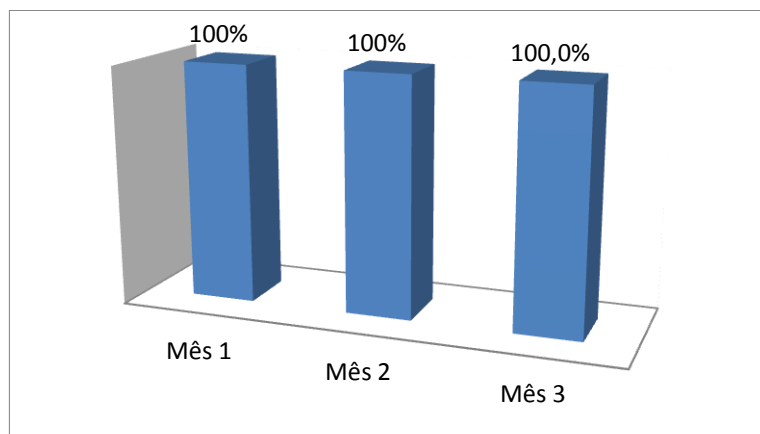


Figura 10. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Objetivo 2.4 Proporções de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação / 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.

No caso dos usuários com Hipertensão 14 (34,1%) primeiro mês, 23 (32,9%) segundo mês e 25 (30,5%) terceiro mês, sobre o denominador do número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados pela equipe.

Exames de laboratório. -

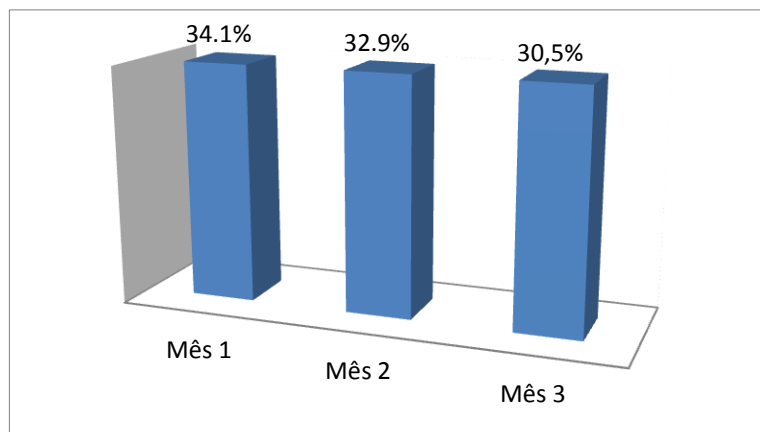


Figura 11. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia.

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

Meta. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação / 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

Na atenção aos pacientes diabéticos, as cifras de 6 (37,5%), 10 (34,5%) e 15 (37,5%) sobre o denominador do número total de pessoas registradas cada mês.

Em ambos os casos, a meta a atingir foi de 100%, já que todos os pacientes, segundo os protocolos do MS devem ter controle laboratorial pelo menos uma vez por ano, segundo também a catalogação de risco cardiovascular este controle poderá se estender a mais vezes. Portanto, os testes básicos para um adequado acompanhamento são: eletrocardiograma, dosagem de glicose, colesterol total, HDL, triglicerídeos, LDL, creatinina, EAS, potássio sérico e fundoscopia, no caso da hipertensão. No caso da diabetes: glicemia de jejum, colesterol total, Tg, LDL, HDL, creatinina sérica, exame de urina com microalbuminúria e fundoscopia.

Em ambos os casos o indicador se manteve baixo, devido a que no começo foi considerado (com exames periódicos em dia) unicamente após retorno do usuário com resultados, porém por indicação do (houve troca de orientador) do curso, no final da intervenção se considerou unicamente o encaminhamento para exames de laboratório e gabinete dispensados na consulta. Assim mesmo, o indicador se manteve baixo, por conta da demora dos resultados laboratoriais, isto devido a burocracia e desorganização no município, assim encaminhamentos dispensados retornaram (retornam) com resultados, de até 5 meses quando

realizados pelo SUS. Outros muitos, no final da intervenção retornaram com exames realizados em laboratório particular.

Para ambos os casos, os temas referentes a este ponto foram tratados nas reuniões da equipe, também foi feita a prevenção educativa nas palestras ditadas, durante as consultas no consultório e nas visitas domiciliares, já que a maioria dos pacientes que visitamos são hipertensos ou diabéticos, assim também, foi solicitado à Secretaria de Saúde a aceleração no processo de resultados de laboratório dos pacientes, por meio de uma carta, sem obtermos resposta. Por outro lado, os formulários de solicitude de exames não ficaram em falta como planejado e, também descrito nos diários da intervenção.

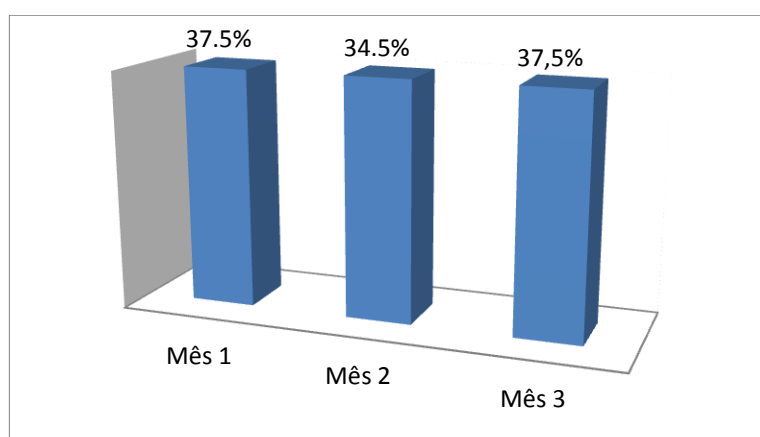


Figura 12. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia.

Objetivo 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

Meta. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada pela equipe.

Indicador. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

No caso de usuários com hipertensão, nos primeiros dois meses a meta foi alcançada, isto devido a que os medicamentos prescritos são da farmácia popular, e 100% dos pacientes registrados até final destes dois meses. No terceiro mês, dois pacientes diagnosticados com hipertensão leve, não recebem tratamento medicamentoso, no entanto, um deles também é diabético pelo que toma

medicamento. Destacando que o total de pacientes registrados no final da intervenção foram 82 (100%).

Prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia. -

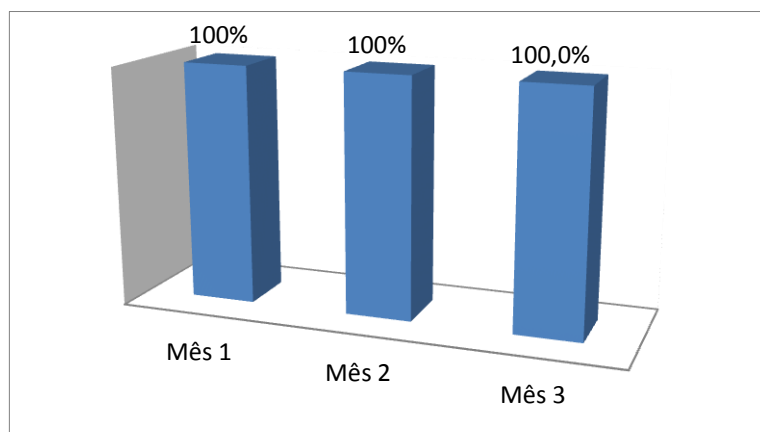


Figura 13. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição da farmácia popular priorizada.

Objetivo 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

Meta. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados pela equipe.

Indicador. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da farmácia popular/hiperdia

No caso de usuários com diabetes, no primeiro, no segundo e no terceiro mês, a meta foi alcançada em 100%, já que todos os pacientes prescritos com medicamentos são da farmácia popular. No segundo mês, 3 pacientes foram tratados com medidas dietéticas, exclusivamente.

O tratamento medicamentoso será decidido avaliando a preferência da pessoa, avaliação do grau de motivação para mudança nos hábitos de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Outras pessoas em consenso com o médico podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses, com controle da pressão arterial pelo menos mensalmente. Também pela característica multifatorial da hipertensão e a diabetes requer de tratamento associado. A meta foi cumprida.

O controle do estoque de medicamentos foi realizado pela técnica de enfermagem, a partir do envolvimento dela com a intervenção, o controle de provisionamento da farmácia não teve dificuldades, a não ser pela falta de estoque no final do terceiro mês, isto devido à falta de provisionamento por parte do gestor.

Todos os pacientes foram orientados a procurar farmácias populares e outras UBS, para provisão dos remédios, uma vez que sempre esteve priorizada a prescrição de todos os remédios da farmácia popular do Hiperdia, como planejado nas ações e descrito nos diários da intervenção.

