

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 5



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de
Saúde Nº14, Manaus/AM**

Rubi Montecino Vargas

Pelotas, 2015

Rubi Montecino Vargas

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Nº14, Manaus/AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família educação à distância 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: Thiago Santos de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

V297m Vargas, Rubi Montecino

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Nº14, Manaus/AM / Rubi Montecino Vargas; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, por me proporcionar esta oportunidade.
A meu orientador, por me ajudar a concluir este projeto.
A equipe de saúde onde trabalho, pelo árduo labor que realizam dia a dia.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.

(Mahatma Gandhi)

Resumo

VARGAS, Rubi Montecino. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Nº14, Manaus/AM.** 101fls Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são os problemas de saúde mais frequentes em adultos na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que o rápido envelhecimento da população, a urbanização, o estilo de vida, a dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e álcool são fatores de risco responsáveis por estes agravos. Diante dessa realidade o projeto de intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS nº 14, Manaus/AM. Para tanto, iniciamos a intervenção em quatro eixos de ação: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação, e organização e gestão do serviço. Partimos de uma capacitação com todos os profissionais da equipe para colocar em prática as diretrizes preconizadas pelo ministério de saúde. Na UBSF nº14, existe no território 2355 pessoas acima dos 20 anos, e segundo o caderno de ação programática existem 742 usuários com Hipertensão arterial e 212 usuários com Diabetes Mellitus. Destes, conseguimos trabalhar com 166 usuários com Hipertensão arterial e 64 usuários com Diabetes Mellitus, correspondendo a 21,7% e 26,4%. Ao longo dos três meses fizemos a busca ativa de 100% dos faltosos, foram identificados 85,7% e 89,3% de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com exames clínicos em dia, além de termos avaliado a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários acompanhados. A proporção de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia priorizada foi de 95,7%, enquanto que para os usuários com Diabetes Mellitus foi de 98,2%, avaliamos também a proporção de usuários com Hipertensão arterial com registro adequado na ficha de acompanhamento que foi de 89,4%, e 91,1% para os usuários com Diabetes Mellitus. A proporção de usuários com Hipertensão arterial com estratificação de risco foi de 88,8% e de 89,3% para usuários com Diabetes Mellitus, ademais prestamos orientações nutricionais, prática de atividade física regular, risco do tabagismo e higiene bucal para 100% dos usuários. Uma das principais dificuldades foi alcançar uma cobertura maior, embora a estimativa estivesse fora da realidade, destaca-se que o número de usuários que participaram do projeto foi reduzido o que não ajudou à ampliação da cobertura, mais conseguimos ganhos importantes, como a organização do registro de acompanhamento, avaliação integral dos usuários, além de ampliação das ações de promoção à saúde e prevenção, com vistas à melhoria da saúde da população. Pretendemos dar sequência a organização estabelecida e ampliar o escopo de atividades na unidade.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; Hipertensão arterial; diabetes.

Lista de Figuras

Figura 1	Cronograma	64
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura programa de atenção aos usuários com Hipertensão arterial na UBS-N14, Manaus/AM.	72
Figura 3	Gráfico indicativo da cobertura programa de atenção aos usuários com Diabetes Mellitus na UBS-N14, Manaus/AM.	73
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM.	74
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM.	75
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM.	76
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM.	77
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de usuários com usuários com Hipertensão arterial com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS-N14, Manaus/AM.	77
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS-N14, Manaus/AM.	78
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia prioriza na UBS-N14, Manaus/AM.	79

Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia prioriza na UBS-N14, Manaus/AM.	79
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS-N14, Manaus/AM.	81
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS-N14, Manaus/AM.	81
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na UBS-N14, Manaus/AM.	82
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na UBS-N14, Manaus/AM.	83
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável na UBS-N14, Manaus/AM.	84
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações sobre a prática de atividades físicas regulares na UBS-N14, Manaus/AM.	84
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo na UBS-N14, Manaus/AM.	85
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS-N14, Manaus/AM.	85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS\PA	Unidades de Pronto Atendimento
NASF	Núcleo de Apoio A Saúde da Família
DISA	Distrito Sanitário de Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
PA	Pronto Atendimento
MA	Micro área
SEMUSA	Secretaria Municipal da Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
HPSC	Hospital Saúde da Criança
CNES	Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USA	Unidade de saúde Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
DISA Norte	Distrito de Saúde Norte
CEO	Centro Especializado em Odontologia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
CA	Controle do Câncer

