

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS/USA Balbina Mestrinho, Manaus/AM**

Carlos Rafael Duany Miranda

Pelotas, 2015

Carlos Rafael Duany Miranda

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS/USA Balbina Mestrinho, Manaus/AM**

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

Orientador: Luciane Soares Seixas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M672m Miranda, Carlos Rafael Duany

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/Usa Balbina Mestrinho, Manaus/Am. / Carlos Rafael Duany Miranda; Luciane Soares Seixas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Seixas, Luciane Soares, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha mãe Ana Cristina, a minha filha Victoria.

Agradecimentos

A minha mãe Ana Cristina, por seu amor e apoio incondicional em todos os momentos.

A minha filha Victoria, por ser o motor impulsor que faz de cada dia uma razão para lutar.

A minha colega de trabalho Tatiana Pereira por seu apoio constante.

Aos meus amigos e a toda equipe de saúde que fizeram possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora, por todo o apoio e por acolher todas as minhas dúvidas.

Resumo

Duany Miranda, Carlos Rafael. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USA Balbina Mestrinho, Manaus/AM.** 2015. 94 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas frequentes na atualidade. São responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade e altos custos para os sistemas de saúde. Essa multiplicidade de consequências as colocam na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida. Diante desse cenário uma intervenção pela equipe de saúde da Unidade de Saúde Ambulatorial Balbina Mestrinho no Bairro Cidade Nova, Manaus Amazonas, com o objetivo de melhorar a atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais nessa unidade, melhorar a qualidade da atenção e o registro de informações, melhorar a adesão, manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover ações de educação em saúde para eles. Foi desenvolvida no período de março a junho de 2015 (16 semanas). As ações desenvolvidas durante a intervenção foram descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso (qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização e gestão do serviço). Conseguiu-se cadastrar e acompanhar 267 hipertensos e 189 diabéticos. Embora a cobertura não tenha sido alta 6,9% e 17%, respectivamente para hipertensão e diabetes demonstrou-se que este tipo de programa pode ser desenvolvido no modelo de unidade de saúde como o nosso e que com reorganização das estratégias pode-se atingir uma cobertura melhor. Para abordagem dos usuários foi feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade. Foram implementadas várias ações para aumentar a cobertura do programa e manter as metas de qualidade; foram desenvolvidas atividades voltadas para educação em saúde de forma permanente. Com a intervenção melhoramos de forma significativa as condições de saúde e de vida da população da área de abrangência, foi possível reorganizar as atribuições da equipe na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos assim como melhorar a qualidade dos registros e o agendamento deles. A realização da intervenção e a reflexão nos permitiram melhorar o trabalho em equipe e alcançar maior união entre todos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Foto da Unidade de Saúde Ambulatorial externa	12
Figura 2	Foto da Unidade de Saúde Ambulatorial interna	13
Figura 3	Fotografia da farmácia da USA Balbina Mestrinho	13
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. Manaus-AM, 2015	62
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos moradores no território e cadastrados no programa. Manaus-AM, 2015	63
Figura 6	Atendimento clinica ao hipertenso na USA Balbina Mestrinha	64
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, MANAUS-AM, 2015.	68
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabético com necessidade de atendimento odontológico, MANAUS-AM, 2015.	69
Figura 9	Fotografia da consulta de odontologia na USA Balbina Mestrinho	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAPS	Centro de atenção psicossocial
COE	Centro Oftalmológico Especializado
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenções Básicas
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USA	Unidade de Saúde Ambulatorial
USF	Unidade de Saúde da Família
DISAN	Distrito de Saúde Norte

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussão	76
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	86
Referências	87
Anexos.....	90

Apresentação

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho consistiu em uma intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais na USA Balbina Mestrinho do município de Manaus. Esta intervenção forma parte do Curso de Especialização em Saúde da Família que começou no mês de junho de 2014, com as primeiras tarefas; e concluiu no mês de outubro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais:

Na primeira parte inclui a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso, na qual se inseriu um texto inicial sobre a situação da ESF/APS. Depois descrevemos outro texto relatando a Análise Situacional da unidade de saúde, apresentando a estrutura da unidade, a composição da equipe e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. E por último, apresento um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

A segunda parte contempla a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. Começa pela justificativa da intervenção, seguido dos objetivos gerais e específicos, as metas, a metodologia, o detalhamento das ações descritas segundo os quatro eixos programáticos do curso, os indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos no primeiro texto as ações que foram previstas e desenvolvidas, no segundo texto as ações que foram previstas e não desenvolvidas, no outro os aspectos relativos à coleta de dados e finalmente a viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.

Na quarta seção encontra-se a avaliação da intervenção, na qual relatamos quais foram os resultados obtidos durante a intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na discussão abordamos o significado dos resultados obtidos para a comunidade, para

os serviços e para o profissional da saúde. Terminando essa etapa com um relatório para a comunidade e outro para os gestores.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, encontram-se os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho em uma unidade de saúde localizada em Manaus, especificamente em Cidade Nova. Esta classificada como uma Unidade de Saúde Ambulatorial (USA). Situada na Rua 17 nº 170, Bairro Cidade Nova II Núcleo 3, Manaus – Amazonas. Reinaugurada em 13 de Março de 2013, com horário de Funcionamento de 07h às 21h, de Segunda feira á Sábado.

Esta unidade está constituída por uma recepção com amplo espaço dividida em sala de espera para uma melhor acomodação dos usuários. A mesma ainda dispõe de uma sala de acolhimento com a finalidade de acolher os usuários aos quais necessitam de um atendimento mais qualificado como os resultados de exames positivos para Tuberculose, HIV/AIDS onde cabe ao Serviço Social e enfermeiros (as) esta função.

Além disso, têm dois Consultórios de enfermagem, três consultórios clínicos, um consultório pediátrico, um consultório ginecológico, um consultório de ultrassonografia; dois consultórios odontológicos, um consultório de serviço social, um sala para agendamento SISREG, um Sala de eletrocardiograma, um sala de Raios-X, um sala de vacina, um sala de curativo, um sala de inalação, um sala de triagem, um sala de medicação, um Sala de esterilização, um Sala de produção, um sala de administração, um Sala de direção, um auditório e seis banheiros.

Esta unidade de saúde está constituída por: nove médicos (as) clínicos, dois médicos na ultrassonografia, três médicos ginecologistas, uma médicas pediatra, quatro cirurgiões dentista, nove enfermeiras, trinta e cinco técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de consultório dentário, três assistentes sociais, cinco assistentes administrativos, três farmacêuticos, doze auxiliar de serviços gerais, três lavadeiros, três copeiros e uma gestora.

Dentro do total dos médicos clínicos gerais há dois médicos do programa Mais Médicos. Aqui atendemos usuários agendados durante 8 horas de trabalho. Não realizamos atendimento de gestante nem usuários pediátricos porque são agendados para consultas de ginecologia e de pediatria respectivamente.

O pessoal que colabora para que nosso trabalho seja adequado. A população está muito agradecida pelo serviço prestado. Durante esse tempo nós atendemos usuários a demanda espontânea. Damos orientações para um melhor

controle das doenças e fazemos encaminhamento para os especialistas de acordo com a necessidade do usuário.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus foi fundada na margem do rio Negro, encontrando-se no norte do país, é o oitavo município Brasileiro mais populoso com 2.020.301 habitantes de acordo com estimativas do instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), é a trigésima cidade mais populosa da América e está entre os cinco municípios de mais crescimento econômico do Brasil, sendo seu principal motor econômico a zona franca de Manaus, tem um grande polo turístico desenvolvido tornando-se uma das cidades mais visitadas.

O município conta com 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e cinco ampliadas, 144 Unidade de Saúde da família (USF) com Estratégia da Saúde da Família (ESF) de 19 USF rurais. Ainda contamos com 17 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com atenção especializada, por uma rede de hospitais representados por cinco maternidades, três Centro Oftalmológico Especializado (COE), um Centro de Fisioterapia e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Contamos com boas disponibilidades de exames complementares com um laboratório por cada distrito, em total são quatros laboratórios clínicos e um laboratório de exames de cito patológico.

A unidade de saúde a qual trabalho é urbana; está localizada no município de Manaus do estado do Amazonas. Classifica-se como uma Unidade de Saúde Ambulatorial, pelo sua estrutura e funcionalidade. Trata-se de uma unidade com um modelo de atenção tradicional, que mantém relacionamento adequado com o Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser classificada como USA, não existe equipe de saúde da família típica de uma Unidade Básica de Saúde, porém conta com uma equipe multiprofissional que presta serviço variado à comunidade como: médicos clínicos, ultrassonografias, ginecologista, pediatra, cirurgiões dentista, enfermeiros, assistentes sociais, assistentes administrativos, farmacêuticas, auxiliar de serviços gerais, gestora, copeiros, lavadeiros, técnicos de enfermagem, e profissionais de serviço terceirizado de radiologia.



Figura 1: Foto da Unidade de Saúde Ambulatorial externa

A Unidade tem muitos serviços para atenção da população. Está formada por uma recepção com amplo espaço dividida em sala de espera para uma melhor acomodação dos clientes. A mesma ainda dispõe de uma sala de acolhimento com a finalidade de acolher os usuários aos quais necessitam de um atendimento mais qualificado como os resultados de exames positivos para tuberculose, HIV/AIDS onde cabe ao serviço social e enfermeiros (as) esta função.

Conta com consultórios de enfermagem, consultórios clínicos, pediátrico, ginecológico, de ultrassonografia, odontológico e de serviço social. Também tem salas para agendamento SISREG, de eletrocardiografia, raios-X, vacina, curativo, inalação, triagem, medicação, esterilização, administração e direção. Ademais tem um auditório.

A estrutura física desta unidade está adequada para o tipo de atividade a qual até hoje esta sendo realizada por ser classificada como Unidade de Saúde Ambulatorial. Com relação à distribuição estrutural voltada quando se refere a uma Unidade Básica de Saúde pode-se julgar que atrapalha o desenvolvimento do trabalho na unidade porque não ajuda para executar o trabalho como equipe

estratégia saúde da família, uma vez que nas Unidades Básicas de Saúde se trabalha com ações programáticas.



Figura 2: Foto da Unidade de Saúde Ambulatorial interna



Figura 3: Fotografia da farmácia da USA Balbina Mestrinho..

Considero como estratégias que poderão ser utilizadas para superar ou minimizar estas deficiências a redistribuição do espaço disponível na unidade segundo o pessoal que vai trabalhar na atenção do usuário, tendo em colocação que a execução das atividades próprias da equipe de saúde precisa de fluxo livre, rápido através do espaço da unidade. Também a necessidade de pessoal preparado para desenvolver o trabalho com a comunidade, para isso capacitação dos profissionais e a formação de equipes de saúde.

Como relatado anteriormente, na unidade não existem equipes de estratégia saúde da família, a atenção aos usuários da comunidade é do tipo demanda espontânea. Ademais não dispomos de profissionais da Unidade de Saúde Ambulatorial que participem do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, temos poucos lugares onde nossos profissionais realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência, não se realiza pequenas cirurgias, atendimento de urgências/emergências, cuidado domiciliar, existem poucos grupos na comunidade e poucos profissionais participam das atividades de grupos, e não existem profissionais que promovam a participação da comunidade no controle social. Tampouco existem profissionais que identifiquem parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações Inter-setoriais com a equipe.

Não poderemos identificar os grupos da comunidade expostos a riscos, as famílias expostas a riscos, nem os indivíduos expostos a riscos, tampouco poderemos identificar os grupos do agravo como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e outras. Assim muitos usuários deixarão de ser pesquisados, diagnosticados e tratados adequadamente em tempo hábil.

Devido às características organizativas e ao tipo de unidade, não é possível fazer outros tipos de atividades que são importantes como as visitas domiciliares. Assim se veem afetados os usuários, pois não contam com esta atenção nos seus domicílios que garante melhor saúde para eles como tratamento com nebulização, orientações sobre saúde, tratamento da pressão arterial, prevenção por vacinação, revisão puerperal e outras mais.

No caso desta unidade somente se realizam atividades nas suas dependências internas, e em escolas próximas em determinadas campanhas como as de vacinação do HPV, poliomielite. Existem também outros lugares como

espaços comunitários, igrejas e indústrias onde poderiam fazer estas atividades. Isto constitui uma limitação ao cuidado da saúde dos usuários de nossa comunidade.