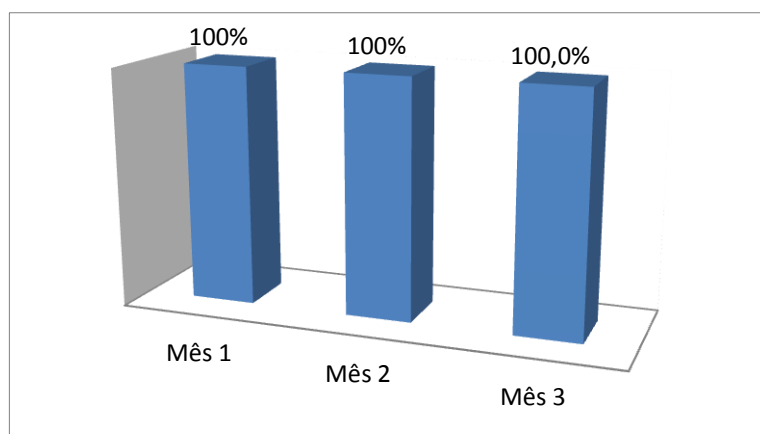


Figura 14. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

Objetivo 2.8. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Indicador. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No caso de usuários com hipertensão, todos os pacientes foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês, de 41 pacientes residentes na área e acompanhadas pela equipe, 39 (95,1%) pacientes foram encaminhadas ao atendimento odontológico. No segundo mês, dos 70 usuários com HAS e acompanhados pela equipe, 68 (97,1) foram encaminhados ao atendimento odontológico. No terceiro mês de 82 como denominador, 80 (97,6%) foram encaminhados ao atendimento odontológico. Neste caso, a meta foi cumprida, pois todos os pacientes foram avaliados na necessidade de atendimento odontológico.

Proporção de pessoas com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. -

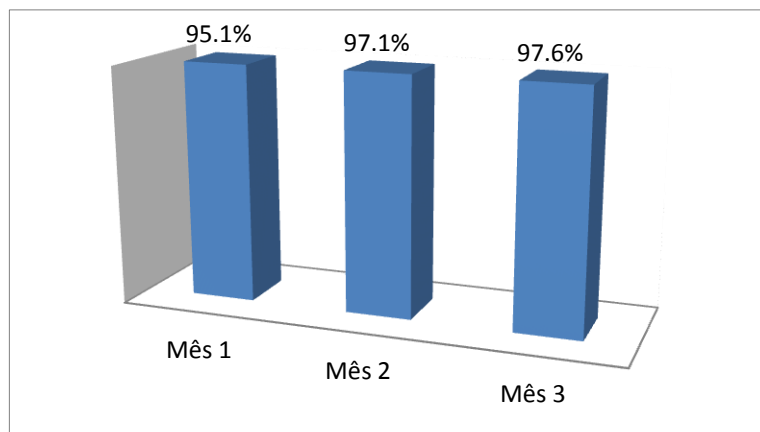


Figura 15. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

No caso de usuários com diabetes, no primeiro mês 16 (100%) das pessoas registradas e acompanhadas pela equipe foram avaliadas e depois encaminhadas a serviço de odontologia, assim mesmo, no segundo mês 29 (100%) dos pacientes registrados foram encaminhados. No terceiro mês, 39 pacientes dos 40 registrados foram encaminhados ao atendimento odontológico. Neste caso a meta também foi alcançada.

Esta avaliação se faz necessária, pois, todos nós os profissionais da ESF devemos orientar aos pacientes com HAS e diabetes realizar avaliação odontológica com o fim de prevenir as endocardites bacterianas, por exemplo, neste caso a equipe também poderá avaliar antes e encaminhar. Já que no caso da necessidade de procedimento odontológico, o dentista deverá considerar o histórico do acompanhamento da PA e da glicemia, no caso da Diabetes, co-morbidades, risco cardiovascular e medicamentos em uso. No caso particular da diabetes, deve-se observar a presença de gengivites, problemas odontológicos e candidíase, aspectos estes todos tratados nas reuniões da equipe.

O monitoramento deu-se através do controle das fichas espelho como planejado. Por outro lado, as consultas odontológicas não se deram no mesmo dia

da consulta dos pacientes com a área médica ou de enfermagem, isto pela falta de adesão da dentista ao projeto.

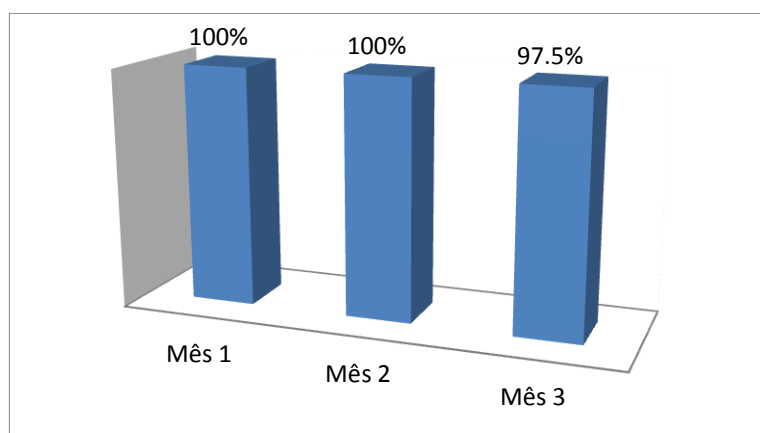


Figura 16. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 Adesão.

3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas as consultas com busca ativa.

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

Indicador. Proporção das pessoas com hipertensão faltosas as consultas medicas com busca ativa.

O número de usuários hipertensos faltosos às consultas foi o mesmo número de busca ativa. No primeiro mês da intervenção, 6 pacientes faltaram as consultas, pelo 6 foram procurados por busca ativa. No segundo mês, 22 faltosos ouve 22 buscas ativas. No terceiro mês, houve 28 faltosos e tivemos 28 usuários procurados por busca ativa, dando 100% em todos os casos, numerador mesmo que o denominador.

Número de faltosos as consultas com busca ativa. –

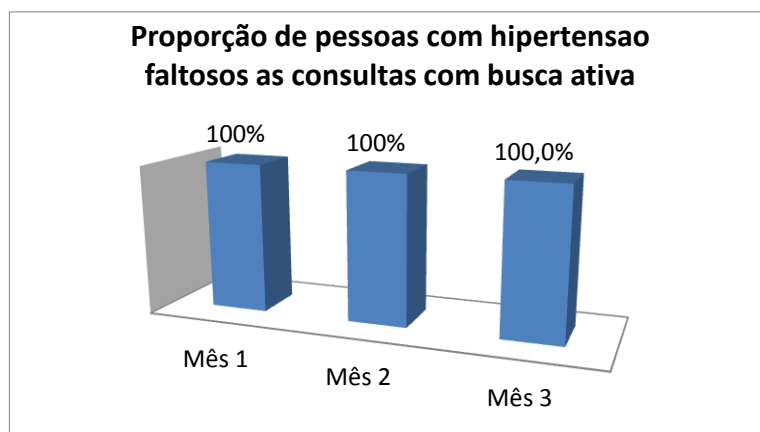


Figura 17. Proporção de pessoas com hipertensão faltosa as consultas com busca ativa.

Objetivo 3.2. Proporção de pessoas diabéticas faltosas as consultas com busca ativa.

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

Indicador. Proporção das pessoas com diabetes faltosas as consultas medicas com busca ativa.

No atendimento aos usuários Diabéticos, no primeiro mês nenhum usuário faltoso, portanto não foi realizada a busca ativa. No segundo mês, 9 pacientes faltosos, e resultou em 9 buscas ativas. No terceiro mês da intervenção 13 usuários faltosos as consultas resultaram em 13 usuários procurados por busca ativa, dando 100 % em todos os casos. Numerador mesmo que denominador. A meta deste indicador foi cumprida, pois foi proposto procurar por busca ativa todos os usuários faltosos .