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise	
Situacional.....	Erro! Indicador não definido.3
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/AP.....	Erro! Indicador não definido.
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido.3
1.3 Comentário comparativo.....	25
2. Análise	
Estratégica.....	Erro! Indicador não definido.6
2.1	
Justificativa.....	Erro! Indicador não definido.6
2.2 Objetivos e metas.....	Erro! Indicador não definido.9
2.2.1 Objetivo geral.....	Erro! Indicador não definido.9
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	Erro! Indicador não definido.9
2.3	
Metodologia.....	Erro! Indicador não definido.9
2.3.1 Detalhamento das ações.....	29

2.3.2	
Indicadores.....	Erro!
Indicador não definido.6	
2.3.3	
Logística.....	Erro!
Indicador não definido.2	
2.3.4 Cronograma	64
3. Relatório da	
Intervenção.....	Erro! Indicador não
definido.66	
3.1 Ações previstas e	
desenvolvidas.....	Erro! Indicador não
definido.66	
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4. Avaliação da intervenção.....	72
4.1	
Resultados.....	Erro!
Indicador não definido.	
4.2Discussão.....	86
5. Relatório da intervenção para os Gestores.....	88
6. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	90
7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	92
Referências.....	94

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade educação à distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que trata sobre a intervenção voltada a melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS/ESF N-14, Manaus/AM. Nesse sentido, o trabalho está dividido em cinco capítulos, complementares entre se, na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional – No qual está inserida a avaliação do estado de saúde de programa HIPERDIA da unidade básica de saúde, do serviço oferecido e de seu contexto local. Apresentando-se o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição das condições estruturais e logísticas da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Capítulo 2 – Análise estratégica – Onde se descreve o planejamento e a definição das ações de saúde para o processo de intervenção para qualificação dos serviços na UBS/ESF N-14. Apresentando os objetivos, metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma de intervenção.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Local onde será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresentando a análise e discussão dos resultados logrados, subsidiando assim, os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Capítulo 5 – Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem – Onde se apresenta a visão pessoal da autora sobre todo o processo de aprendizado, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) USFN14 está localizada no Distrito Norte de Manaus, rede Manauara no Amazonas e é composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários da saúde (ACS), dois dentistas, sendo um com carga horária de 20 horas e outro de 40 horas, e um auxiliar de saúde bucal.

São cadastradas 1078 famílias, as quais somam 4178 pessoas. Na prática este número supera o recomendado pelo Ministério da Saúde e isso repercute negativamente na atenção dada aos usuários desta área de abrangência. Isso ocorre porque a pouco tempo houve uma nova demarcação de território adstrito e estes usuários ainda não se acostumaram com a nova unidade, mas aos poucos isso está melhorando.

Quanto à estrutura física, esta unidade é composta por uma recepção, uma sala de vacinação, uma sala de nebulização, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala de cadastro para os ACS. Na unidade são realizados atendimentos de planejamento familiar, puericultura, atenção ao pré-natal, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde do homem, o hiperdia, atenção à saúde do adolescente e atenção à saúde do idoso. Realizam-se também ações de saúde de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, dirigidas as populações da área de especialmente abrangência.

Entre os problemas mais frequentes encontra-se a baixa cobertura em alguns programas como na saúde do idoso, na saúde do homem e no programa do Hiperdia, e estes problemas estão diretamente ligados às dificuldades em programar atividades educativas para estes grupos, nos quais a unidade está se concentrando em organizar e qualificar os serviços.

Em relação ao processo de trabalho pode-se afirmar que nossa equipe é muito unida e todos colaboram para prestar um melhor atendimento à população. Quanto ao funcionamento na UBS, o planejamento das consultas e o fluxo de usuários são organizados para permitir que os atendimentos ocorram na unidade e nos domicílios, principalmente para os usuários com doenças crônicas, acamados, pós-operatórios ou aqueles que retornaram de uma internação. Também ocorrem as visitas domiciliares das puérperas e dos recém-nascidos para assim fortalecer a inter-relação entre a unidade e a comunidade e promover uma saúde com qualidade.

A organização do trabalho é dirigida fundamentalmente para a prevenção de doenças e promoção à saúde, onde todas as atividades são planejadas de acordo com os programas do ministério da saúde, especialmente os grupos de risco. A equipe trabalha com saúde da escola, saúde bucal, saúde do homem, saúde da mulher, pré-natal, saúde das crianças, adolescente além do hiperdia e das demandas espontâneas e da vacinação. Estas atividades são programadas para o longo da semana de acordo com as necessidades.