Na unidade existem somente os grupos de diabéticos, hipertensos e pré-natal que não funcionam adequadamente. Isto limita as atividades no cuidado da saúde de muitos usuários na comunidade no que se diz respeito à saúde preventiva uma vez que atendemos todas as faixas etárias (idosos, adultos, crianças, adolescentes). Precisa-se de formação de grupos de adolescentes, combate ao tabagismo, idoso, planejamento familiar e outros muitos importantes para mudar o estado de saúde da comunidade. Poucos profissionais participam nas atividades dos grupos comunitários, limitando-se assim as orientações sobre saúde, e afetando-se a qualidade da atenção médica integral.

Todos os profissionais que trabalham na unidade se veem limitados a fazer este tipo de atividade social na comunidade devido ao modelo estrutural e funcional. Os usuários se veem afetados e a comunidade não fomenta a possibilidade do controle social sobre a saúde.

Para poder realizar este tipo de processo é necessário conformar equipes de saúde típicas das unidades básicas de Saúde, assim se poderia fazer um maior controle, mapeamento e territorialização da comunidade, detectando as doenças, fazendo diagnóstico em tempo e tratamento oportuno que melhorassem o estado da saúde da comunidade. E se poderiam incentivar mais profissionais para fazer as atividades dos grupos. Deve-se buscar um espaço de tempo da unidade para fomentar o desenvolvimento dos grupos.

Poderia aumentar os lugares relacionados aos espaços físicos como espaços comunitários, igrejas e indústrias que ficam próximo da comunidade e que nossa unidade atende. Isso aumentaria as pesquisas das doenças crônicas, mudaria estilo de vida da população, entre outras coisas a mais.

O número de habitantes na área adstrita é de 21.845 usuários. Partindo desse dado se poderiam obter os denominadores demográficos estimados. Para favorecer o trabalho com a ESF precisa-se reestruturar o modelo atual ambulatorial, construir Unidade Básica de Saúde, capacitar o pessoal para desenvolver este tipo de medicina, formar equipe de saúde onde cada elemento tem uma função determinada e importante.

O acolhimento da população é feita de forma coletiva e realizado na recepção, onde os usuários estão aguardando para ser encaminhado ao seu

respectivo atendimento. Baseia-se em uma orientação de como a unidade está desenvolvendo as atividades do dia, de como será encaminhado à retirada dos prontuários, do tempo de espera, das prioridades com objetivo de estabelecer um bom diálogo e uma melhor comodidade do usuário no interior da unidade.

Também o acolhimento é realizado de forma individual baseia-se em uma conversa em lugar reservado e restrito somente entre o profissional enfermeiro e o usuário, que haja a necessidade de orientação restrita a um determinado assunto, resultado de exame ou confirmação de alguma patologia e que requeira um tratamento supervisionado, acompanhamento rigoroso para que o usuário restabeleça sua saúde como um todo.

Além disso, existem dificuldades para fazer o acolhimento e um bom manejo do excesso de demanda. Acontece que o lugar onde realizar o acolhimento é muito pequeno com relação ao total de usuários que vai ser atendido pelos profissionais. E ficam juntos todos os usuários independentemente do tipo de consulta que eles vão ter. Considero que se trata de um problema de espaço, um problema estrutural que só poderia ser resolvido com a remodelação do local ou a construção de mais unidades básicas de saúde na comunidade possibilitando que muitos usuários compareçam às consultas nas unidades de saúde onde também se executa o acolhimento.

Quando existe um excesso de demanda realiza-se uma conversa com os usuários, que são orientados quanto às desistências e aos encaixes do dia, levando-se em consideração as prioridades das gravidades da procura. O diálogo onde ambas as partes fiquem satisfeitas, e que por muitas das vezes são compreendidas.

O caderno da criança aborda as orientações do processo de trabalho e sua organização das ações voltada à saúde da criança, como supervisão de imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, alimentação saudável e outros. Porém, por conta da especificidade a qual caracteriza uma Unidade Básica de Saúde de porte ambulatorial, não se segue o Protocolo do Ministério da Saúde por não estar implantado o “Programa Saúde da Criança”. Contudo realiza-se o atendimento com o profissional médico pediatra o qual é ofertado de uma forma de “livre demanda” assim facilitando o acesso do usuário com objetivo de realizar um acompanhamento de primeira consulta até 15 dias de nascido, sendo encaminhada para realizar o Teste do Pezinho na própria unidade, imunização com vacinas BCG e Hepatite B e dando início ao esquema vacinal

oferecido pelo Ministério da Saúde, e assim facilitando também as consultas subsequentes.

A unidade conta com consulta de pediatria, mas devido às características funcionais é impossível levar o programa da Saúde das crianças, de acordo com o protocolo do Ministério da saúde.

Do total de 461 crianças residentes na área, 100% tem consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Isto acontece porque não existe o programa de puericultura estabelecido na unidade, e a pediatra faz o seguimento regular de puericultura só em recém-nascidos de 15 dias, as outras crianças também fazem o seguimento de puericultura, mas não é de acordo à programação estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Verifica-se que existe um total de 87% de atraso da consulta agendada em mais de sete dias, porque não temos programação estabelecida. O restante que não apresentam atraso são as crianças menores de 15 dias que comentei anteriormente.

E quanto ao teste do pezinho até sete dias, a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, a orientação para aleitamento materno exclusivo e a orientação para prevenção de acidentes, se cumpre em 100%, pois forma parte da consulta que a pediatra faz durante suas frequências na unidade.

Nesta unidade não fazem triagem auditiva. O monitoramento do crescimento na última consulta e o monitoramento do desenvolvimento na última consulta se faz em 73% das crianças. Durante as consultas de pediatria, já por causa de puericultura ou por alguma doença, a maioria das vezes se verifica o crescimento e o desenvolvimento das crianças. As vacinas estão em dia no 99% das crianças. Existem algumas crianças ainda com atraso de vacinação, mas são crianças maiores de um ano. Todas as crianças menores de um ano estão vacinadas. Precisa ser implantado o programa na unidade, capacitar os profissionais pra realizar o preenchimento correto na caderneta de vacina. Quanto à avaliação de saúde bucal apenas 12% dos casos são referidos pela consulta de pediatria. Para poder responder as informações foi muito difícil por não existir alimentação de informações no sistema e preenchimento de procedimentos na produção.

A estimativa de gestantes na área de abrangência é 327, todas são acompanhadas. Do total de grávidas que recebem atenção médica, 92% iniciaram consultas no primeiro trimestre da gravidez e foram solicitados também todos os exames laboratoriais preconizados em tempo. As vacinações tanto antitetânica

como de hepatite B se cumpre em 98% das grávidas. A prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo de atenção pré-natal, o exame ginecológico por trimestre, a orientação para aleitamento exclusivo se cumpre em 100 % das grávidas atendidas.

Apesar de não ter uma Unidade Básica de Saúde, considero que se cumprem com o seguimento as grávidas. Considero também que precisaria aumentar a cobertura de recursos humanos para melhorar a quantidade destas consultas e também aumentar o número de grávidas atendidas.

A atenção às grávidas limita-se às consultas na unidade. Não existe uma atenção maior para essas usuárias, não existem as visitas domiciliares, as atividades de educação em saúde e à participação dos diferentes membros da equipe de saúde da família.

A cobertura da atenção ao pré-natal que existe na unidade é aceitável, mas considero que deveria melhorar. Poderia melhorar o número de profissionais médicos para a assistência à grávida, aumentar o tempo para este tipo de atenção, elaborar equipe para fazer visitas domiciliares, educação sobre saúde e fomentar grupos de grávidas onde o pessoal capacitado possa orientar melhor estas usuárias.

Sobre o controle do câncer de colo do útero é necessário explicar que não temos o programa correspondente na unidade. Mas o serviço de coleta da amostra para análise do colo do útero existe na unidade. Tem uma frequência de três vezes por semana com um total de 12 por dia.

De um total de 4624 mulheres estimada de 25 a 64 anos residente na área, só 1102 (24%) fizeram controle mediante a coleta da amostra de células do colo do útero (isto foi desde janeiro até dia 6 de outubro de 2014). Mas não existe um controle dos nomes das usuárias e de outros dados que ajudem a um melhor controle da sequencia do seguimento anual ou cada três anos segundo o programa do Ministério da Saúde. Ainda se detectou que só 10 usuárias apresentaram exame citopatológico para câncer de colo de útero com resultado positivo.

Por isso é difícil ter um dado verdadeiro sobre o número de mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso, e com avaliação de risco para câncer de colo de útero. Ainda assim, sempre o profissional de saúde da unidade faz orientações sobre prevenção de câncer de colo

de útero e sobre doenças de transmissão sexual aos 100% das mulheres que vão fazer o exame.

Do total estimado de usuárias femininas entre 50 e 69 anos residentes na área que foi de 1073, mas, apenas 35% (377) são acompanhadas para prevenção de câncer de mama. Este dado obter-se do total de usuárias femininas que solicitam exames clínicos das mamas quando acodem para realizar-se citologia preventiva e durante as consultas de mastologia. Mas não existe um registro sobre o exame físico das mamas nem sobre as mamografias solicitadas. Por isso é difícil conhecer os números de usuárias femininas com mamografia em dia, mamografia com mais de três meses em atraso, avaliação de risco para câncer de mama, e orientações sobre prevenção do câncer de mama.

Com relação à Hipertensão Arterial estima-se pela população total que há 3877 usuários residentes na área de abrangência. Mas, apenas 2109 são acompanhados, nesse caso a cobertura é 54%. Acontece a mesma coisa com os usuários com Diabetes Mellitus. Consultam-se cada vez mais usuários que tem critérios para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, que chegam ao nosso serviço por outra causa, e não se efetua nenhum registro e controle adequado.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área, não parece adequada a minha realidade. Este dado se conhece por conta das produções do trabalho médico, e não pelos registros que devem existir na unidade. É impossível fazer uma avaliação completa da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica.

Reconheço a importância do controle da hipertensão arterial sistêmica e que para fazer isso se precisa da execução dos programas do Ministério da Saúde. O certo é que para essa execução também se precisa de uma estrutura e funcionamento adequado para a unidade onde se desempenha o profissional médico com sua equipe de saúde.

Nesta unidade a assistência médica a este grupo de usuários não é realizada em dias fixos. O usuário é agendado para a consulta, onde há um profissional destinado para executar o controle, só que não existe preenchimento dos registros que são destinados para este fim. Por essa questão foi impossível obter as informações necessárias para avaliar as ações de saúde.

Precisa-se melhorar esta questão. Reformular todo o mecanismo da atenção médica e de enfermagem aos hipertensos. Para isso necessita-se implantar os

registros por pastas, capacitação dos profissionais, cadastrar todos os usuários do hiperdia, implantações as reuniões com o grupo do hiperdia, formação de equipes de saúde familiar.

Com relação à Diabetes Mellitus se estima um total de 1108 usuários, mas, apenas 144 (13%) usuários diabéticos são acompanhados; registrados através de planilhas da farmácia e um livro de registro das enfermeiras, mas que não tem um cadastro e um controle da saúde adequado segundo o protocolo do Ministério da Saúde. Este valor é maior, devido a que muitos diabéticos vão por outras doenças para receber o serviço e não efetua registro adequado.

Acontece mesma coisa que com os usuários com hipertensão arterial sistêmica.

Este dado se conhece por conta das produções do trabalho médico, e não por registros que deveriam existir na unidade. É impossível fazer uma avaliação da qualidade da atenção por conta das inexistências dos registros necessários.

Considero que as medidas para melhorar a atenção a este grupo pode-se implantar os registros por pastas, capacitação dos profissionais, cadastrar todos os usuários do hiperdia, implantar as reuniões com o grupo do hiperdia, formação de equipe de saúde.

É importante a atenção a este tipo de usuário que com frequência acodem às consultas em busca de solução para seus problemas de saúde e que muitas ocasiões o profissional não faz uma avaliação integral do usuário, objetivando detalhes importantes que afeta a saúde dele e que muitas vezes não são as razões por qual ele acodem à consulta.