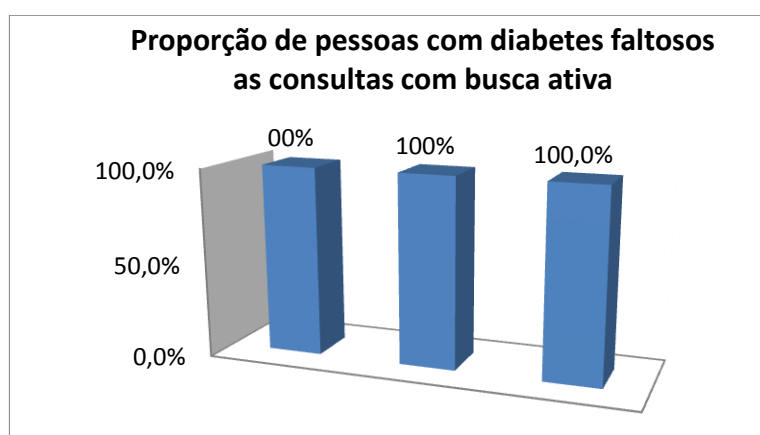


Figura 18. Proporção de pessoas diabéticas faltosas as consultas com busca ativa

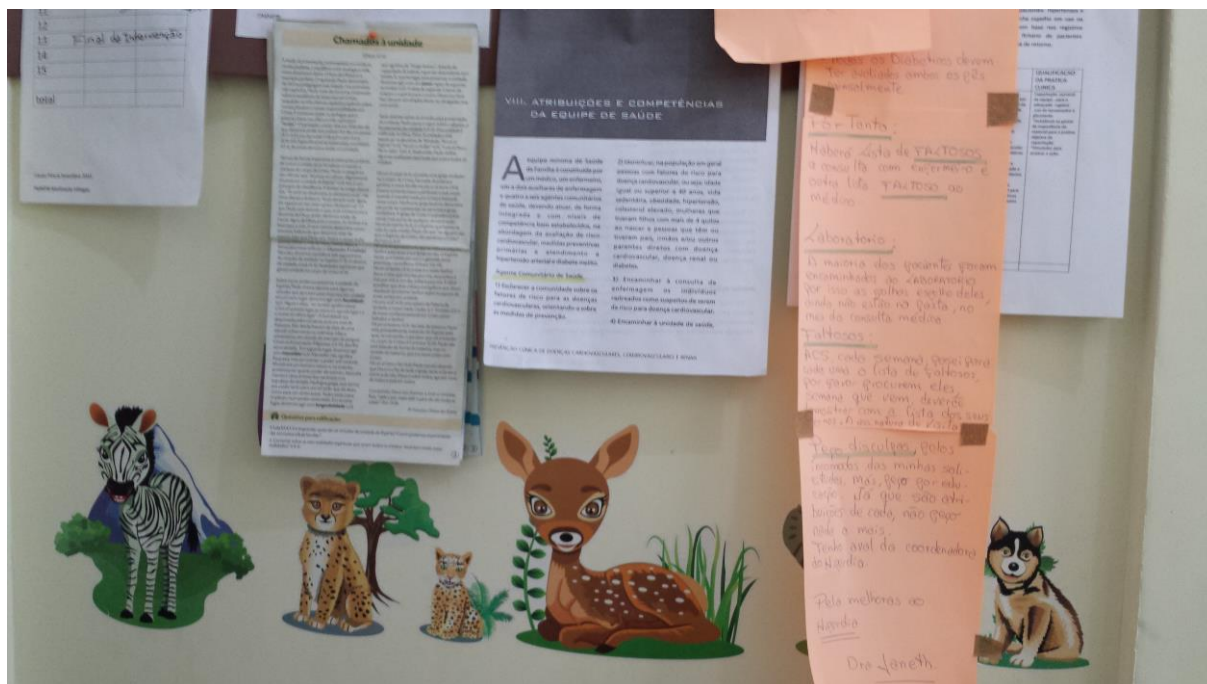


Fig. 19 Painel do projeto, onde todas as informações estão publicadas junto com lista de usuários faltosos.

A periodicidade nas consultas em ambos os casos foi controlada por meio do caderno ao Hiperdia, organizado a maneira de ajudar neste fim. A importância da adesão ao acompanhamento, como a importância do controle do universo dos pacientes no programa, para o controle das frequências nas consultas e a busca ativa, foi motivo de tema durante as reuniões da equipe, como nas consultas com os pacientes, assim como planejado no projeto e descrito nos diários. A busca ativa, e o controle dos pacientes faltosos, foi um tema de domínio e agrado das ACS, pelo que a meta foi alcançada.

Objetivo 4 ,Registro.

Proporção de pessoas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

No atendimento a usuários hipertensos, do total de pessoas com hipertensão residente na área e acompanhada pela equipe, no primeiro mês da

intervenção deu 41, destes 20 (48,8%) tinham registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês, de 70 pessoas com HAS residentes na área da equipe, 45 (64,3%) tinham registro adequado na ficha de acompanhamento. No terceiro mês, de 82 pacientes com HAS residentes na área de cobertura da equipe, 57 (69,5%) tinham registro adequado na ficha de acompanhamento.

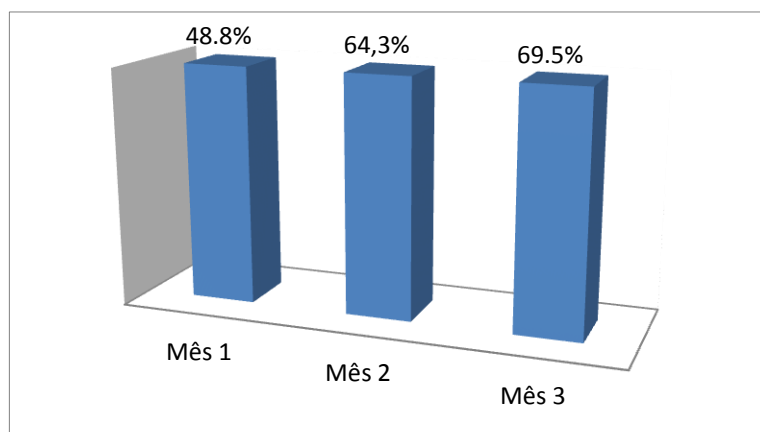


Figura 20. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

No atendimento aos pacientes com diabetes, do total do número de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados pela equipe como denominador, no primeiro mês de 16 pacientes, 11 (68,8%) tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês do total de 29, 23 (79,3%) tinham registro adequado na ficha de acompanhamento. No terceiro mês, do total de 40 pacientes acompanhados, 34 (85%) tinham registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em ambos os casos, esta falta de registro nas fichas de acompanhamento aconteceu por dois motivos: a) no começo pela falta de adesão da técnica de enfermagem e, b) depois por conta da inexperiência no manejo do novo instrumento de registro. Já no final da intervenção os registros foram completados para o maior controle a população com hipertensão e diabetes atendida pela equipe.

Este indicador teve como meta 100%, o que não foi conseguido no tempo previsto. Também, foi planejado o controle dos registros no final do atendimento o que não foi realizado, pois a equipe ficou sobrecarregada com as tarefas. O registro adequado na ficha de acompanhamento, ajuda no controle do acompanhamento adequado dos pacientes.

As informações no SIAB, responsabilidade do enfermeiro, ficaram desatualizadas. Depois de finalizada a intervenção, foi solicitada a secretária de saúde a atualização das informações no SIAB. Constantemente, se orientou os pacientes respeito aos seus direitos a solicitação de segunda via dos seus registros. Todos estes aspectos orientados a equipe nas reuniões.

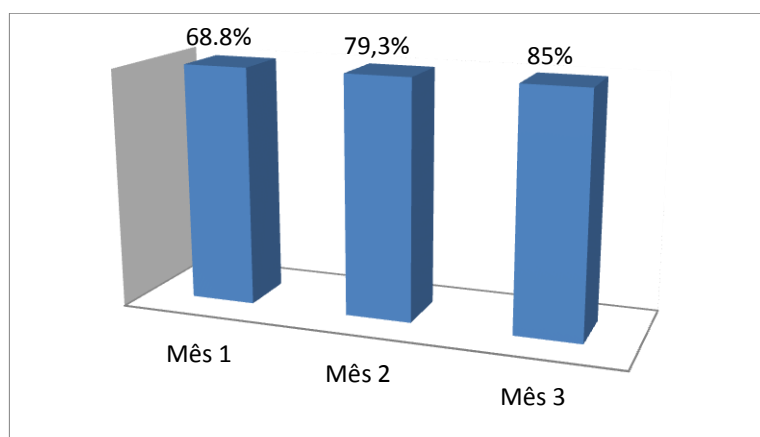


Figura 21. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

No atendimento as pessoas com hipertensão, do número de pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhadas pela equipe, no primeiro mês deu 100%, no segundo e terceiro meses também 100%, sendo 41 pacientes para o primeiro mês, 70 para o segundo mês e 82 para o terceiro mês. A meta do indicador foi cumprida, pois foi de 100%.

As ações que ajudaram nesta tarefa foram o aumento progressivo do registro dos pacientes no caderno dedicado ao programa, atividade facilitada pela busca ativa e convite pessoal das agentes comunitárias de saúde aos pacientes hipertensos. As atividades que podiam ter prejudicado, foram as relacionadas a falta de envolvimento do enfermeiro, que era também responsável pela estratificação de risco dos pacientes, porém não realizava esta ação, no decorrer da intervenção todas as ações que ficaram em falta por conta dele, foram completadas pela médica, o que foi comentado com a equipe e com ele, recomendando adequada revisão clínica.

Pessoa com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

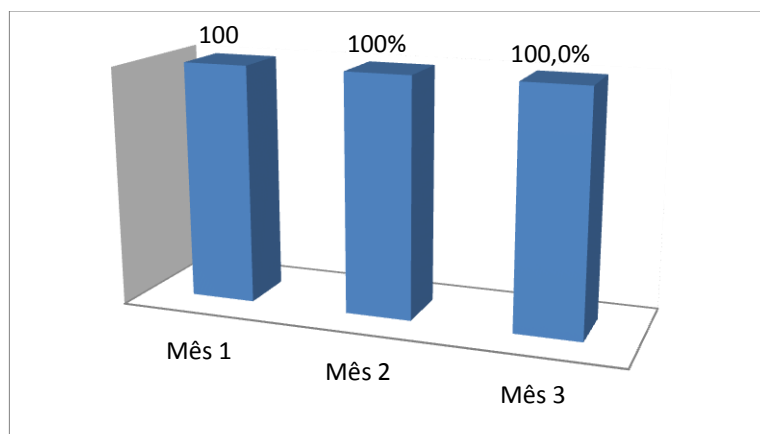


Figura 22. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 5.1. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

No atendimento a pessoa com diabetes, nos três meses deu 100%, sendo que no primeiro mês foram atendidas 16 pessoas, no segundo mês 29, e no terceiro mês 40, todas elas foram estratificadas segundo risco cardiovascular pelo exame físico. A meta do indicador foi de 100% em ambos os casos, hipertensão e diabetes.

A estratificação de risco cardiovascular é muito importante para a definição dos parâmetros de cuidado e, também os critérios relacionados a

periodicidade de acompanhamento das pessoas com hipertensão e ou diabetes pela equipe. Aspectos debatidos com a equipe durante as reuniões e aos pacientes durante as consultas, como planejado. A sua falta deixa sem orientação as ações de cuidados aos pacientes.