Os agentes comunitários fazem os agendamentos para as diferentes consultas, e as técnicas de enfermagem se encarregam da vacina, da triagem e dos curativos, além da farmácia. De acordo com a necessidade nas sextas-feiras se programam as reuniões com toda a equipe para discutir novas atividades ou organizar o serviço. Dentre as nossas dificuldades podemos destacar a sobrecarga com a digitação da produção, a falta de um espaço próprio para atividades educativas, a falta de sala de espera para os usuários, e o fato de não contarmos com parceria com o líder do conselho local, o que nos impede ter um melhor contato com a comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Manaus é a capital do estado do Amazonas e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária localizada no centro da maior floresta tropical do mundo. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões. Conta com uma

população de 1 982 179 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013.

O perfil assistencial de Manaus está formado por uma rede assistencial composta 57 unidades (entre média e alta complexidade), com destaque para 6 maternidades, seis policlínicas e três hospitais infantis. Em relação a composição de unidades de saúde por distrito na zona Leste possui 13 UBS, duas policlínicas e uma Unidade de saúde Ambulatorial (USA); na zona Sul 16 UBS e três policlínicas e na zona Oeste 13 UBS, duas policlínicas. No Município existe um total de 157 UBSF credenciadas, equipe de saúde bucal modalidade tipo I em 74 credenciadas e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I em 25. O DISA Norte conta com 52 unidades de ESF (Estratégia de Saúde Familiar); duas Unidades de Pronto Atendimento (UBS\PA) e duas policlínicas e um Centro Especializado em Odontologia (CEO).

A rede laboratorial da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) está composta por 12 laboratórios e postos de coletas fixos e itinerantes com 36 e 32 respectivamente. Em relação à rede de apoio e diagnóstico o município oferta à população os exames de Raio X, ultrassonografia, eletrocardiograma/telemedicina e mamografia.

A USFN14 está localizada no Distrito Norte de Manaus região é Urbana, seu modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e é composta por um médico geral, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, sete ACS, dois dentistas (sendo que um com carga horária de 20 e outro com 40 horas semanais), um auxiliar de saúde bucal, um técnico em saúde bucal e um funcionário da limpeza. Na unidade estão cadastradas 1078 famílias, com um total de 4178 pessoas. Próxima a UBS-N14 tem uma escola municipal que mantemos uma parceria para a saúde da escola, uma igreja católica e três evangélicas, porém não temos parceria com as igrejas.

Sobre a estrutura física a recepção é uma sala pequena onde os usuários são acolhidos e também donde são armazenados os prontuários por não existir um espaço próprio para este arquivamento, prejudicando ainda mais o espaço que já é pequeno, pois conta ainda com um bebedor de água e duas cadeiras. A Sala de

Espera é um corredor que só tem capacidade para seis pessoas ficando os demais usuários em pé e ainda não tem boa acústica.

Contamos com uma farmácia que está localizada a menos de um metro da Sala Tratamento e da Recepção e é onde se armazenam as medicações, conta com uma área de aproximada de 2.07 m². Nessa sala tem um computador e os medicamentos são despachados pelas técnicas de enfermagem uma vez que a UBS não conta com farmacêutico o que sobrecarrega ainda mais estas profissionais que além desta função e de suas atribuições específicas ainda ficam responsáveis pela sala vacina, fazer curativos entre outras atividades o que muitas vezes congestiona ainda mais a unidade.

Os ACS possuem uma sala pequena e contam com computador, impressora, um arquivador, dois cadeiras, sendo que uma delas está com defecto e um ar condicionado. Atrás dessa sala está localizada a sala de utilidade com uma cadeira uma autoclave, onde é realizada a preparação de materiais. A unidade tem também um sanitário para os funcionários composta por uma bacia sanitária, uma pia e um chuveiro. Já para os usuários tem dois sanitários, sendo um para mulheres e outro para os homens, e eles possuem uma bacia sanitária e uma pia cada, porém não apresentam acessibilidade para as pessoas os deficientes físicos.

Atrás da sala de esterilização tem uma cozinha com aproximadamente 3.66 m² e possui uma mesa com quatro cadeiras, um frigobar, uma pia, um armário, um fogão e um micro-ondas, que está com defeito. O depósito do material de limpeza fica próximo à cozinha e tem uma área de 1.8 m².

O Consultório Médico está localizado atrás da sala de nebulização e possui uma área total de 5 m². Ele conta com duas cadeiras uma para o usuário e a outra o médico, uma maca para fazer exame físico (que não permite a realização do Exame Ginecológico), um armário com amostras de medicamentos e formulários, um negatoscópio, um lavatório com torneiras manuais, e um ar condicionado. A Sala de Procedimentos tem uma área aproximadamente de 4 m² nesta sala se realizam diversas atividades que vão desde a Triagem dos usuários, a pesagem dos bebês e os curativos, e qual conta com uma maca, um lavatório com torneiras manuais, uma balança para os adultos e outra as crianças e um ar condicionado.