Com relação ao programa de atenção da pessoa idosa é preciso expressar que não temos equipe de saúde que faz a atenção aos idosos, às visitas domiciliares necessárias; não temos um controle sobre o número verdadeiro do total de usuários acima de 60 anos e na área, não temos cadastro dos usuários, não se realiza um seguimento, programação de próxima consulta nem avaliação integrais multidisciplinares.

Obeve-se uma estimativa de 1319 usuários de 60 anos e mais residente na área. A realidade na área é muito diferente, pois existe registrado mediante as produções dos mapas de atendimentos, um total de 417 usuários para 32%. Eu considero que se executasse o programa com os protocolos de atendimento ao usuário idoso, o número registrado seria maior.

Só obter-se a quantidade de usuários idosos que tem hipertensão arterial sistêmica (74%) e que tem diabetes mellitus (27%), partindo do total de usuários de 417.

Não foi possível obter dados como a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realização de Avaliação Multidimensional Rápida, acompanhamento em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, avaliação de saúde bucal em dia. Considero que se existisse o programa de atenção a este tipo de usuário seria possível ter um maior controle, e com isso uma maior ação de saúde.

Eu considero que a cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada na área é deficiente. Os usuários idosos vão a consulta por necessidade de receber uma atenção a sua saúde sobre uma doença específica, e não para receber uma avaliação integral de sua saúde. Seria produtivo fazer uma atenção onde os profissionais médicos fizesse uma avaliação integral que incluísse a detecção de fatores de risco, mudanças de estilos de vida, pesquisa de doenças crônicas e agudas, avaliação mental, física, tratamento de doenças que o usuário minimizasse por considerar menos importante, mas que afeta o estado de saúde. Também fazer trabalho com a comunidade e a família do usuário.

Partindo de que na unidade tem uma estrutura e funcionalidade típica de uma unidade de saúde ambulatorial, é difícil executar muitos programas que o Ministério de Saúde implementa para melhorar a saúde da população de Brasil. O fato de ser difícil não significa que seja impossível. Por isso considero que uma boa organização do horário laboral e do pessoal disponível poderá ajudar. Deve-se organizar equipe para a atenção deste tipo de usuário, implantar registros para cada tipo de atenção, deve-se capacitar os profissionais para possibilitar. Uma maior qualidade na atenção médica, cadastrar todos os usuários idosos que chegam as consultas, implantações de reuniões com o grupo de atenção ao idoso.

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

Analisando o primeiro texto sobre *Qual a situação da ESF/APS em seu serviço* percebo que tive ao início um conhecimento escasso sobre a verdadeira situação da unidade onde eu trabalho. Durante todas as atividades programadas por parte da especialização, o preenchimento dos questionários e as questões reflexivas foi possível observar com mais detalhes a realidade da unidade. Posso dizer que a análise situacional foi de grande importância para conhecer profundamente a estrutura da UBS, o trabalho realizado pela equipe de saúde, os programas existentes e as dificuldades existentes no serviço, assim como as características da população.

Nesta unidade não houve mudanças nem estruturais nem funcionais devido ao modelo da unidade, o qual é muito distante de serem similares as UBS. Através das tarefas e atividades feitas durante a especialização observa-se mais detalhadamente o funcionamento da unidade, as limitações do trabalho para fazer medicina familiar, impossibilidade de ter atividades com a comunidade, impossibilidade do desenvolvimento de muitos dos programas do Ministério da Saúde adequadamente e a inexistência de equipes de saúde familiar.

Ademais existe uma maior visão da realidade da situação da unidade, avaliada por dados numéricos e qualitativos que deixa ver as possíveis soluções para melhorar a atenção à população, permitindo elaborar estratégias para melhorar meu trabalho e oferecer uma melhor atenção à população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um dos principais agravos que acometem a população na atualidade são as doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Estas patologias são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, e altos custos para os sistemas de saúde. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS e o DM na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

A Unidade de Saúde Ambulatorial (USA) em que atuo Balbina Mestrinho encontra-se no Bairro Cidade Nova, e é uma unidade tradicional e urbana. Esta unidade não dispõe de equipe de Estratégia da Saúde da família, mas tem nove médicos clínicos, dois médicos na ultrassonografia, três médicos ginecologistas, uma médica pediatra, quatro cirurgiões dentista, nove enfermeiras, trinta e cinco técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de consultório dentário, três assistentes sociais, cinco assistentes administrativos, três farmacêuticos, doze auxiliar de serviços gerais, três lavadeiras, três copeiros e uma gestora. Esta unidade está constituída por uma recepção com amplo espaço, dividida em sala de espera para uma melhor acomodação dos usuários. A mesma ainda dispõe de uma sala de acolhimento, conta com consultórios de enfermagem, consultórios clínicos, pediátricos, ginecológicos, de ultrassonografias, odontológicos e de serviço social. Possui salas para agendamento, através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), de Eletrocardiografia, Raios-X, vacina, curativo, inalação, triagem, medicação, esterilização, administração, direção e um auditório. A estrutura física da unidade está adequada para o tipo de atividade que se realiza (assistência ambulatorial, demanda espontânea), classificando-se como Unidade de Saúde Ambulatorial, por o que não existe equipe de estratégia da saúde da família estabelecida. O número de habitantes na área adstrita é de 21.845 pessoas.

Com base na população da área 21.845, estima-se 1108 usuários com Diabetes Mellitus, mas, apenas 144 (13%) são acompanhados. Com relação à Hipertensão arterial estima-se 3877 usuários residentes na área de abrangência, mas, apenas 2109 (54%) são acompanhados. Os usuários geralmente chegam ao nosso serviço por outra causa, e não se efetua nenhum registro e controle adequado. Não há qualidade na atenção à saúde desta população, pois falta a implementação dos protocolos do Ministério da Saúde adequadamente, para que se desenvolva a assistência médica de maneira adequada, o controle desta população não tem a qualidade ideal por não possuir a rotina de preenchimento de informações e por não existir fluxograma dos programas; precisa-se de uma atenção mais integral que inclui visitas domiciliares e ações de promoção a saúde. Não existem ações de saúde desenvolvidas na unidade sobre esta população alvo.

Considero que a intervenção é muito importante, pois irá ampliar a cobertura da atenção à HAS e DM na população da área de abrangência, sendo possível obter informações fidedignas, melhorar a adesão e registro das informações, realizar a classificação de risco do usuário cadastrado no programa, viabilizando a melhor resolutividade em tempo hábil para o tratamento do usuário.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USA Balbina Mestrinho, Manaus/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1- Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área de saúde.

Meta:

1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Manter a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Manter a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3- Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta:

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

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

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Meta:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta:

5.1. Manter a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Objetivo 6- Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta:

6.1. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde Ambulatorial (USA) Balbina Mestrinho, no Município de Manaus, estado Amazonas. Participarão da intervenção todas as pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial ou Diabetes residentes na área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Baseia-se em uma ferramenta de trabalho onde dará a visão de como estar sendo realizada a intervenção do plano proposto na unidade relacionada e na área de abrangência adstrita. Dessa forma, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde do usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Será confeccionado um registro específico para hipertensos e diabéticos com o nome, endereço, data de nascimento, idade, patologia, medicação em uso, e a data do retorno para a próxima consulta. O médico ficará responsável pela confecção, atualização e revisão do registro. Mensalmente as enfermeiras e o médico examinaram os prontuários clínicos, fichas complementares e registro específico do programa, identificando aqueles que estão com atraso na realização de exames complementares, assim como identificar os usuários com risco cardiovascular. Através da assistente social durante o acolhimento diário os hipertensos e diabéticos serão informados sobre o programa. O monitoramento das

ações será feito com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que são realizados na ficha de atendimento própria da USA, prontuários, cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, e fichas espelhos.

Organização e gestão dos serviços

Tem muitos hipertensos e diabéticos da área adstrita que já estão cadastrados no SIAB. O que vamos fazer agora é cadastra-los no programa de acompanhamento de saúde de hipertensos e diabéticos. Isso será feito no dia da consulta de Hiperdia na USA. Os casos novos de hipertensos e diabéticos serão cadastrados no SIAB e também no programa de acompanhamento. A priorização do atendimento será conseguida pelo agendamento prévio do atendimento e também pela abertura de vaga na demanda espontânea sempre que fora necessário. Essas atividades serão coordenadas pelas Enfermeiras e o Médico. Para ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos, buscando a meta de que 100% deles tenham pelo menos uma consulta de saúde bucal, será providenciado que todos os hipertensos e diabéticos durante a 1ª consulta de hipertensos e diabéticos deverão ser encaminhados à consulta odontológica, sempre explicando a necessidade da realização, assim como os benefícios que tem manter boa higiene bucal. Os hipertensos e diabéticos após sua consulta, sairá da USA com sua próxima consulta agendada.

Engajamento público

As ações a serem desenvolvidas na unidade, no eixo do Engajamento público, terá a Educação em saúde como seu ponto principal. Faremos encontros mensais com a comunidade nos quais serão repassadas orientações sobre o programa de melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos e quais os seus benefícios, além da importância da aferição da pressão arterial e observação dos fatores de risco para hipertensão e diabetes. A orientação da população sobre o programa será feito mediante a divulgação de cartazes que serão fixados em locais de grande acesso da população, o responsável será o médico.

Qualificação da prática clínica

Durante as reuniões da equipe, que ocorrem mensalmente, no período da tarde realizaremos a capacitação da equipe no acolhimento destes usuários, que será realizado por todos os profissionais da equipe, o responsável será uma enfermeira por dia sobre a supervisão da equipe da enfermagem, em todos os turnos de atendimento. As reuniões serão de leitura, discussão e realização de oficinas prática e encenação de atendimentos. Utilizaremos alguns materiais necessários para a capacitação tais como 12 canetas, 2 pacotes de borracha, 40 folhas A4 e pastas para anotações.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde dos hipertensos e diabéticos pretendemos melhorar os indicadores de qualidade para 100%, e assim ofertar atenção integral a todos os usuários cadastrados na USA.

Monitoramento e avaliação

Semanalmente o médico ou as enfermeiras realizarão o monitoramento das fichas espelho observando os registros de exame clínico apropriado, solicitação de exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada, além do acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia e necessidade de atendimento odontológico.

Em reunião de equipe prévia ao início da intervenção, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe, assim como acontecerá a organização das capacitações e nesta reunião será providenciado uma cópia impressa dos protocolos que serão utilizados na intervenção para ficarem disponíveis a todos os profissionais da equipe. O médico e as enfermeiras farão revisão das fichas espelho semanalmente para garantir que os usuários tenham os exames complementares solicitados.

Organização e gestão do serviço

A organização e gestão do serviço são fundamentais para conseguir realizar todas as atividades propostas. Trabalharemos nas Políticas de Humanização e ajustaremos nosso atendimento aos protocolos de atendimento dos hipertensos e diabéticos, na qual o médico e as enfermeiras serão as responsáveis. Em reunião com o gestor municipal, prévia ao início da intervenção, tentaremos garantir com a mesma agilidade na realização dos exames complementares assim como material necessário à tomada de medida da pressão arterial e hemoglicoteste. Os farmacêuticos serão responsáveis por realizar o controle do estoque de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus semanalmente, mas eles fazem o controle da medicação em geral mensalmente, assim como manter um registro das necessidades de medicação dos usuários cadastrados.

O médico fará avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. O técnico de odontologia organizará a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O responsável será a médico dentista.

Engajamento público

Em encontro do grupo de hipertensos e diabéticos e em um dos encontros mensais com a comunidade abordaremos a importância da qualificação do atendimento, da realização do exame clínico adequado, dos exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, do acesso a medicamentos e destacaremos a importância da manutenção da saúde bucal. Esses encontros serão feitos na Igreja, e nas escolas que ficam perto da unidade. Participaram todos os usuários hipertensos e diabéticos assim como as outras pessoas da área de abrangência que quiseram assistir, o responsável será uma das enfermeiras com o apoio dos líderes comunitários de saúde. Além disso, o médico orientará durante as consultas e também mediante conversas na sala de espera da unidade junto com a assistente social aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões mensais da equipe, onde faremos as capacitações, serão abordados temas como: a realização do exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares segundo o protocolo, atualização profissional para o tratamento da hipertensão e diabetes, capacitação da equipe para avaliação da necessidade de tratamento odontológico. As capacitações serão realizadas pelo médico, enfermeiras e dentistas, utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus, além do computador. As discussões acontecerão ao final da reunião realizada mensalmente, sendo os responsáveis uma das enfermeiras e o médico.