Assim como no caso anterior, neste também a busca ativa oportuna a cargo das agentes de saúde facilitou a adesão progressiva dos pacientes assim como melhorou progressivamente a porcentagem de estratificação do risco cardiovascular cada mês da intervenção

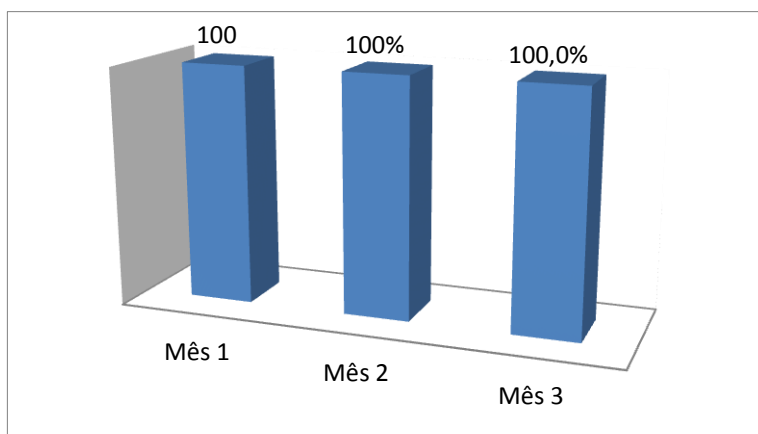


Figura 23 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

Objetivo 6.1. Proporção de pessoas hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.-

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

Indicador. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

O número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, foi o mesmo que o número de pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhados pela equipe em cada mês (100 % em todos os meses). No primeiro mês de 41 pacientes registrados, todos foram orientados a respeito. No segundo mês, de 70 pacientes registrados, também 70 foram orientados. No terceiro mês, dos 82 pacientes registrados, 82 foram orientados ao respeito. A meta do indicador foi de 100%, meta conseguida no final da intervenção.

Foram realizadas ações de educação preventiva como mencionado no diário, a falta de adesão de alguns membros afetou e sobrecarregou ao resto da equipe participante.

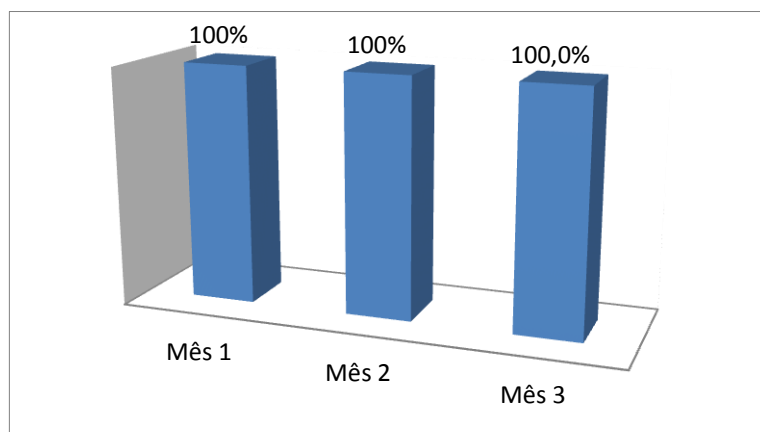


Figura 24. Proporção de pessoas hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Objetivo 6.2. Proporção de pessoas diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável. -

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

Indicador. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

No caso da diabetes, também nos três meses de intervenção, se obteve 100% da meta proposta. Pois dos registrados no programa de atenção ao diabético, no primeiro mês 16, todos foram orientados sobre alimentação saudável. No segundo mês, dos 29 pacientes registrados, também os 29 foram orientados respeito à nutrição saudável. No terceiro mês, dos 40 pacientes registrados, os 40 foram orientados. Esta atividade foi realizada sem a colaboração da equipe, pois foi difícil envolvê-la em educação em saúde.

Foi realizada uma palestra antes da consulta, nos corredores, vários pacientes foram orientados a respeito da alimentação saudável, também durante a consulta médica, cada paciente é orientado acerca da alimentação saudável, uma vez que é encaminhado a consulta com a nutricionista da equipe do NASF.

O gestor não colaborou com o projeto, mesmo assim no final da intervenção conseguimos o envolvimento da nutricionista do NASF, que estava voltando de afastamento por licença maternidade, na atualidade deverá organizar uma turma para educação alimentar, pois muitos pacientes foram encaminhados para orientações com ela.

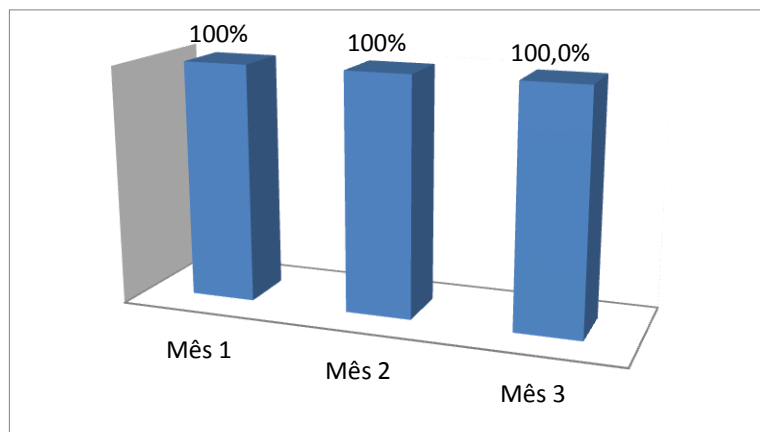


Figura 25. Proporção de pessoas diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Objetivo 6.3

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

Indicador. Proporção de pessoas hipertensas com orientação sobre pratica regular de atividade física.

No atendimento a pessoa com hipertensão, a meta foi conseguida em 100%, assim no primeiro mês, das 40 pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhadas pela equipe, 40 foram orientadas sobre prática de atividade física regular. No segundo mês, das 70 pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhadas pela equipe, 70 foram orientadas. No terceiro mês, das 82 pessoas da área e acompanhadas pela equipe, 82 foram orientadas a pratica regular de atividade física.

Isto por meio de uma palestra educativa nos corredores antes da consulta e também durante a consulta de cada paciente, conversando acerca dos benefícios no controle da pressão arterial, o que facilitou o êxito da meta, na ocasião, também foram encaminhados para orientação com a educadora física da equipe da NASF, mesmo sem envolvimento do gestor houve compromisso da parte da educadora física, já que uma turma ficou organizada que até o dia de hoje se reúne para a pratica de exercícios, nesta turma também participam pacientes encaminhadas pelas outras duas equipes ESF da UBS.

A equipe durante a educação continuada, às sextas-feiras durante as reuniões ficou ciente dos benefícios da prática regular de exercícios para a melhora da saúde. O envolvimento da comunidade na atividade foi mínimo, pois a turma

flutuou entre pouco mais de 20 pessoas, o que poderia ter sido melhorado com atividades de maior promoção, que não foram realizadas pela falta de colaboração da equipe.

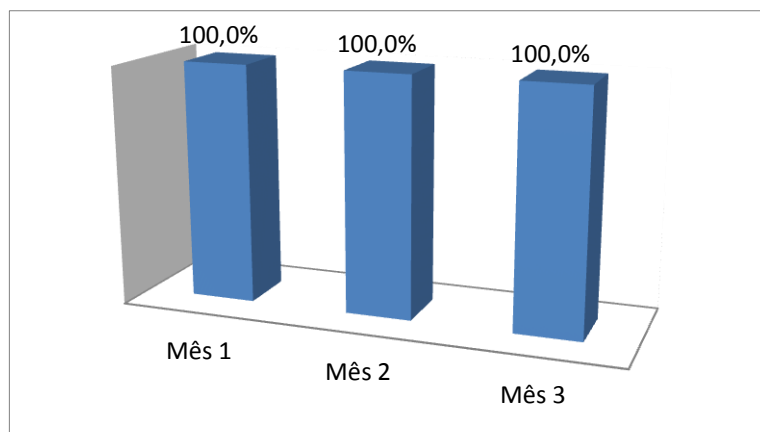


Figura 26 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática de atividade física regular.

Objetivo 6.4. Proporção de pessoas com Diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

No atendimento a pessoa com diabetes, a meta foi conseguida em 100%, assim no primeiro mês, das 16 pessoas com diabetes residentes na área e acompanhadas pela equipe, 16 foram orientadas sobre prática de atividade física regular. No segundo mês, das 29 pessoas com diabetes residentes na área e acompanhadas pela equipe, 29 foram orientadas. No terceiro mês, das 40 pessoas da área e acompanhadas pela equipe, 40 foram orientadas à prática regular de atividade física.

Isto também, por meio de uma palestra educativa nos corredores antes da consulta e assim como durante a consulta de cada paciente, conversando acerca dos benefícios no controle da saúde, o que facilitou o êxito da meta, na ocasião, também foram encaminhados para orientação com a educadora física da equipe da NASF, mesmo sem o envolvimento do gestor, houve compromisso da parte da educadora física, já que uma turma ficou organizada até o dia de hoje. A equipe

durante a educação continuada às sextas-feiras, durante as reuniões ficou ciente dos benefícios da prática regular de exercícios para a melhora da saúde. O envolvimento da comunidade na atividade foi mínimo, pois a turma flutuou entre pouco mais de 20 pessoas, o que poderia ter sido melhorado com atividades de maior promoção que não foram realizadas pela falta de colaboração da equipe.

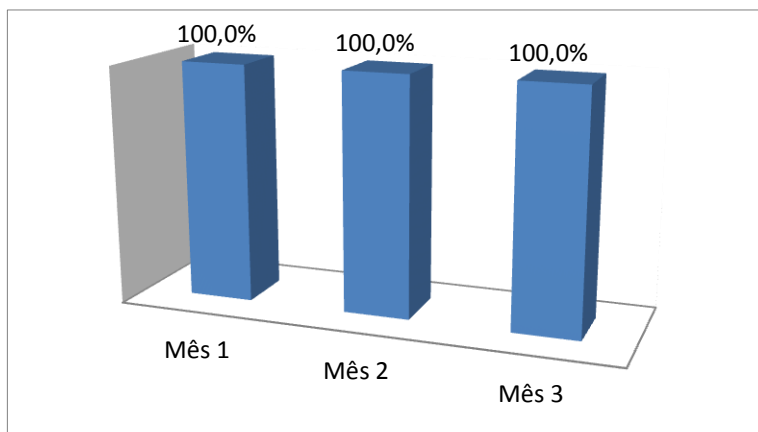


Figura 27. Proporção de pessoas com Diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Objetivo 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador, proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Neste caso, a meta foi cumprida já que no primeiro mês, das 41 pessoas registradas as 41 foram orientadas. No segundo mês, das 70 registradas, 70 foram orientadas. No terceiro mês, das 82 pessoas registradas no programa, as 82 foram orientadas. Estas orientações foram dadas durante a palestra nos corredores antes da consulta, outra no dia de exercícios ministrado pelo NASF e durante a consulta médica a cada usuário.

Como mencionado nos diários, a falta de envolvimento de alguns membros podia ter prejudicado esta ação, mesmo tendo sido cumprida a meta, corre risco sua continuidade devido à falta de compromisso da equipe e a pouca colaboração da parte do gestor.

Orientação sobre os riscos do tabagismo. -

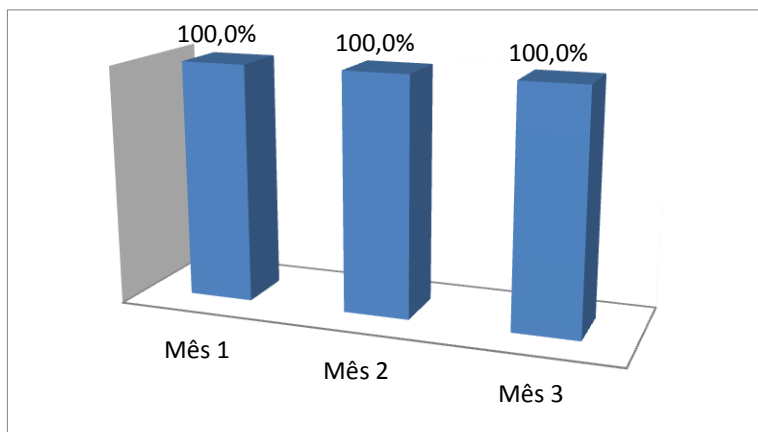


Figura 28. Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6.6. Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador, proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A meta foi cumprida em 100%, já que no primeiro mês todas as pessoas com diabetes registradas receberam orientação respeito ao tabagismo, 16 (100%). No segundo mês de 29 registradas, as 29 foram orientadas. No terceiro mês, das 40 registradas as 40 foram orientadas.

A orientação deu-se através das palestras, nos corredores da UBS, pois esta não conta com sala de espera, outra durante o treino no grupo de exercícios junto com a equipe da NASF, como relatado nos diários, e também através de orientação personalizada nas consultas médicas. Como foi relatado nos anteriores indicadores, a falta de engajamento da equipe completa prejudicou o sucesso desta tarefa, mesmo tendo alcançado 100%, isto conseguido até o final da intervenção, o que também coloca em risco sua continuidade.

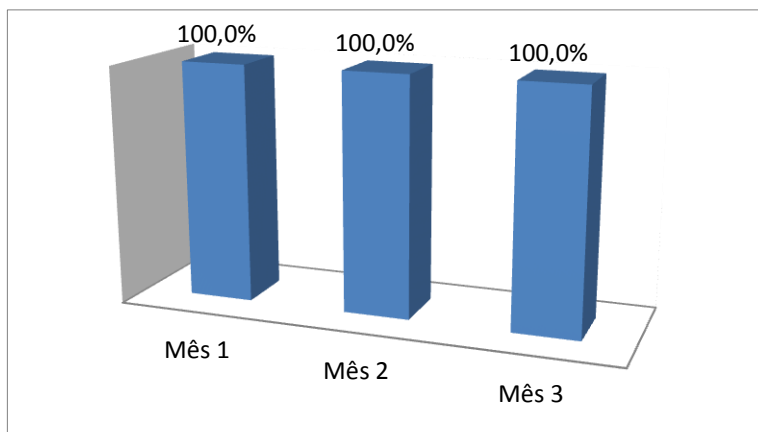


Figura 29. Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

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

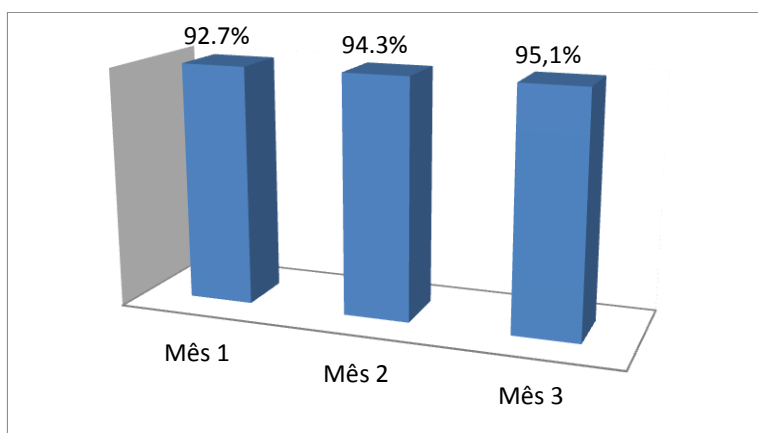


Figura 30. Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Objetivo 6.8. Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

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

No caso dos pacientes com diabetes, a meta não foi alcançada. No primeiro mês dos 16 pacientes registrados no programa, 13 foram orientados

(81,3%). No segundo mês, dos 29 registrados no programa, 26 (89,7%) foram orientados a respeito a higiene bucal. No terceiro mês, dos 40 registrados no programa, 37 foram orientados respeito à higiene bucal.

O resultado alcançou uma porcentagem acima da média, no entanto, as ações programadas para este fim, não foram por completo cumpridas. Ao longo de todos os meses, todos os membros da equipe foram estimulados a participar. As orientações deviam se dar também nas consultas de enfermagem, pois devido ao clima tropical da região e, a que a UBS não conta com um ambiente adequado para reuniões, climatizado de forma a dar conforto aos usuários, as orientações durante as consultas foram as mais exploradas.

O engajamento publica planejado, através de meios de difusão não foi realizada, a dentista e ACD também não participaram como relatado nos diários da intervenção. Assim como, o compromisso com o trabalho adequado ao cuidado da saúde dos pacientes por parte das profissionais da NASF, compromisso da dentista e ACD garantiria a continuidade de estas atividades de prevenção durante o ano, sendo inclusive obrigação, pois são membros diretos e indiretos da ESF.

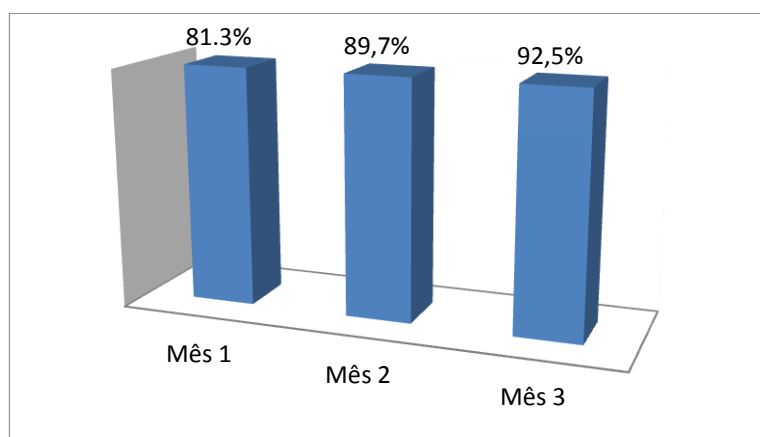


Figura 31. Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Resumo do alcançado com a intervenção. -

A análise situacional evidenciou a desorganização das ações e registros em todas as ações programáticas. A melhora de uma como o atendimento a Hipertensos e diabéticos, tem proporcionado pratica no manejo de ferramentas disponíveis para todo servidor em saúde, com ganho de experiência para usa-las nas outras ações programáticas. Se bem as metas de cobertura não foram conseguidas, aspectos a qualidade no atendimento e registros foram organizadas,

facilitando o controle a este grupo de usuários em benefício aos cuidados responsáveis à saúde dos usuários.

Importância da intervenção para a equipe. -

A análise exaustiva dos registros, junto com as orientações dos protocolos do ministério e do curso de especialização, abriu o olhar crítico a realidade do atendimento as ações programáticas, mesmo não tendo conseguido o envolvimento de toda a equipe, o incomodo produzido fara com que alguma coisa melhore neles. Como nos participantes ativos, o progressivo domínio das ferramentas, agora agradável e compreensível, facilitará a organização das outras ações programáticas, agindo por fim como Estratégia Saúde da Família.

Agora há preocupação por organizar outras ações programáticas.

Importância da intervenção para o serviço. -

O atendimento organizado permite o melhor aproveitamento do tempo. A avaliação, monitoramento e planejamento, são ferramentas semanais que contribuíram o melhor serviço o que pode ser apreciado na manifestação grata e o comparecimento regular atual dos pacientes e a ausência deles na consulta de demanda espontânea. O serviço especializado também se organizara ,como resposta a chuva de encaminhamentos de rotina e diagnostico, colocando as consulta mais acessíveis aos pacientes, eliminando a burocracia de antes, assim como o serviço da equipe da NASF, o que motiva também às outras duas equipes ESF da UBS se organizar melhor no atendimento a comunidade.