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Semanalmente o médico ou as enfermeiras irão monitorar nas fichas espelho o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, ao observarmos usuários em atraso nas consultas, imediatamente daremos a lista de nomes à assistente social para que seja feita a busca ativa dos mesmos ainda na semana em que foi identificado o atraso. Esta busca ativa vai ser através de telefone porque não dispomos de ACS para fazer visita domiciliar.

Organização e gestão dos serviços

Durante a reunião da equipe semanalmente, serão discutidas com a assistente social as ligações feitas na semana para os hipertensos e diabéticos faltosos a consulta. A agenda do programa terá duas consultas destinadas a esses usuários resgatados através das ligações, às quartas-feiras à tarde (por exemplo).

Engajamento público

Para fortalecer a adesão ao programa de melhoria da atenção a hipertensão e diabetes pretenderam fazer orientações educativas para informar à comunidade e pessoas sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos. Os debates serão realizados semanalmente os dias da consulta de hiperdia na mesma unidade de saúde, os responsáveis serão o médico e enfermeiras.

Realizaremos contato com associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo a importância de realização das consultas. Solicitaremos o apoio destes representantes no sentido de sensibilizar e esclarecer à população sobre a necessidade do atendimento priorizado e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Estes contatos serão feitos mensalmente na unidade com a participação de toda a equipe, tendo como responsável uma das enfermeiras, facilitando a adoção de estratégias para incorporar a todos os hipertensos e diabéticos ou programa. Além disso, a assistente social fará contato semanalmente com a comunidade para ouvir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Qualificação da prática clínica

Nas capacitações da equipe mensalmente faremos orientação sobre a periodicidade das consultas preconizada e sua importância, utilizaremos os manuais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que sejam utilizados por toda a equipe como referência na atenção aos diabéticos e hipertensos do programa. Cada membro da equipe estudará uma parte dos manuais e exporá o conteúdo sobre os temas relacionados às ações aos demais membros da equipe. As capacitações serão feitas no horário da tarde todas as quintas-feiras, a responsável será uma das enfermeiras.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Pretendemos melhorar a qualidade dos registros de informações do programa de melhoria da atenção à hipertensão e diabetes, mantendo estes atualizados durante as consultas, permitindo identificar as deficiências do atendimento para assim corrigir. No monitoramento semanal da intervenção, o médico ou as enfermeiras observarão, entre os outros aspectos, a qualidade dos registros.

Organização e gestão dos serviços

Uma das enfermeiras será a responsável de manter as informações do SIAB atualizadas, sendo que elaborará um resumo parcial que vai ser discutido mensalmente na reunião da equipe, em conjunto com o médico para acompanhamento dos resultados da intervenção. As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos e diabéticos serão monitoradas todas as semanas pelo médico. Ele organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. O sistema será avaliado semanalmente e discutido nas reuniões de equipe.

Engajamento público

Serão realizadas intercâmbios, rodas de conversas onde orientaremos aos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Estas atividades serão desenvolvidas na unidade de saúde com uma frequência mensal, sendo responsáveis pela assistente social e uma das enfermeiras, sob supervisão da enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Realizaremos treinamento antes do início da intervenção e numa das reuniões mensais de capacitação a toda a equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários da unidade de saúde, e capacitaremos a equipe da unidade para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O responsável será o médico.

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular de nossa área de saúde, primeiramente ofereceremos agenda aberta aos usuários em risco, além disso, serão disponibilizadas consultas diárias (dentre as disponibilizadas para a demanda espontânea) para priorizar esse grupo. No monitoramento semanal realizado pelo médico ou enfermeiras será verificada a realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano nas consultas.

Organização e gestão dos serviços

O médico priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Eles serão atendidos mensalmente em consulta. Os usuários com alto risco cardiovascular e com outras doenças cardiovasculares associadas serão encaminhados para receber avaliação com o cardiologista. Uma das enfermeiras e o médico serão as responsáveis de organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento público

As enfermeiras e médico realizaram um momento de orientações à comunidade sobre os fatores de risco, seu controle e a manutenção de acompanhamento regular para evitar as mobilidades dos agravos, além de conversas em sala de espera nos dias do grupo de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Para auxiliar a avaliação de risco dos hipertensos e diabéticos, treinaremos a todos os profissionais, antes do começo da intervenção na reunião da equipe para a identificação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As enfermeiras e o médico serão as responsáveis.

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Vamos acrescentar as ações de promoção e prevenção da hipertensão e diabetes mediante atividades educativas com a população e profissionais da equipe de saúde. Os temas que serão sobre orientação nutricional, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal os hipertensos e diabéticos.

Essas ações serão desenvolvidas nos dias de grupo com convite para a comunidade participar. As atividades coletivas serão registradas em livro específico para esse fim, com lista de presença incluída, e assim, serão monitoradas pelo médico e enfermeira mensalmente. O responsável pelo monitoramento dessas atividades será uma das enfermeiras.

Organização e gestão dos serviços

Solicitaremos aos gestores municipais, em reunião prévia a intervenção, a garantia da participação de nutricionistas, e educadores físicos para a realização dessas atividades.

Engajamento público

Faremos atividades que serão desenvolvidas nos dias de grupo com convite para a comunidade participar. Nessas atividades abordaremos assuntos como alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e etilismo e a importância da saúde bucal. Realizaremos as atividades na igreja e centros comunitários e solicitaremos às lideranças comunitárias que ajudem nesta tarefa.

Qualificação da prática clínica

Acrescentaremos as ações de promoção e prevenção da hipertensão e diabetes mediante as capacitações que receberá a equipe de saúde sobre alimentação saudável, prática de atividade física, educação em saúde, tratamento de usuários tabagistas, orientações de saúde bucal. Esta capacitação será realizada de forma progressiva, tendo início da intervenção em encontros de capacitação realizado com este fim. Continuarão com reuniões mensais de capacitação, sempre as quintas-feiras. Serão utilizados os manuais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre outros e discutidas as situações vivenciadas no dia a dia. Todas estas ações a desenvolver são muito importantes para nossa equipe, o trabalho conjunto vai se traduzir em resultados positivos para nossa comunidade.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1- Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Meta 5.1. Manter a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção será utilizado o Protocolo do Ministério da Saúde e formulários de cadastro do Hiperdia disponível pelo Distrito de Saúde Norte de Manaus, Amazonas (DISAN). Este formulário facilitará a identificação dos usuários cadastrados com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus que serão anexados aos seus prontuários.

Para realizar o monitoramento da intervenção os dados serão inseridos na planilha de acompanhamento do usuário quanto à assiduidade nas consultas médicas, de enfermagem, odontologia e serviço social; medicamentos que faz uso; realização de exames e consultas com especialidades solicitadas; participação nas atividades e orientação em grupo elaborada pela equipe multidisciplinar da unidade.

Para organizar o registro do programa, será designado um profissional que revisará o livro de cadastro identificando os usuários faltosos e realizando busca ativa nestes usuários através de telefone, atualizar o cadastro dos usuários anexando os formulários em seus prontuários e implementando o fluxograma do Programa do Hiperdia, realizando as anotações sobre consultas e exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Será solicitada capacitação para toda a equipe, sobre o Protocolo do Programa de Hiperdia e seu fluxograma, para que seja utilizado como rotina e referência na unidade à atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, preenchimento corretamente o formulário de cadastro e alimentação das informações nas planilhas. Esta capacitação será realizada na própria unidade, com a participação da responsável pelo programa do Hiperdia do Distrito de Saúde Norte (DISAN).

O usuário que busca o serviço será encaminhado ao profissional médico que solicitará exames laboratoriais e o mapa de controle de pressão arterial sendo em seguida encaminhado ao profissional responsável pelo agendamento de sua consulta de retorno, onde o usuário levará os resultados dos exames solicitados, viabilizando dessa maneira, o diagnóstico precoce e a indicação do tratamento adequado. Sendo confirmado o diagnóstico o usuário será encaminhado para

realizar o cadastro no Programa do Hiperdia, recebendo as orientações quanto ao seu acompanhamento com os outros profissionais.

Para acolher a demanda de intercorrências serão priorizadas duas consultas extras no dia. Será realizado o contato com as associações de moradores, Igrejas e Empresas com objetivo de orientar quanto ao Programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes. Promover ações de orientação sobre a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, importância de hábito de alimentação saudável e atividades físicas. Mensalmente será realizada a atualização de informações no livro de registro do programa, uma vez que é feita a estatística mensal do programa pelas enfermeiras. A atualização da planilha de acompanhamento dos usuários cadastrados será atualizada a cada consulta médica.

3 Relatório da Intervenção

Este relatório tem o objetivo de descrever as ações desenvolvidas durante a intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde Ambulatorial Balbina Mestrinho, do município de Manaus/AM, que teve como finalidade melhorar a atenção à saúde dos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, a fim de aumentar a cobertura e qualidade nos atendimentos dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais correspondentes à área de abrangência da equipe de saúde, melhorar a adesão o registro de informações a hipertensos e/ou diabéticos, manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover ações de educação em saúde para eles.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi desenvolvida em uma unidade tradicional com suas características próprias: estrutural e funcional, diferente de uma Unidade Básica de saúde. O trabalho foi desenvolvido com uma equipe constituída por profissionais que tinham outras funções na unidade e que de maneira voluntária colaboraram com a intervenção.

Iniciamos a primeira semana da intenção cumprindo 100% das atividades programadas no cronograma. Procuramos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. No início não tivemos uma quantidade suficiente de fichas espelhos para desenvolver toda a intervenção, mas deu para iniciar sem dificuldades. O material adequado para a aferição da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) esteve garantidos na unidade de saúde.

Durante o acolhimento diário, antes de começar às consultas, informa-se a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de aferir a pressão arterial, a partir dos 18 anos, e a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Infelizmente, não se contou com uma quantidade grande de usuários no início.

Aproveitou-se o espaço para também orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, salientando sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Durante os espaços de contato com os usuários se escutou as sugestões sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de diabetes. Em cada consulta tratou-se de esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Definiram-se as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Esta unidade não conta com equipe da estratégia saúde da família, o pessoal escolhido (um médico clínico geral, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem e uma assistente social) para colaborar com a intervenção ademais de definir as atribuições deles, também se estabeleceu periodicidade para atualização dos profissionais.

Capacitou-se a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. A equipe também foi instruída para orientar os usuários sobre as alternativas com o intuito de obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

A equipe também foi instruída para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo. Quanto a estratégias para o

controle de fatores de risco modificáveis, sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para oferecer orientações de higiene bucal, e para o tratamento de pessoas tabagistas.

Foi uma semana muito cansativa, pois precisei coordenar o tempo disponível dos membros de minha equipe para estas capacitações. Mas realizou-se a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, com o apoio do protocolo o qual foi impresso e distribuído ao pessoal da equipe.

Através de um diálogo com os membros da equipe ficou decidido que a busca ativa dos usuários faltosos seria realizado por telefone, pois não temos agentes comunitários, sendo que o pessoal que integra a equipe possuem funções específicas na unidade, dificultando assim as visitas.

As fichas de acompanhamento utilizadas foram organizadas para se ter um maior controle, preenchendo o arquivo de coleta de dados adequadamente, garantindo as informações do sistema SIAB. Foi explicado a cada membro da equipe, como se realizar o registro e o adequado uso da informação na planilha de coleta de dados, sendo todas as funções supervisionadas.

Em cada encontro com os usuários se aproveitou o tempo para orientar sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecendo aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Os demais membros da equipe orientaram aos diabéticos e hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo (em pessoas fumantes) e sobre a importância da higiene bucal. As orientações aos usuários continuaram sendo feitas todos os dias, durante o acolhimento, durante os preparos dos usuários por parte das enfermeiras e durante as consultas médicas.

Estas atividades foram melhorando em qualidade por causa da experiência que a equipe foi ganhando, recursos materiais como é o caso da TV que facilitou a transmissão das informações.