Importância da intervenção para a comunidade. –

A intervenção providenciou a oportunidade de ficar mais perto da comunidade, com os novos óculos de análise diversos aspectos inerentes a sociedade, cultura e moradia, que condicionam a saúde dos usuários foram evidenciados o que agrado mais os pacientes, pois são compreendidos, e tratados na sua realidade, o trabalho somado as atividades da NASF e atendimento especializado como laboratorial, atendimento multidisciplinar, conformam e satisfazem os usuários.

Por outro lado muitos usuários faltosos não sabiam que participavam do programa de atendimento agendado, o que em muitos dos casos era o motivo para falta nas consultas, acudir na madrugada no posto para arranjar uma ficha. A comunidade ainda não percebe, mais a ausência dos pacientes do programa na demanda espontânea, gera oportunidade para outros consultarem, assim podemos

ainda ver usuários do programa, das outras equipes, vindo à consulta como demanda espontânea.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento.-

A falta de adesão da equipe foi um problema, não só atrapalhou as atividades como até prejudicou, a falta da participação do enfermeiro sendo o gerente da equipe ESF. O que faria diferente seria insistir na supervisão constante do trabalho da equipe desde a fase de diagnóstico situacional, ainda seja reflexo da situação da secretaria municipal de saúde. A articulação com a comunidade daria se mais facilmente, pois após a experiência, conhecemos melhor nossa comunidade.

Qual a viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/que melhoras pretende fazer na intervenção.

Viabilizaremos a melhor captação de pacientes novos, a ação de rastreamento ativo no atendimento de urgência da UBS, ficara mais organizada, durante a intervenção vimos que o paciente não tem registros adequados para busca ativa, falta endereços, o que dificultou um tanto a captação de cobertura na intervenção.

A rotina já se encontra incorporada, devido a que organizou todos os registros, os membros da equipe que participaram realizam prática rotineira das ações da intervenção, o único inaderente continua sendo o enfermeiro, ao respeito já foi realizada a denuncia na secretaria, mas nada foi feito. Optaremos a tarefa de envolver as outras duas equipes ESF como foi solicitado pela coordenação municipal da atenção básica, para que o gestor municipal tome mais em consideração o controle a melhora da atenção as ações programáticas das ESF.

Quais os próximos passos.

Dar-se continuidade a intervenção, reorganizando mais ainda os registros de forma a registrar dados retroativos. Continuara-se procurando o envolvimento do gestor e coordenadores das ações programáticas, mesmo após ele haver tentado realocar a medica em outra equipe ESF devido as constantes reclamações pelo desempenho do trabalho dos membros da equipe que não participaram, na vez que exploraremos mais o engajamento publico e a melhora na atenção as crianças e o pré-natal.

5 Relatório da intervenção para gestores

Distinguido senhor secretario de saúde do município de Iranduba.

O trabalho ao atendimento as ações programáticas que a equipe ESF Cidade Nova realiza, teve uma fase de diagnóstico situacional, na qual ficou evidenciada a falta de atendimento adequado segundo o que os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde preconizam, para a atenção primária em saúde. Assim, não existem registros adequados ao acompanhamento dos programas de atendimento priorizados pela ESF como o atendimento a saúde da mulher, saúde a criança, saúde ao idoso, saúde do homem, saúde na escola, atenção ao pré-natal e puerpério, atenção ao hipertenso e Diabético, atenção ao crescimento e desenvolvimento das crianças e programa de prevenção de câncer de colo de útero e de mama. Assim mesmo as coberturas em quantidade e qualidade encontram-se por baixo da média, da estimativa da população total para cada ano. Por outro lado há falta de atividades de equipe como reuniões destinadas ao planejamento, avaliação e monitoramento das ações que se realizam a cada semana, desconhecimento das atribuições específicas a cada membro da equipe, falta de engajamento público as ações programáticas; assim a população desconhece significado de consulta programada e consulta por demanda espontânea, com o que a consulta por demanda espontânea fica tumultuada e usuários das ações programáticas podem ficar com necessidade de atendimento constante e urgente na UBS e nos serviços de maior complexidade do sistema público. Expostas estas problemáticas, ficou de consenso geral da equipe, organizar uma intervenção em vista a melhoramento de uma ação programática.

A comunidade de Cacau Pirera, é considerada área urbana dentro do município de Iranduba, ela é a região de Iranduba mais próxima ao município de Manaus, a uma distância aproximada de 12 Km na margem direita do Rio Negro, atravessando a ponte sobre o rio. Conta com uma população aproximada de 9.427 Hab, esta dividida em três áreas de cobertura, para 3 equipes de ESF, a saber equipe Cacau Pirera, Nova Veneza e Cidade Nova, esta última criada a partir da primeira em decorrência ao aumento da população, criada há 1 ano 11 meses. Todas as equipes estão concentradas na UBS Vitória Paz de Souza, criada há 15 anos, há também profissionais, dando atendimento a saúde de forma tradicional, como o serviço de injetáveis e curativos, atendimento de primeiros socorros e remoção de pacientes a centros de maior complexidade.

A equipe Cidade Nova conta com 4 agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar dental, uma dentista e um

medico de ESF. Tem na sua área de cobertura 2276 hab. Segundo cadastro atualizado em maio do ano 2015.

A administração da saúde do município sofreu constantes mudanças de autoridades no ultimo ano de 2015, cada um com diferente grau de interpretação das necessidades da população e diferentes níveis de prioridades das necessidades em saúde. Desta forma as atividades das equipes de saúde em geral, não seguiram um controle adequado e pormenorizado, menos padronizado, conforme ao que o MS preconiza.

Atrasamos o inicio da intervenção uma semana devido a falta de liberação dos materiais por parte do gestor e correções pendentes respeito a redação do projeto por parte do orientador do curso. Compramos o material necessário para não retrazar mais o inicio da intervenção do projeto, comunicamos e entregamos pela segunda vez o projeto da intervenção na secretaria de saúde do município.

O atendimento dos pacientes hipertensos e ou diabéticos, seu cadastramento, atendimento clinico medico, avaliação de risco cardiovascular, solicitação de exames e encaminhamento especializado acontecia com relativa regularidade antes da intervenção, tentando seguir o protocolo do MS. Já durante a intervenção, constatou-se a ausência dos registros nos cadernos de atenção e a inadequação nas consultas aos pacientes realizadas pelos outros profissionais, pelo que inclusive o preenchimento dos prontuários era inadequado ou não existia, assim encontraram-se datas de consulta com apenas a palavra hiperdia, ou datas com assinatura e carimbo somente. Por tanto não podia se saber se o paciente foi encaminhado, a situação durante a consulta, os medicamentos que usa, nem o risco cardiovascular pelo que os pacientes e a equipe não sabiam quando o paciente teria que retornar para consulta e menos o paciente podia saber a situação da sua saúde e o que deveria fazer para cuida-la.

No final da intervenção, o caderno de registro a atenção a esta ação programática, ficou preenchido, com calendário de consultas programadas para cada mês, avaliação de risco cardiovascular, medicamento em uso, encaminhamento a consulta especializada, etc. O que facilita o controle a este grupo, para realização da busca ativa de faltosos, atenção multidisciplinar com a colaboração da equipe NASF, muitos pacientes que há mais de um ano não compareciam foram procurados e orientados respeito a os seus direitos de receber atendimento diferenciado, seguindo todas as orientações do MS.

Também todos foram encaminhados ao laboratório, consulta especializada e consulta com equipe NASF.

A partir da semana 2 se organizou uma atividade grupal de exercícios físicos com a NASF, produto do encaminhamento a consulta dos profissionais da NASF. A partir dessa semana o grupo foi crescendo, e atualmente se mantém em numero de 20 pelo que o estacionamento da UBS ficou pequeno, passando a se reunir no coliseu da comunidade e no ginásio da educadora física a solicitude das usuárias. Para isto as outras duas equipes de ESF que atuam na mesma UBS também aderiram alguns dos seus pacientes. Atualmente a turma se mantém ativa e é cenário propício para educação preventiva em saúde. Objetivo que não foi planejado no projeto, porém conseguido graças ao trabalho conjunto com a NASF como preconiza o MS.

Esta reunião de usuários também motivou a educação permanente dos usuários por parte de cada profissional da NASF, assim regularmente se passam palestras por parte da psicóloga, nutricionista e por parte do médico. Mesmo assim as palestras por parte de equipe ESF ficou responsabilidade unicamente do médico, inclusive após de lembrar e publicar no painel que educação preventiva é atribuição do médico, enfermeiro, dentista e técnica de enfermagem, as palestras se constituem em tarefa rejeitada pelo restante da equipe.

No referente a resultados dos laboratórios, os resultados demoram muito tempo, inclusive meses em retornar. Antes da intervenção foi solicitado ao responsável do centro onde se realizam os exames, Sr. Carneiro, a agilização dos exames dos usuários por meio de uma carta de solicitude, conhecida também pelo então secretário municipal de Saúde. No entanto, nas últimas semanas muitos pacientes voltaram por reconsulta com resultados de laboratório realizados de forma particular, outros muitos ficaram aguardando a fila de programação no sistema público. Esta situação cria desconfiança da população com os serviços de saúde e retrasa o planejamento cuidadoso dos usuários.

As consultas especializadas não devolvem contra referencia.

As atividades grupais de educação preventiva devem demorar pouco tempo, já que as condições climáticas na região, não permite permanência prolongada nas instalações da UBS tornando-se sufocante, assim como na UBS não existe um local climatizado para o bom acolhimento da comunidade. Unicamente dentro do

consultório aconteceram reuniões educativas, focadas na informação e prevenção a saúde dos usuários. O que limita o numero de participantes.