Em várias ocasiões havia usuários que estavam esperando para fazer agendamento e consulta ou mesmo buscar resultados de exames, por esse motivo atrapalhou um pouco o desenvolvimento das atividades de orientações, principalmente quando utilizamos a TV e precisamos de um pouco de silêncio para escutar as informações.

A equipe determinou fazer uma distribuição no salão de espera dos usuários, deixando mais próximos os que serão atendidos dentre dos parâmetros estudados: diabéticos e hipertensos. Em uma Unidade Básica de Saúde existiria um horário para a atenção deste tipo de usuário, mas nesta unidade que não cumpre com o padrão por ser uma Unidade de Saúde Ambulatorial é muito difícil, pois estão juntos os usuários para todas as consultas (clínico geral, cardiologia, ginecologia, odontologia, pediatria, vacinação) e também o espaço é reduzido. Este assunto foi conversado com o gestor, mas ainda não obtive uma solução.

Sobre as capacitações da equipe, foi programado e executado um treinamento com a equipe, sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, mas consideramos necessário fazer novas capacitações sobre o tema.

Apresentamos algumas dificuldades enquanto se fazia aferição da pressão arterial no salão de preparo, porém, a unidade possui um esquema rotativo e algumas vezes esse procedimento é realizado por outra técnica de enfermagem, outras vezes tem muitos usuários juntos esperando para várias consultas e por causa do fator tempo violam alguns critérios para a aferição da pressão arterial, como não esperar o tempo necessário de repouso, não perguntando se o usuário tomou café ou fumou. Várias vezes foram analisadas na reunião da equipe e foi escolhido o pessoal suplente que vai tomar os sinais vitais só dos usuários de hipérdia quando a enfermeira designada para isso falte, além de fazer novas capacitações e supervisões.

Em várias ocasiões foi necessário chegar até o departamento onde se atualiza o SIAB, pois houve atraso no preenchimento dos dados coletados. Este assunto foi conversado com a diretora da unidade que reuniu o pessoal do departamento e deu solução às dificuldades. Neste caso, por parte da equipe foram

feitas duas capacitações mais em claras com o objetivo de melhorar o fluxo de informação atualizada.

Não contamos com usuários faltosos às consultas. Por isso não foi necessário ativar a busca deles, mas em cada encontro da equipe para coordenar alguma atividade ou analisar o progresso da intervenção, sempre se tocava o tema de como proceder com os usuários faltosos.

O tempo programado para as atividades de intervenção em determinadas ocasiões ficou curta, pois o pessoal da equipe tem outras funções. São dificuldades que se apresentam quando a unidade não é uma unidade básica de saúde. Além disso, foram desenvolvidas várias atividades na comunidade, contando com o apoio de algumas pessoas da população que não formam parte da equipe e estiveram dispostos a colaborar.

A equipe encontrou dificuldades para fazer uma avaliação mais integral devido ao atraso na marcação dos exames laboratoriais. Existe um acúmulo de solicitações no sistema para marcar os exames, o que faz com que o usuário demore muito tempo para realizar os exames e obter os resultados. Alguns deles fazem os exames particulares, porém, grande parte deles não possui os recursos necessários e precisam aguardar.

Nossa equipe tratou de organizar práticas coletivas para orientação e coordenação com educadores físicos nesta atividade, sendo difícil no início. Além disso, existiram dificuldades no gerenciamento da unidade com outras instituições para desenvolver este ponto do cronograma.

Esta semana a equipe iniciou a coordenação com um professor de educação física, o qual desenvolve atividades esportivas em uma praça com aparelhos ao ar livre alocada na frente da unidade pelas noites. A coordenação foi para que ele ajudasse no desenvolvimento da atividade esportiva aos usuários do programa. O professor não foi contratado por o município, ele expressou seu apoio desinteressado ao projeto. No momento da intervenção ainda não conseguimos terminar a coordenação.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Existiram ações previstas que não foram desenvolvidas na intervenção, como no caso das solicitações junto ao gestor de parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Consideramos que foi carente o gerenciamento da unidade, pois em cada reunião que a equipe fazia, sempre tratávamos de buscar alguma solução ao assunto, porém, infelizmente os resultados foram negativos. Foi desenvolvido um curso de capacitação e abordagem breve e intensiva ao fumante, onde participamos três colegas da equipe, mas nunca foi ativada uma consulta com recursos para tratar esta doença.

A equipe se limita a levar o conhecimento sobre a existência do programa de HAS e DM, influir sobre os usuários que estão na unidade para este tipo de atenção e outros que vão por outras razões, fazer a divulgação deste tipo de atenção, riscos, avaliações das doenças objeto da intervenção. Mas, depende do usuário ir ou não a consulta, se ele não tem um registro prévio (na primeira vez). No caso das UBS existem as pessoas que fariam as visitas domiciliares, método rápido e eficaz para a pesquisa da hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Temos isso contra, pois aqui o pessoal da equipe tem uma função diferente dentro da unidade e oferecem parte do tempo de seus trabalhos para contribuir ao desenvolvimento da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No período da intervenção não encontramos dificuldades quanto à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados ou cálculo dos indicadores.

Além as planilhas de coleta de dados foram muito importantes os diários de intervenção, pois permitiram o acompanhamento semanal das atividades realizadas e ajudou na construção dos resultados da intervenção junto ao preenchimento semanal da planilha de coleta de dados, registrando-se informações de forma

ordenada, cronológica com observações importantes, dando embasamento para o preenchimento correto da planilha.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Estas ações da intervenção podem ser incorporadas à rotina do serviço. A unidade possui condições que favorecem o desenvolvimento das atividades e que poderiam garantir a efetividade do programa, mas precisam-se realizar algumas modificações importantes.

Em uma reunião com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) fomos informados que existe um projeto para fazer equipes de saúde com características de ESF dentro da unidade, onde cada um de nós iria dispor de agentes comunitários de saúde.

Posso concluir que este tipo de programa pode ser desenvolvido em uma unidade deste tipo, mas que os resultados iriam ser ao início devagar, pois considero que uma vez cadastrado a totalidade dos usuários estimados como hipertensos e diabéticos da área, a continuidade da atenção poderia ser feita sem dificuldade. O problema é o cadastro inicial. Considero que para alcançar resultados positivos na aplicação do programa faz-se necessário a existência de algumas mudanças funcionais e gerenciais na unidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde ao usuário hipertenso e/ou diabético na área adstrita à Unidade Saúde Ambulatorial Balbina Mestrinho. Para realizar o monitoramento e avaliação da intervenção, foram utilizados os seguintes indicadores, de acordo com os respectivos objetivos e metas:

Objetivo 1- Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Na minha área de abrangência tem uma estimativa de 3877 usuários maiores de 20 anos com o diagnóstico de Hipertensão Arterial. Pretendia-se cadastrar 60%, mas foi impossível. No primeiro mês de intervenção foram acompanhados 39 usuários, o que representou 1,0%. Durante o período da intervenção o valor aumentou pouco, passando por 148 (3,8%), 193 (5,0%), sendo ao final 267 (6,9%) usuários cadastrados (figura 4).

Partindo de que a unidade onde foi desenvolvida a intervenção é uma unidade tradicional, com características estruturais e funcionais totalmente diferentes às Unidades Básicas de Saúde. É importante notificar a não existências de equipe

de saúde típica, sim a lotação de agentes comunitários de saúde que poderiam fazer visitas domiciliares e desenvolver outras atividades de controle dos usuários.

A equipe formada para desenvolver a intervenção foi constituída por profissionais que tinha uma função determinada e diferente na unidade e que dispunham de tempo extra para colaborar no projeto. Além disso, o fluxo desta unidade não ajudava ao cadastro eficiente e rápido dos usuários. Influíu também a impossibilidade de fazer visitas domiciliares. A equipe se limitou a levar o conhecimento sobre a existência do programa de hiperdia, influir sobre os usuários que estão na unidade para este tipo de atenção e outros que vão por outras razões, fazer a divulgação deste tipo de atenção, riscos, avaliações das doenças objeto da intervenção. Mas, depende do usuário ir ou não na consulta, se ele não tem um registro prévio (na primeira vez). No caso das UBS existem as pessoas que fariam as visitas domiciliares, método rápido e eficaz para a pesquisa da hipertensão arterial e Diabetes mellitus.

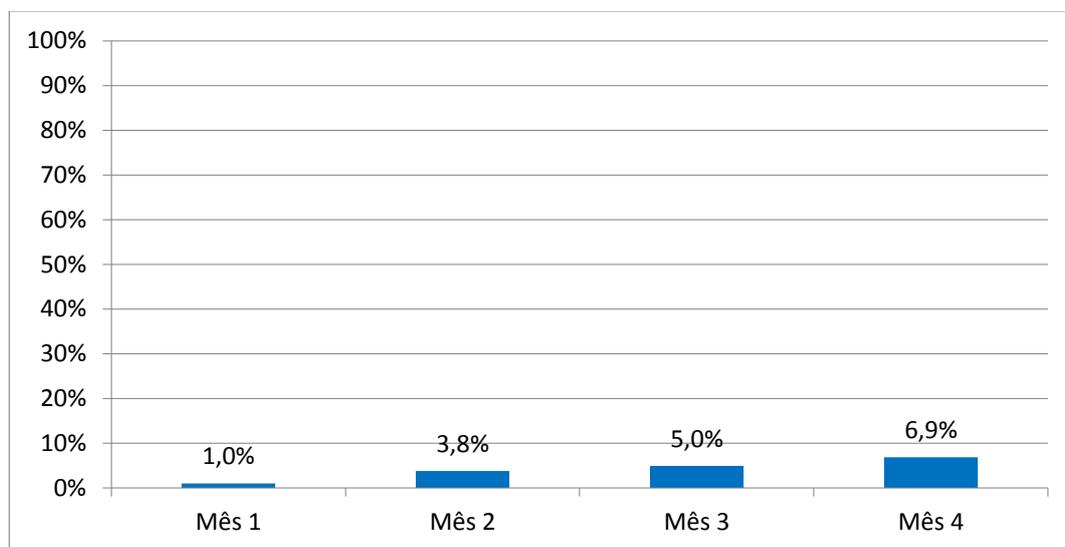


Figura 4 - Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. USA Balbina Mestrinho. Manaus-AM, 2015

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à

Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o total de diabético residente na área de abrangência da unidade de saúde.

No caso dos usuários com diabetes mellitus para nossa área de abrangência tinha-se uma estimativa de 1108 usuários maiores de 20 anos com este diagnóstico. Durante o desenvolvimento da intervenção no primeiro mês se cadastrou somente 22 (2,0%) usuários. Este valor foi aumentando muito mais rápido aparentemente com relação ao cadastro dos usuários com hipertensão, pois no segundo mês se alcançou 108 (9,7%) usuários, no terceiro mês 141 para 12,7% e no quarto mês com 189 (17,1%). (figura 5) Esta diferença é ocasionada pela quantidade menor de usuários estimados com diabetes mellitus com relação aos hipertensos. Mas acontece mesma situação descrita na meta 1.1.

Percebe-se que além do número de diabéticos ser muito menor, os resultados não foram melhores. Neste caso aconteceram as mesmas limitações que como no cadastro dos usuários com Hipertensão Arterial.

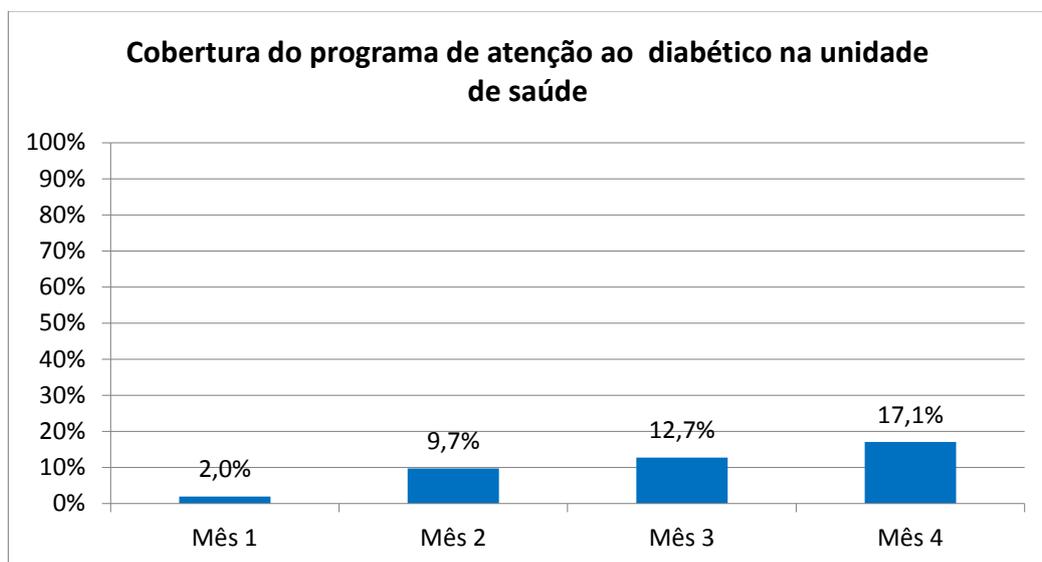


Figura 5 - Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos moradores no território e cadastrados no programa. USA Balbina Mestrinho. Manaus-AM, 2015

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Número de hipertensos com exame clínico apropriado entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O comportamento deste indicador foi ótimo. Pois durante os quatros meses da intervenção se alcançou 100% (267) dos usuários com exame clínico apropriado feito. No primeiro mês da intervenção foram feitos os exames clínicos segundo o protocolo a 39 usuários (100%). No segundo mês também alcançamos o total de usuários 148, continuando 100%. Assim comportaram-se no terceiro mês, com 193 usuários e 100% de realização e no quarto mês com 267 (100%). O resultado final foi que do total dos usuários cadastrados com hipertensão arterial em 100% realizou-se o exame clinico segundo o protocolo (figura 6).

Os dados foram copiados diretamente dos registros e não apresentamos dificuldades para atualização dos mesmos. A solicitação precoce dos materiais necessários para realizar o atendimento clínico foi determinante no correto desenvolvimento das ações para atingirmos estas metas. Conseguimos atingir estes resultados devido ao bom trabalho e organização de todos os profissionais da unidade.



Figura 6: Atendimento clinica ao hipertenso na USA Balbina Mestrinho

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Número de diabéticos com exame clínico apropriado entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foi feito exame clínico em os 189 diabéticos cadastrados (100%) maiores de 20 anos residentes na área de abrangência que receberam atendimento clínico na unidade, com um total de 22, 108, 141 e 189 atendimentos no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente. Os mesmos foram realizados pelas enfermeiras ou o médico da equipe sem intercorrências importantes.

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

Indicador 2.3: Número total de hipertensos com exame complementar em dia entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Uma vez cadastrados os usuários hipertensos foram submetidos ao exame clínico e exame complementar adequado. Foram cadastrados 267 hipertensos. Conforme foram aumentados os números de hipertensos assim aumentou o número de usuários com exame complementar feito. No início contava-se com 39 usuários cadastrados que realizaram exame complementar adequados sendo 100%. Este valor foi aumentando conforme foi sendo cadastrados mais hipertensos, passando por 148, 193 chegando a 267 (100%) os hipertensos com exame complementares feitos.

Isto foi possível porque nossa unidade tem um laboratório perto onde os usuários da unidade tem prioridade. No último mês foi um pouco difícil cumprir com a realização de exames complementares em 100% dos hipertensos, mas se conseguiu. Pois existiu um déficit de reagentes no laboratório que obrigou a fazer os agendamentos dos exames complementares para outras unidades de saúde, mas não impossibilitou realizar em 100% dos usuários hipertensos.

As ações que mais auxiliaram nesta meta foram o monitoramento das fichas espelho realizado pelas enfermeiras e médico observando os registros de exame clínico apropriado e solicitação de exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada.

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

Indicador 2.4: Número total de diabéticos com exame complementar em dia entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Mesma situação no caso dos exames complementares dos diabéticos. Cada vez que um usuário diabético é cadastrado e chega à consulta, ele é sometido a um exame clínico e complementar. Foram cadastrados 189 diabéticos.

A realização dos exames complementares iniciou com um total de 22, 108, 141 ate chegar a 189 diabéticos que ficaram com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo representando 100%. As ações que mais auxiliaram nesta meta foram o monitoramento das fichas espelho realizado pelas enfermeiras e medico observando os registros de exame clínico apropriado e solicitação de exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Desde o início até o final da intervenção foi priorizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os 100% dos hipertensos cadastrados na unidade (267). No primeiro mês foi priorizado para os 39 hipertensos que foram atendidos, no segundo mês 148, terceiro mês 193 e 267 hipertensos para o quarto mês. Isso foi possível porque conseguimos fazer mudanças no tratamento dos hipertensos atingindo assim que todos usaram medicamentos da farmácia popular. Contribuiu além o trabalho realizado pelos farmacêuticos da unidade diariamente no controle de estoque de medicamentos e mantendo um registro adequado das necessidades de medicação dos usuários cadastrados.

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

Indicador 2.6: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Desde o início até o final da intervenção foi priorizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os diabéticos cadastrados na unidade (189). No primeiro mês foi priorizado para os 22 diabéticos que foram atendidos, no segundo mês para 108, terceiro mês 141 e 189 diabéticos para o quarto. Isso foi possível porque conseguimos fazer mudanças no tratamento dos hipertensos atingindo assim que todos usaram medicamentos da farmácia popular. Contribuiu além o trabalho realizado pelos farmacêuticos da unidade diariamente no controle de estoque de medicamentos e mantendo um registro adequado das necessidades de medicação dos usuários cadastrados. Esse controle que os farmacêuticos fazem é muito importante, pois esta farmácia expende medicamentos para o tratamento da diabetes e hipertensão arterial aos usuários cadastrados na unidade dando prioridade a eles, e aos usuários de outras unidades básicas de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Durante toda a intervenção a equipe conseguiu fazer a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, os quais foram 267 usuários. Foram avaliados 38 hipertensos no primeiro mês (97,4%), 147 no segundo (99,3%), 193 no terceiro (100%) e 267 no quarto mês (100%). Isso foi possível primeiramente ao grande esforço realizado pelos dentistas e os auxiliares de odontologia na unidade de saúde; segundo porque esta unidade tem dois consultórios, que estão disponíveis para o trabalho no horário da manhã, tarde e noite. No início faltou coordenação adequada para atingir 100% no mês (Figura 7).

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram a reunião de capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de tratamento odontológico e as atividades de educação em saúde e higiene bucal realizada pelo médico, enfermeiras e dentistas. Além disso, cada hipertenso que precisava de atendimento odontológico, ao sair da consulta de hiperdia, eram avaliados nessa mesma semana pelos dentistas, pois eles tenham prioridade.

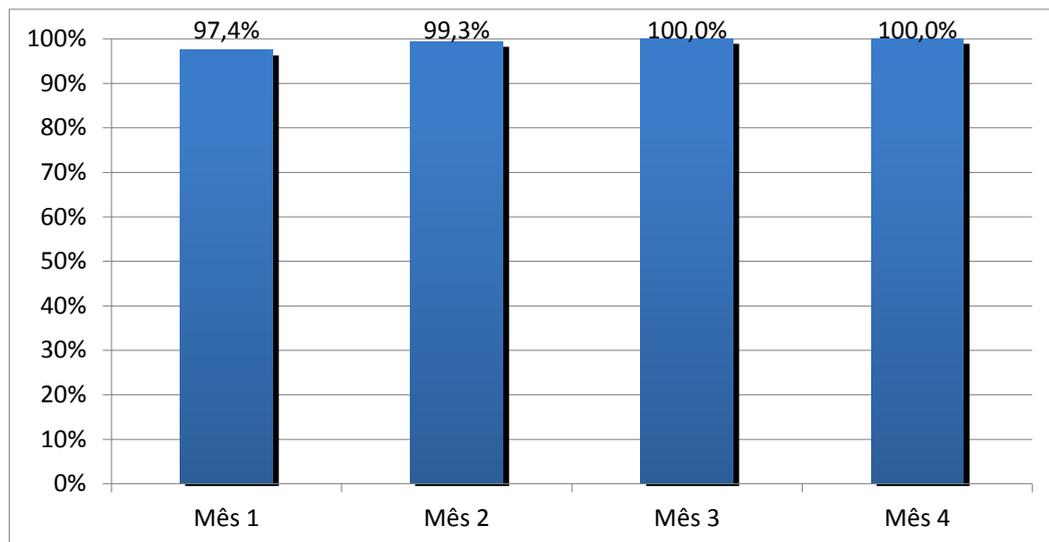


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com necessidade de atendimento odontológico. USA Balbina Mestrinho. MANAUS-AM, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Durante toda a intervenção a equipe conseguiu fazer a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos 189 diabéticos cadastrados. Foram avaliados 20 diabéticos no primeiro mês (90,9%), 106 no segundo (98,1%), 141 no terceiro mês (100%) e 189 no quarto mês (100%). Isso foi possível ao grande desempenho realizado pelos dentistas e os assistentes de odontologia na unidade de saúde (Figura 8).

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram à reunião de capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de tratamento odontológico e as atividades de educação em saúde e higiene bucal realizada pelo médico, enfermeiras e dentistas. Além disso, cada diabético que precisava de atendimento odontológico, ao sair da consulta de hiperdia, eram avaliados nessa mesma semana pelos dentistas, pois eles tenham prioridade (Figura 9).

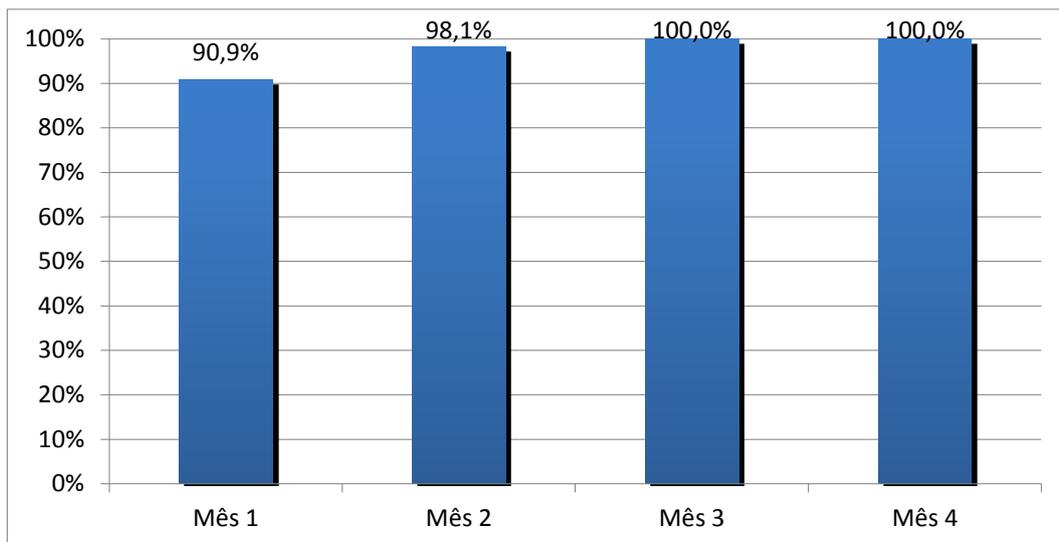


Figura 8- Gráfico indicativo da proporção de diabético com necessidade de atendimento odontológico. USA Balbina Mestrinho. MANAUS-AM, 2015.



Figura 9- Fotografia da consulta de odontologia na USA Balbina Mestrinho

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Em nossa intervenção não tivemos usuários hipertensos faltosos às consultas. Além disso, a equipe havia desenhado um plano para busca ativa dos hipertensos faltosos. Como na unidade onde se desenvolveu a intervenção não existe a possibilidades de fazer visitas domiciliares, havia-se decidido fazer a busca ativa por telefone.

As ações desenvolvidas pela equipe foram o monitoramento das fichas espelhos realizado pelas enfermeiras e medico para determinar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários e identificar rapidamente os faltosos á consulta, e as orientações educativas realizadas à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos na unidade de saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Não tivemos usuários diabéticos faltosos às consultas. Além disso, a equipe havia desenhado um plano para busca ativa dos diabéticos faltosos. Como na unidade onde se desenvolveu a intervenção não existe a possibilidades de fazer visitas domiciliares, havia-se decidido fazer a busca ativa por telefone.