A comunidade não conta com agrupações sociais organizadas, na área de abrangência da nossa equipe ESF. O que dificultou o engajamento publico.

Foi solicitada a traves de cartas dirigidas a diretora da UBS, quem por médio de sua autoridade instrui passar informações e dados do serviço urgência acerca dos usuários atendidos com níveis pressóricos altos e glicêmicos altos de encaminhar os pacientes que acudam com níveis pressóricos altos e glicemia capilar ocasional alta, que consultam o serviço de urgência da UBS para busca ativa dos pacientes e poder aderi-los a programa de atenção a usuários Com Hipertensão e ou Diabetes, atendimento das ESF. Isto não nos deu pacientes para aderir ao programa, a autoridade da UBS aderiu, porem os funcionários não passavam informações concludentes espontaneamente, apenas baixo insistente cobrança, sendo que apenas registram nomes sem endereço o que facilitaria a procura pelas equipes ESF.

Periodicamente a equipe recolhia dados na urgência, para as ACS reconhecer os nomes dos pacientes de sua área. Nesta tarefa vimos faltas de registros orientadores, mais específicos nos registros da urgência, pois no final da intervenção manifestaram as ACS que conhecendo o endereço de cada usuário atendido na urgência ,teria sido mais fácil a busca ativa destes pacientes, os pacientes seriam adequada e regularmente acompanhados de forma a evitar consultas de urgência no serviço.

O trabalho conjunto com a NASF deixou satisfação para os usuários e os profissionais, pois antes a interação com as equipes ESF ficava mais distante. O que gerou maior interesse no planejamento de mais atividades no futuro. Segundo relatos dos profissionais e dos usuários.

Ao longo das semanas o entendimento deu origem as listas dos pacientes faltosos , assim como a lista dos pacientes programados para cada mês , foi de bom agrado para as ACSs e a técnica de enfermagem. Neste processo as outras duas equipes também se viram interessadas na ação. No final da intervenção ficou entendido o tempo de intervalo para cada paciente, comparecer na UBS para consulta com o medico e a cada quanto com o enfermeiro, também a importância do monitoramento constante e semanal para o controle das listas dos pacientes

programados e os faltosos. Tudo isto deixou satisfação nos usuários e maior confiança nos serviço.

O objetivo foi de 60% de cobertura em ambos os casos. As porcentagens alcançadas até agora, 24% para hipertensão e 47% para Diabetes. A meta foi de atender e registrar 60% do numero de pessoas com hipertensão e ou diabetes com idade maior de 20 anos. Antes da intervenção a cobertura era de 22% para hipertensos e 34 % para diabéticos. Meta numérica não conseguida, Meta conseguida, dar atendimento e cuidado qualificado a usuários deste grupo.

Para hipertensão não temos conseguido alcançar nem a metade entanto que para diabetes chegamos perto dos 60%, superando a metade em comparação a hipertensão. Também conseguiu-se realizar o mapeamento da área, pois antes da intervenção a equipe não conhecia o mapa da área de cobertura, e ainda aguardava a promessa do gestor de enviar a gráfica do mapa da área, como fez com outras equipes ESF, sendo o mapa produto do controle das ações programáticas , este aspecto também amostra a falta de conhecimento da área e a falência no controle as ações programáticas responsabilidade da ESF. Atualmente o mapa que foi construído, apoia a segurança que a equipe conseguiu com a melhora ao atendimento de esta ação programática, mesmo sendo apenas uma ação.

Os membros da equipe que participaram aderiram e se dispuseram a dar continuidade aos registros, pois também beneficia a manifestação do profissionalismo e responsabilidade no trabalho ao cuidado da saúde da comunidade.

A intervenção fez com que os usuários do programa de atenção ao Hipertenso e Diabético sejam cuidadosamente acompanhados, o que esta gerando a proximidade de usuários que fazia muito não compareciam na UBS e estavam em perigo de sofrer intercorrências criticas levando a consultas de emergência e desfechos a saúde, inclusive morte, se vê maior confiança do usuário na equipe e no serviço.

O acompanhamento regular e programado dos usuários desta ação programática descongestionou as consultas por demanda espontânea da UBS, o que dá oportunidade a outros usuários da comunidade conseguir consulta.

Cada paciente atendido conhece sua situação de saúde e os aspectos pessoais que afetam a evolução da sua doença respeito aos seus hábitos.

Os usuários sabem que podem contar com o apoio da equipe multidisciplinar que os ajudaram a modificar hábitos que irão favorecer o controle da doença e aliviar sintomas.

Os usuários conhecem o grau de risco cardiovascular e o que isto significa para sua saúde, assim como o intervalo para reconsulta medica e com enfermagem, sabem que o estoque de remédios ao tratamento, será apenas para um mês e que no seu retorno deverá consultar com enfermagem, referindo sintomas. Sabe em que situações deveram retornar para consulta medica e a forma de marcar consulta agendada, por médio das agentes de saúde.

Os usuários sabem o intervalo de tempo para realizar exames de laboratório e gabinete para melhor acompanhamento a sua saúde.

Os usuários se sentem bem cuidados, e manifestam seu agrado quando cobrados pela equipe o retorno à consulta. E avisam quando a mudança de domicilio, pois entendem a territorialização das equipes ESF da comunidade.

A equipe se sente mais confiante, pois domina as ferramentas de controle a este grupo de usuários, conhece significados das ações e sua importância, fundados nos protocolos de atendimento do MS, experimenta os benefícios ao trabalho organizado e em equipe, no agir estrategicamente para o controle da ação programática, conhece o mapa da sua área e a ubiquação do domicilio de cada usuário, vigia indicadores de quantidade e qualidade, e sugere ações para melhorar ainda mais o atendimento e cuidado. A equipe participou no mapeamento da área.

A equipe conta com registros atualizados e organizados com adequado acompanhamento dos usuários, a saber, livro de registro, prontuários com acompanhamento detalhado de cada consulta, fichas espelho que ajudam em aspectos ao controle do grupo.

A equipe conta com uma turma de exercício físico, com número de usuárias flutuante, mas algumas com compromisso permanente e acompanhamento a cargo da educadora física da NASF e as outras profissionais.

E importante o apoio da gestão em saúde do município a fim de garantir a permanência dos logros conseguidos para o bom acompanhamento dos usuários. A falta de cobrança de aspectos a quantidade e qualidade do atendimento qualifica o desempenho profissional das equipes ESF e dignifica o cuidado dos usuários, para isto o controle conseguido na equipe devera ser refletido na coordenação municipal ao programa de atenção ao Hipertenso e ou Diabético, de forma a ficar em

constante controle dos índices alcançados, pois se ninguém cobrar, em pouco tempo o descuido poderá acontecer novamente.

A ação poderia ser copiada nas outras duas equipes da UBS, houve interesse por parte dos colegas das outras equipes, assim como houve interesse dos usuários das outras áreas de Cacau Pirêra.

E importante o melhoramento das outras ações programáticas.

E importante o compromisso de toda a equipe no responsável atendimento aos usuários.

A ação poderia ser copiada nas outras duas equipes da UBS, houve interesse por parte dos colegas das outras equipes, assim como houve interesse dos usuários das outras áreas de Cacau Pirêra.

6 Relatório da intervenção para a comunidade.

A UBS Vitoria Paz de Souza, criada há mais de 15 anos, tem três equipes ESF, há também outros profissionais, dando atendimento a saúde de forma tradicional, com o serviço de injetáveis e curativos, atendimento de primeiros socorros e remoção de pacientes a centros de maior complexidade.

A equipe Cidade Nova conta com 4 agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar dental, uma dentista e um médico de ESF. Tem na sua área de cobertura 2276 hab. Segundo cadastro atualizado em maio do ano 2015.

Iremos melhorar o atendimento a usuários hipertensos e diabéticos no período de 12 semanas, para depois manter o melhor cuidado da saúde dos usuários.

Foram realizadas reuniões de capacitação, avaliação e monitoramento que aconteceram ao longo da semana em tempos curtos, antes do atendimento aos usuários e se manteve assim por todo o tempo que demorou a intervenção, 12 semanas. A capacitação foi apoiada com material impresso publicada num painel dedicado à intervenção, durante toda a unidade e se mantém até o dia de hoje. Também nas duas primeiras semanas as atribuições e responsabilidades de cada membro foram revisadas e publicadas no painel. A capacitação das ACS para a realização da busca ativa de pacientes com níveis pressóricos altos, sintomas referentes a hipertensão e diabetes, antecedentes familiares e obesidade,

aconteceu nas primeiras quatro semanas da intervenção; produto desta atividade alguns pacientes novos foram captados e registrados no programa.

No final da intervenção, registramos todas as pessoas diabéticas e hipertensas, cada uma com calendário de consultas programadas para cada mês, avaliação de risco cardiovascular, medicamentos em uso, encaminhamento a consulta especializada, imunização, atendimento odontológico, etc. O que facilita o controle de cada um. A busca ativa de faltosos, atenção multidisciplinar com a colaboração da equipe NASF, muitos usuários que há mais de um ano não compareciam à UBS, foram procurados e orientados respeito a os seus direitos de receber atendimento diferenciado, seguindo todas as orientações do Ministério da Saúde.