As ações desenvolvidas pela equipe foram o monitoramento das fichas espelhos realizado pelas enfermeiras e medico para determinar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários e identificar rapidamente os faltosos á consulta, e as orientações educativas realizadas à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos diabéticos na unidade de saúde.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Durante a intervenção a equipe conseguiu manter ficha de acompanhamento dos 267 (100%) dos hipertensos cadastrados mediante o monitoramento e atualização semanal pelas enfermeiras e médico dos registros dos usuários atendidos. No primeiro mês foram 39 usuários (100%), no segundo mês 148 (100%), no terceiro 193 (100%) e no quarto mês 267 hipertensos (100%). As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos foram monitoradas todas as semanas pelo médico. As enfermeiras foram as responsáveis de manter as informações do SIAB atualizadas com o auxílio dos digitadores das produções da unidade. Além disso, a equipe da unidade recebeu uma capacitação realizada pelo médico sobre o preenchimento adequado dos registros.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante a intervenção a equipe conseguiu manter ficha de acompanhamento dos 189 (100%) dos diabéticos cadastrados mediante o monitoramento e atualização semanal pelas enfermeiras e médico dos registros dos usuários atendidos. No primeiro mês foi registrado adequadamente os 22 diabéticos que foram atendidos (100%), no segundo mês para 108 (100%), terceiro mês 141 (100%) e 189 diabéticos no quarto mês (100%). As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos foram monitoradas todas as semanas pelo médico. As enfermeiras foram as responsáveis de manter as informações do SIAB atualizadas com o auxílio dos digitadores das produções da unidade. Além

disso, a equipe da unidade recebeu uma capacitação realizada pelo médico sobre o preenchimento adequado dos registros.

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Desde o início da intervenção a equipe conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular dos 267 hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Foram avaliados 39 (100%), 148 (100%), 193 (100%) e 267 (100%) dos hipertensos no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês de intervenção, respectivamente.

Os usuários que apresentaram médio e alto risco cardiovascular tiveram prioridade no atendimento e aqueles que precisavam de um Cardiologista ou especialista em Medicina Geral foram encaminhados rapidamente para esses serviços, além o retorno à consulta foi agendado mensalmente. Dessa forma prevenimos algumas complicações cardiovasculares que podiam apresentar se nesses usuários. Os riscos cardiovasculares que foram encontrados com maior frequência foram a obesidade e a hipercolesterolemia. No caso dos usuários com alto risco cardiovascular encontraram-se as arritmias e os ACV.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram as orientações na sala de espera antes de iniciar as consultas e as orientações à comunidade sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus, seu controle e a manutenção de acompanhamento regular para evitar as mobilidades dos agravos.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Desde o começo até o final da intervenção a equipe conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular e todos dos 189 diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Foram avaliados 22 (100%), 108 (100%), 141 (100%) e 189 (100%) dos diabéticos no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês de intervenção, respectivamente.

Atingir 100% desta meta foi muito importante para os usuários que apresentaram médio e alto risco cardiovascular, eles tiveram prioridade no atendimento e aqueles que precisavam de um Cardiologista ou especialista em Medicina Geral foram encaminhados rapidamente para esses serviços, além o retorno à consulta de hipertenso foi agendado mensalmente. Dessa forma prevenimos algumas complicações cardiovasculares que podiam apresentar-se nesses usuários. Os riscos cardiovasculares que foram encontrados com maior frequência foram a obesidade, o sedentarismo, o hábito de alimentação inadequado, as dislipidemias e as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram às orientações na sala de espera antes de iniciar as consultas e as orientações à comunidade sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus, seu controle e a manutenção de acompanhamento regular para evitar as mobilidades dos agravos.

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Durante toda a intervenção os 267 hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional por toda a equipe de saúde. Existiram ações previstas no

projeto que não foram desenvolvidas. Como foi demandar junto ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nesta atividade. Além disso, acompanhada pelas enfermeiras realizaram atividades de educação em saúde na Igreja próxima na unidade e em suas escolas localizadas dentro da área de abrangência abordando o tema sobre alimentação saudável e distribuíram panfletos sobre orientações para manter uma alimentação adequada aos indivíduos hipertensos que assistiram.

Receberam orientação nutricional 39 (100%), 148 (100%), 193 (100%) e 267 (100%) hipertensos no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês de intervenção, respectivamente.

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

Indicador 6.2: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante toda a intervenção os 189 diabéticos cadastrados receberam orientação nutricional por toda a equipe de saúde.

Na meta anterior referi-me que existiram ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas. Como foi demandar junto ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nesta atividade. Além disso, acompanhada pelas enfermeiras realizaram atividades de educação em saúde na Igreja próxima na unidade e em suas escolas localizadas dentro da área de abrangência abordando o tema sobre alimentação saudável e distribuíram panfletos sobre orientações para manter uma alimentação adequada aos indivíduos diabéticos que assistiram.

Receberam orientação nutricional 22 (100%), 108 (100%), 141 (100%) e 189 (100%) hipertensos no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês de intervenção, respectivamente.

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

Indicador 6.3: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física sobre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu dar orientações em relação à prática regular de atividade física aos 267 (100%) dos hipertensos cadastrados. No primeiro mês foram orientados 39 hipertensos, no segundo mês 148, no terceiro mês 193 e no quarto 267, alcançando o 100%. Durante as reuniões da equipe os profissionais foram capacitados sobre a prática de atividade física e sua importância, além disso, foram oferecidas através das orientações educativas, conversas na Sala de espera da unidade e nas consultas aos usuários hipertensos todas as informações sobre esse tema.

Na última semana da intervenção a equipe coordenou com um professor de educação física, o qual desenvolve atividades esportivas em uma praça com aparelhos ao ar livre alocada em frente à unidade pelas noites. A coordenação foi para que ele ajude a desenvolver atividade esportiva aos usuários do programa. Ainda está na etapa de coordenações, mas é um começo importante.

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

Indicador 6.4: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Desde o início até o final da intervenção a equipe conseguiu dar orientações em relação à prática regular de atividade física aos 189 (100%) dos usuários diabéticos cadastrados. Foram orientados 22 usuários no primeiro mês, 108 no segundo, 141 no terceiro e 189 alcançando o 100%. Durante as reuniões da equipe os profissionais foram capacitados sobre a prática de atividade física e sua importância, além disso, foram oferecidas através das orientações educativas, conversas na Sala de espera da unidade e nas consultas aos usuários diabéticos todas as informações sobre esse tema.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo sobre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Os 267 hipertensos cadastrados receberam orientação sobre os riscos de tabagismo por toda a equipe de saúde mediante as consultas e nas atividades à comunidade. Na reunião mensal de equipe, os profissionais da unidade também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram orientados 39 hipertensos, no segundo mês 148, no terceiro mês 193 e no quarto 267, alcançando 100%.

Entre as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas está a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Foi desenvolvido, muito antes de iniciada a intervenção, um curso de capacitação abordagem breve e intensiva ao fumante, onde participamos três colegas da equipe, mas nunca foi ativada uma consulta com recursos para tratar esta doença.

Em cada reunião que a equipe fazia, sempre tratávamos de buscar alguma solução ao assunto. Infelizmente os resultados foram negativos. Mas as orientações sobre o assunto chegaram à população alvo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo sobre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

189 dos diabéticos cadastrados receberam orientação sobre os riscos de tabagismo por toda a equipe de saúde mediante as consultas e nas atividades à comunidade. Na reunião mensal de equipe, os profissionais da unidade também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Foram orientados 22 usuários no primeiro mês, 108 no segundo, 141 no terceiro e 189 alcançando o 100%.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal sobre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Os 267 hipertensos cadastrados no programa receberam avaliação odontológica de forma complementar. Oferecemos orientações gerais e específicas sobre higiene bucal para 100 % dos usuários hipertensos cadastrados, durante as consultas clínicas e nas consultas de avaliação odontológica. Os dentistas e os técnicos de saúde bucal fizeram duas orientações educativas sobre a importância da manutenção da saúde bucal. Abordou-se sobre os cuidados para manter uma boa saúde bucal assim como a forma e frequência de escovar os dentes.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal sobre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Os 189 diabéticos cadastrados no programa receberam avaliação odontológica de forma complementar. Oferecemos orientações gerais e específicas sobre higiene bucal para 100% dos usuários diabéticos cadastrados, durante as consultas clínicas e nas consultas de avaliação odontológica. Os dentistas e os técnicos de saúde bucal fizeram duas orientações educativas sobre a importância da manutenção da saúde bucal. Abordou-se sobre os cuidados para manter uma boa saúde bucal assim como a forma e frequência de escovar os dentes.

4.2 Discussão

Este estudo de intervenção feito na Unidade Saúde Ambulatorial Balbina Mestrinho, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Se bem ao início tinha-se uma cobertura baixa.

Partindo da população da área, 21.845 obtiveram-se o dado de que existem 1108 usuários com Diabetes Mellitus. Na unidade existia um atendimento de 144

usuários registrados, mas em verdade este valor mostrou o total de diabéticos consultados no presente ano, sem um cadastro adequado, de suas consultas segundo o protocolo do Ministério da Saúde, muitos deles já não moram na área. Uma vez iniciada a intervenção foram cadastrados segundo o protocolo e com um seguimento adequado, e registro confiável 198 diabéticos.

Com relação à Hipertensão arterial estima-se pela população total que devia existir um total de 3877 usuários. Verdadeiramente existiam registrados na unidade só 353 pessoas. Acontece a mesma coisa com os usuários com diabetes mellitus. Agora com a intervenção foram cadastrados, segundo os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 267 usuários hipertensos.

Embora os valores de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados foram muito pouco, demonstra que no modelo de unidade tradicional como a minha unidade, e com um trabalho em equipe pode-se implementar este programa, só que os resultados vão a acontecer bem lento.

Com esta intervenção foi possível realizar a capacitação dos profissionais de saúde da unidade segundo os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus elaborado pelo Ministério da Saúde relativo ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Este projeto estimulou o trabalho integrado do médico, das enfermeiras, os odontólogos e suas auxiliares, e dos demais profissionais que oferecem serviços na Unidade de Saúde Ambulatorial que estiveram envolvidos na intervenção.

Conseguiu-se delimitar as atribuições de cada profissional desde a primeira semana da intervenção e todos os uns deles receberam orientações oportunas. O médico e as enfermeiras foram as responsáveis dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos, os dentistas e os auxiliares em odontologia ofereceram atendimento odontológico para esses usuários. As enfermeiras também foram as responsáveis da triagem dos usuários.

A intervenção teve impacto aceitável na equipe, pois atingimos ampliar um pouco mais a cobertura tendo em conta que esta unidade não tem a funcionalidade típica de uma Unidade Básica de Saúde e que os integrantes da equipe não estavam liberados para desenvolver esta função. Também com a intervenção

melhorou a qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Contribuiu para melhorar nosso trabalho em equipe, pois desde o começo até o final a equipe ficou unida, organizado, e conseguiu-se uma melhoria na qualidade dos registros, prontuários clínicos e fichas espelhos.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas nos médicos na unidade e aconteciam como parte das demandas espontâneas diárias. Por tanto só conhecia-se o numero de usuários com hipertensão e diabetes da área através da digitação do mapa de atendimento dos médicos, sem que existisse cadastro adequado nem agendamento das consultas segundo o protocolo do Ministério da saúde.