Organizou-se um grupo de exercícios físicos com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, produto do encaminhamento a consulta com os profissionais da NASF. A partir dessa semana o grupo foi crescendo, e atualmente se mantém em número de 20, pelo que o estacionamento da UBS ficou pequeno, passando a se reunir no coliseu da comunidade e no ginásio da educadora física, por solicitação das usuárias. Para isto as outras duas equipes de ESF que atuam na mesma UBS também aderiram a tal programação. Atualmente, a turma se mantém ativa e é cenário propício para educação preventiva em saúde. Objetivo que não foi planejado no projeto, porém conseguido graças ao trabalho conjunto com o NASF como preconiza o Ministério da Saúde. Esta reunião de usuários também motivou a educação permanente deles por parte de cada profissional do NASF, assim regularmente se realizam palestras por parte da psicóloga, nutricionista e do médico e os usuários conhecem os benefícios do exercício físico e boa alimentação no controle da pressão arterial e nível de açúcar no sangue, assim como os benefícios de evitar o fumo e o álcool.

Agora se programam as consultas de cuidado contínuo, produto da revisão detalhada de todos os prontuários das pessoas do programa ao hipertenso e diabético. Assim cada pessoa sabe que data deve voltar para a UBS e conhece a forma mais adequada para marcar consulta sem ter que acudir na madrugada para isto.

Nenhum usuário tinha catalogação de risco cardiovascular e controle laboratorial de rotina, importante, pois orienta o retorno dos usuários e as medidas a ser tomadas para evitar desfechos a saúde e inclusive a morte. Também todos

foram encaminhados ao laboratório, consulta especializada e consulta com equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

No referente aos resultados dos laboratórios, eles demoram muito tempo, inclusive meses para retornar. Antes da intervenção foi solicitado ao responsável do centro onde se realizam os exames no município a aceleração dos exames dos usuários por meio de uma carta de solicitação, sendo de conhecimento inclusive do então secretário municipal de saúde. A organização da comunidade para apoiar estas solicitações é importante para mudar esta realidade.

As atividades grupais de educação preventiva devem demorar pouco tempo, já que as condições climáticas na região, não permite permanência prolongada nas instalações da UBS tornando-se sufocante, assim como na UBS não existe um local climatizado para o bom acolhimento da comunidade. Unicamente dentro do consultório aconteceram reuniões educativas, focadas na informação e prevenção a saúde dos usuários, o que limita o número de participantes, pelo que foi aproveitado o tempo durante a consulta e se educou o orientou a cada um. Uma comunidade organizada em apoiar estas demandas daria o acondicionamento adequado para trabalhadores e usuários.

O trabalho em conjunto com o NASF, por meio das consultas com a educadora física, psicóloga, nutricionista, fisioterapia, deixou satisfação para os usuários e os profissionais, pois antes, a interação com as equipes Estratégia Saúde da Família ficava mais distante e os usuários não sabiam que podiam receber estas orientações.

No final da intervenção os usuários entenderam o porquê do intervalo de retorno para as consultas agendadas para consultar com o médico e com o enfermeiro. A equipe assumiu a importância do monitoramento constante e semanal para o controle das listas dos pacientes programados e os faltosos, para ser procurados nos seus domicílios. Tudo isto deixou satisfação nos usuários e maior confiança nos servidores da UBS.

Foi proposto registrar e acompanhar regularmente pacientes com hipertensão e diabetes maiores de 20 anos de idade, num total de 60% tomando como base número estimado de pessoas com estas enfermidades para o ano 2015. Assim como mencionado no começo, poucos usuários eram atendidos repetidas vezes e o acompanhamento era inadequado. No final da intervenção se consegue registrar e acompanhar adequadamente 24 % hipertensos e 37% diabéticos, não

conseguimos registrar nem a metade do planejado, no entanto para a diabetes chegamos perto dos 60%, superando a media planejada em comparação a hipertensão. Também realizamos o mapeamento da área, como produto do controle a ação programática intervinda, pelo que conhecemos a ubiquação do domicilio de cada usuário.



Figura 32. Terreno da área de cobertura da equipe alagável.

A intervenção fez com que os usuários do programa de atenção ao Hipertenso e Diabético sejam cuidadosamente acompanhados, o que está gerando a proximidade de usuários ausentes há muito e que não compareciam na UBS, em perigo de sofrer intercorrências críticas, levando a consultas de emergência e desfechos indesejáveis de saúde, inclusive morte, e hoje se vê maior participação e confiança do usuário na equipe e no serviço. Cada paciente atendido conhece sua situação de saúde e os aspectos pessoais que afetam a evolução da sua doença respeito aos seus hábitos e que podem contar com o apoio da equipe multidisciplinar da UBS, que os ajudarão a modificar hábitos que irão favorecer o controle da doença e aliviar sintomas. Os usuários conhecem o grau de risco cardiovascular e o que isto significa para sua saúde, sabem que o estoque de remédios ao tratamento, será apenas para um mês e que no seu retorno deverá consultar com o enfermeiro, referindo sintomas. Sabe ainda, em que situações de doença concomitante deverão retornar para consulta médica e, a forma de marcar consulta agendada, por meio das agentes comunitárias de saúde. Os usuários foram orientados respeito ao intervalo de tempo para realizar exames de laboratório para melhor vigilância a sua saúde.



Fig 33. Promoção e prevenção durante ação na comunidade sobre HAS/DM.

Os usuários se sentem bem cuidados, e manifestam seu agrado quando cobrados pela equipe em relação ao retorno para a consulta. E avisam quando a mudança de domicilio, pois entendem a importância da territorialização para as equipes de saúde da família da comunidade.



Fig. 34 Rastreamento ativo de Hipertensos e Diabéticos na comunidade

O acompanhamento regular e programado dos usuários, evita filas de madrugada para separar consulta na demanda espontânea.

É importante o apoio da comunidade na permanência da qualidade alcançada no atendimento, preocupando-se com a responsabilidade de cuidar a própria saúde e se organizar para maior participação nas decisões das ações em saúde na UBS, na comunidade e no município.

A ação poderia ser reproduzida, melhorando o atendimento das crianças, as mulheres, homens, idosos e nas escolas. Também copiada nas outras duas equipes da UBS, pois houve interesse por parte dos colegas das outras equipes, assim como houve interesse dos usuários das outras áreas de Cacau Pirêra.



Fig. 35 Atendimento domiciliar

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O estudo dos protocolos de atenção ao grupo foi norteador para as observações diagnósticas tanto aos usuários como a equipe e também para a intervenção em vista ao aumento da cobertura e qualificação da equipe, como esperado nas expectativas no início do curso.

Organizar as ações foi um desafio junto com as dificuldades que se apresentaram, fica um aprendizado pessoal e profissional enriquecedor.

A análise final, de todo o processo ordenado e sequencial da especialização, fez com que sejam motivadas reflexões ao respeito do trabalho desenvolvido dentro

das equipes de saúde do município e da secretaria municipal de saúde, observação crítica, na vez frustrante em vista da contaminação político administrativas observada nas ações ao cuidado da saúde da comunidade, o que lembra o nosso compromisso e dever responsável ao cuidado da saúde, na atualização e qualificação constante.

A formação continuada e uma atribuição base de cada membro das equipes ESF, sem ela os conhecimentos técnicos podem ser esquecidos, desatualizados ou ignorados. No caso específico da atenção ao Hipertenso e Diabético, as orientações do curso e a metodologia da intervenção adjuvaram estrategicamente para fixar tais conhecimentos em todos que participamos na intervenção. Por outro lado conseguimos enxergar criticamente o próprio desempenho na atenção básica e começar a corrigir toda inadequação do nosso trabalho. Concluímos que sem o apoio pedagógico do curso, continuaríamos exercendo o modelo de atendimento assistencialista, que é a realidade da maioria das UBS no município. Comentamos as observações com os coordenadores de atenção básica do município, a importância da capacitação e formação continuada, a padronização dos saberes e práticas nos serviços de saúde do município, reconhecendo dadas chaves na produção das equipes, que podem por si só, falar da qualidade de atendimento a ESF, eles reconheceram as falhas, assim como nos, pelo que desde o começo deste ano reuniões de capacitação vem sendo realizadas. A transformação do serviço em saúde o tornou mais sensível com a necessidade social, a atualização em cursos como este, deveriam ser obrigatórios para todos os membros das equipes ESF.

8 Referências

MINISTERIO DA SAUDE, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília 2012.

MINISTERIO DA SAUDE, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. 2015 .

Brasil. Portal Amazônia. Amazônia de A a Z. Iranduba, município do Amazonas. Disponível em: www.portalamazonia.com.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br

Brasil. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município - IRANDUBA/AM, Janeiro de 2010 a Setembro de 2015. Disponível em: dab.saude.gov.br

Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – IDH dados por município agosto 2013. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia 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 B - Planilha de coleta de dados

Planilha de coleta de dados HAS e DM 310714 [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Denise Bermudez

A4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																	
Índice para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o estado clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares e um dia de acordo com o protocolo?	O paciente recebeu todos os medicamentos?	Todos os medicamentos estão de acordo com a lista do Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de tratamento odontológico?	O paciente está fazendo fisioterapia de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com cadastro incompatível?	O paciente está com registro adequado na ficha de compatibilidade?	A atualização do risco cardiovascular por exames de laboratório foi realizada?	O paciente recebeu orientação sobre a importância de manter a atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre o risco do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre a importância de manter a atividade física regular?
Orientações de preenchimento	1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	

PRONTO

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Desenvolvedor

Recortar Copiar Área de Transferência Fonte Alinhamento Número Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilo Inserir Excluir Formatar Limpar AutoSoma Preencher Classificar e Filtrar Editar

CS

DIGITE APENAS NAS CÉLULAS EM VERDE.					
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)					Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)					Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção					
*Estimativa no território					
População total					Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0				Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5. Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0				
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0				

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

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