Com a intervenção conseguimos reorganizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários que hoje em dia estão com suas doenças mais controladas. Mediante a capacitação dos profissionais e o reordenamento das agendas os atendimentos foram compartilhados segundo as atribuições de cada membro da equipe. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Alcançamos cumprir com a maioria dos objetivos e metas traçadas conseguindo desta forma melhorar o atendimento da população.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, em geral, os usuários diabéticos e hipertensos estão muitos contentos e agradecidos com todas as atividades que foram realizadas por nossa equipe de saúde para eles, através dessas atividades atingimos promover a saúde dos hipertensos e diabéticos de nossa área e melhorar sua qualidade de vida. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda faltam muitos usuários hipertensos por cadastrar no programa, e com este estudo se demonstrou que embora o aumento da cobertura aconteça lentamente por causa do tipo de unidade, a equipe pode continuar fazendo o mesmo trabalho para conseguir que todos os usuários da área abrangência recebam atendimento nossa unidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo no curso com a equipe. No caso de realizar a intervenção neste momento, todas as ações fossem discutidas desde os inícios com o objetivo de facilitar as informações e cumprir com os objetivos propostos. Melhoraria a relação com os líderes comunitários para facilitar o trabalho na comunidade. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Com a culminação do projeto, percebo que a equipe está integrada e em condições de superar algumas das dificuldades encontradas assim como incorporar a intervenção na rotina do serviço.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos fazer uma reestruturação da equipe e conseguir a liberação enfermeiras e outros profissionais para trabalhar no programa; planejar dias da semana específicos para este tipo de atenção, ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Além disso, serão feitos os mesmos atendimentos e incorporações no programa com seus respectivos cadastros e fichas de acompanhamento para nossos usuários. Continuaremos com a reunião da equipe periodicamente para monitorar as ações que serão desenvolvidas e planejar o trabalho subsequente.

A partir do próximo mês continuaremos com o atendimento para aqueles usuários que ainda não foram cadastrados em nossa área de abrangência. Pretendemos incorporar mais equipe com a mesma estruturação com o objetivo de ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos num 100%. Não desponderemos de agentes comunitária de saúde porque este modelo de unidade não tem dentro da sua estruturação e funcionalidade este tipo de profissionais.

Além disso, pretendemos iniciar a intervenção no Programa de pré-natal na USA para melhorar a cobertura e qualidade de atenção nas mulheres grávidas e puerperais.

Continuaremos trabalhando do mesmo jeito para melhorar nos atendimentos de todos os usuários que levam acompanhamento nossa unidade, pouco a pouco o

projeto será implementado nas demais ações programáticas para melhorar os atendimentos médicos na população da área adstrita.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado secretário de saúde e prezado prefeito do município de Manaus,

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultados realizaram uma reorganização no programa de Saúde de hipertensos e diabéticos que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na USA e poderá servir para todo o município. Mediante este relatório vou descrever a intervenção realizada na USA Balbina Mestrinho com a finalidade de melhorar a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos em usuários de 20 anos ou mais residentes nessa área de saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura do programa através de várias ações que foram desenvolvidas com a participação ativa de toda a equipe de saúde, a comunidade e principalmente dos hipertensos e diabéticos da área.

Esta intervenção foi desenvolvida nos meses de março a junho de 2015 e teve uma duração de quatro meses. A proposta foi atingir 60% dos atendimentos dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como resultado de nosso trabalho conseguimos cadastrar e acompanhar 267 hipertensos e 189 diabéticos. Embora que a cobertura não foi alta (6.9% nos hipertensos e num 17.% nos diabéticos) demonstrou-se que este tipo de programa pode-se implantado no modelo de unidade de saúde como o nosso e que com reorganização das estratégias pode-se atingir uma cobertura melhor.

Iniciamos com uma capacitação de todo o pessoal da unidade sobre os protocolos de atendimento e rastreamento destas doenças. Implantaram-se ações que antes da intervenção não eram realizadas pela equipe de saúde. Foi elaborado um livro de registro de hipertensos e diabéticos e fichas espelhos para recoletar informação necessária referente à data da realização dos exames, avaliação do risco do risco cardiovascular, uso de medicamentos e orientação sobre saúde bucal, pratica de atividade física e sobre os riscos de tabagismo. Tivemos que realizar a atualização de todos esses dados através dos atendimentos individuais dos usuários já cadastrados e ao mesmo tempo realizando novos cadastramentos.

As ações que mais auxiliaram na incorporação dos hipertensos e diabéticos no programa foi o cadastramento na área adstrita dos usuários e as atividades coletivas que foram desenvolvidas para eles destacando se as visitas às lideranças comunitárias, a distribuição de panfletos e cartazes a toda a população, assim como as conversas na sala de espera da unidade os dias da consulta de Hiperdia.

Foi possível atingir que todos os hipertensos e diabéticos tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo devido á presença do laboratório clinico perto da unidade.

Existiram alguns problemas durante a intervenção, como foi que a equipe não conseguiu a participação do Educador Físico para capacitar a equipe de saúde, e orientar a população sobre a importância da pratica de atividade física. A pesar que já solicitássemos aos gestores municipais um Educador Físico e ainda não conseguimos a visita dele na unidade, aproveito para realizar uma vez mais a mesma solicitação. Mas por parte da equipe contatou-se um educador que desenvolve atividades físicas pelas noites perto da unidade para a comunidade, quem mostrou interesse em colaborar. Ainda estamos em processo de coordenação.

Mesmo assim foram muitos os benefícios alcançados com a intervenção tanto para a equipe como para a comunidade. Foi possível conseguir a capacitação dos profissionais de saúde da unidade, contribuiu para melhorar nosso trabalho em equipe, trabalhar mais organizado e unido assim como uma melhoria na qualidade dos registros, prontuários clínicos e fichas espelhos. Atingimos ampliar a cobertura e

melhorar a qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência contribuindo dessa forma melhorar o estado de saúde da população.

Nossa equipe tem interesse na ampliação da estruturação da ação programática de gestantes e puérperas na unidade.

Mediante todas as ações que foram previstas e realizadas durante a intervenção conseguimos fortalecer o vínculo da comunidade com o serviço de saúde e foi possível incorporar à intervenção a rotina do serviço de maneira organizada, o serviço já é referência e tem dia específico para acontecer. Gostaria de agradecer a gestão por ter valorizado nosso trabalho e sempre atender nossas solicitações e pelo investimento realizado nos serviços da atenção básica.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados moradores da área acompanhada pela USA Balbina Mestrinho,

Há um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado nós realizamos uma reorganização no programa de Saúde de Hipertensos e Diabéticos que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município. Realizou-se um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus em usuários de 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita.

Dentro das atividades educativas desenvolvidas estão debates, distribuição de panfletos e cartazes a toda a população, com o propósito de explicar a importância do programa de Hipertensão. Os usuários foram orientados sobre a importância de uma alimentação saudável, diminuição do consumo de álcool e cigarro, prática de exercício físico, higiene bucal, conheceram os principais fatores de risco que possibilitam o surgimento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus assim como as medidas para evitar aqueles que são modificáveis.

Esta intervenção foi desenvolvida desde março do ano de 2015 e teve uma duração de quatro meses (março, abril, maio e junho). A proposta foi atingir 100% os atendimentos dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como resultado de nosso trabalho conseguimos cadastrar e acompanhar 267 hipertensos e 189 diabéticos. Embora que a cobertura não foi alta (6.9% nos hipertensos e num 17.% nos diabéticos) demonstrou-se que este tipo de programa pode-se implantado

no modelo de unidade de saúde como o nosso e que com reorganização das estratégias pode-se atingir uma cobertura melhor.

A equipe está satisfeita com o apoio dos líderes comunitários de saúde. Agradecemos a todos eles sua colaboração e contribuição nas atividades que foram desenvolvidas para a comunidade. Gostaria de agradecer também a todos os usuários hipertensos e diabéticos que participaram do trabalho, pois deles dependeram os resultados obtidos na intervenção.

As ações desenvolvidas dentro da intervenção foram incorporadas à rotina diária da unidade, e continuaremos realizando atividades para dar segmento ao trabalho até atingir cadastrar todos os hipertensos da área. Para isso continuaremos com a divulgação do serviço e contamos com o apoio de nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O idioma foi uma limitação ao início do curso de especialização que foram superadas com o transcurso do tempo e ajuda de colegas. Em alguns momentos tive dificuldades com a internet, mas que não afetou o desenvolvimento das atividades do curso. Sobre o material de estudo oferecido pela universidade considero muito valioso, pois através dele consegui ampliar e enriquecer mais meus conhecimentos sobre o SUS no Brasil e sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Foram implantadas novas ações de prevenção e promoção de saúde na Unidade de saúde da família onde atuo com o fim de melhorar o estado de saúde da população e acrescentou o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Considero que o intercambio de experiência com outros colegas mediante as conversas nos Fóruns de Saúde Coletiva e Prática Clínica foi muito interessante e me proporcionou conhecer a realidade dos serviços de saúde nos diferentes sítios do Estado de Amazonas e refletir sobre isso, além disso, permitiram me estabelecer vínculos de amizade com pessoas que não conhecia. Mediante os casos clínicos, as atividades de prática clínica e os testes de qualificação cognitiva, meus conhecimentos foram fortalecendo-se muito mais. Acredito que realizar o curso a modalidade a distância é possível e que com o tempo pode-se melhorar muito mais a qualidade dele.

Referências

Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 28 volume II. Brasília – DF 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília: Coordenação de Doenças Cardiovasculares, Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>. Acesso em: 10 out. de 2014.

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

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

Caderno de atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica /Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde – ed.- Brasília, 2013. Caderno de atenção Básica de Diabetes Mellitus /Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde – ed.- Brasília, 2013.

Vicente, Ângela Maria et al. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF 2013.

Nobre, Fernando et al. Hipertensão arterial sistêmica. Revisão. São Paulo, Brasil 2013.

Rolim, Luís Fernando. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de atenção básica n.º 15. Brasília – DF 2006.

Vicente, Ângela Maria et al. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF 2013.

Dicionário

Dicionário escolar Português-Espanhol. Michaelis. 2ª edição, 10 impressão, São Paulo, Brasil fevereiro de 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Formato Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Área de Transf...

Fonte Alinhamento Número

C6

13 14 15 16 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35

*Estimativa no território

População total	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0
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

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.

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.

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

Pronto

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Formato Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Área de Transf...

Fonte Alinhamento Número

C6

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	
Número total de diabéticos 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 cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

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 cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
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
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				

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

OBSERVAÇÕES

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

Pronto

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

Pronto | Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | 125%

Anexo C - Ficha espelho

ficha_espeho_programa_de_atencao_aos_hipertensos_e_diabeticos.pdf - Adobe Reader

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

Ferramentas Assinar Comentário

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de Medicina Social UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço _____ Telefones de contato: _____

Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura _____ cm Perímetro Braquial _____ cm

MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA		DATA	
POSIOLOGIA		Glicemia de Jejum	
Hydrochlorothiazide 25 mg		HGT	
Captopril 25 mg		Hemoglobina glicosilada	
Enalapril 5mg		Coletar total	
Enalapril 10mg		HDL	
Losartan 50 mg		LDL	
Propranolol 40		Triglicéridos	
Atenolol 25 mg		Cratemia sérica	
Atenolol 50mg		Potássio sérico	
Amiodipina 5 mg		Triglicéridos	
Amiodipina 10 mg		ECU	
Metformina 500mg		Infecção urinária	
Metformina 850 mg		Proteínaúria	
Glibenclamida 5 mg		Corpos cetônicos	
Insulina NPH		Sedimento	
Insulina regular		Microalbuminúria	
		Proteínaúria de 24h	
		TSH	
		ECG	
		Hemograma	
		Hematócrito	
		Hemoglobina	
		VCM	
		CHCM	
		Plaquetas	

ficha_espeho_programa_de_atencao_aos_hipertensos_e_diabeticos.pdf - Adobe Reader

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

Ferramentas Assinar Comentário

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de Medicina Social UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço _____ Telefones de contato: _____

Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura _____ cm Perímetro Braquial _____ cm

MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA		DATA	
POSIOLOGIA		Glicemia de Jejum	
Hydrochlorothiazide 25 mg		HGT	
Captopril 25 mg		Hemoglobina glicosilada	
Enalapril 5mg		Coletar total	
Enalapril 10mg		HDL	
Losartan 50 mg		LDL	
Propranolol 40		Triglicéridos	
Atenolol 25 mg		Cratemia sérica	
Atenolol 50mg		Potássio sérico	
Amiodipina 5 mg		Triglicéridos	
Amiodipina 10 mg		ECU	
Metformina 500mg		Infecção urinária	
Metformina 850 mg		Proteínaúria	
Glibenclamida 5 mg		Corpos cetônicos	
Insulina NPH		Sedimento	
Insulina regular		Microalbuminúria	
		Proteínaúria de 24h	
		TSH	
		ECG	
		Hemograma	
		Hematócrito	
		Hemoglobina	
		VCM	
		CHCM	
		Plaquetas	

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