A sala das vacinas ocupa uma área aproximada de 4 m², onde são realizadas as imunizações. Esta sala contém uma mesa com duas cadeiras,

armários que se encontram por baixo da bancada, uma geladeira com termômetro, uma bancada com pia com torneiras manuais e um ar condicionado.

A sala de nebulizações tem uma área de aproximadamente 2 m², e conta com um equipamento de nebulização e armários. Esta sala também funciona como laboratório para coletas de sangue nas segundas-feiras. Fora unidade possui um compressor e uma bomba.

O consultório de enfermagem tem uma área de 5 m² onde são realizadas as consultas de pré-natal, de puerpério, exames de citopatologia entre outras consultas. Na sala observa-se uma mesa com duas cadeiras, uma maca ginecológica, um armário, uma escada de dois degraus e um ar condicionado. A sala de odontologia está equipada com duas cadeiras para tratamento dentário, uma bancada com pia, possui entrada para luz natural, sendo esta, a sala de maior dimensão na Unidade com aproximadamente 10 m².

Em relação as atribuições específicas dos profissionais da equipe de saúde seguem as disposições legais que regulamentam o exercício de cada profissional, mas também vão além, pois os profissionais partilham atribuições em comum, como por exemplo o processo de mapeamento e territorialização que é dever de todos os profissionais, assim como a classificação de risco, porém estas não estão sendo bem desempenhadas. O cuidado à população ocorre principalmente no âmbito da unidade de saúde, mas quando necessário é realizado no domicílio ou demais espaços, como as atividades referentes a saúde da escola que algumas delas são realizadas na instituição e outras na unidade de saúde.

Busca-se sempre a atenção integral e ela é realizada com equidade, respeitando os critérios de prioridades entre os usuários, das doenças e agravos de notificação compulsória e de outras situações de importância local. As urgências são atendidas como demandas espontâneas. São realizadas também outros tipos de atendimentos fazem parte do pacto pela vida por exemplo: a saúde do idoso, a prevenção câncer de mama e colo de útero, a saúde mental, a saúde do homem, a saúde da mulher, a saúde do trabalhador, a saúde da criança, a saúde do adolescente, a saúde das pessoas com deficiência física, as pessoas em risco de violência, as pessoas com hepatite ou Aids, a saúde bucal, as doenças emergentes e as endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza).

Em relação à população assistida, temos 1078 famílias cadastradas que totalizam 4178 pessoas, sendo 2.042 do sexo masculino e 2.136 do sexo feminino. Este é superior ao recomendado pelo Ministério da saúde, e além dos usuários da região adstrita, ainda são atendidos usuários de outras áreas. Isso ocorre porque há pouco tempo houve uma modificação da área territorial assistida por estes usuários, mas eles ainda querem continuar sendo atendidos pela nossa unidade e isso sobrecarrega a unidade, mas aos poucos eles vão se acostumando e se direcionando para a outra unidade que corresponde.

A média de atendimentos por dia é de quatro sendo dois pela manhã e dois pela tarde uma vez que precisamos dar espaço para àqueles usuários da demanda espontânea que são aqueles com maior urgência ou àqueles que por alguma razão não conseguiram realizar o agendamento prévio, estes podem vir à unidade para buscar atendimento com a enfermeira ou o dentista. As patologias mais comuns que eles chegam para a demanda espontânea são a infecção do trato urinário, as doenças sexualmente transmissíveis, as infecções respiratórias agudas, a Hipertensão arterial, a diabetes e a dor de dente. O usuário é acolhido inicialmente pelo recepcionista e depois pelo técnico de enfermagem que prepara o usuário, separa o prontuário, além de realizar a verificação do peso, da altura, da pressão arterial e da glicemia, e após isso ele será atendido pelo médico ou enfermeiro.

A realização da puericultura é uma das principais ações programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde (APS) além de ser um fator importante na forte redução da mortalidade infantil. A realização da puericultura é importante para um bom desenvolvimento das crianças e se mostra como algo prioritário na atenção primária, é feito uma avaliação integral tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico para que cada um possa procurar diferentes fatores de risco de acordo com as habilidades e conhecimentos que tem e de acordo com as suas atribuições.

Algumas dificuldades que encontramos na nossa unidade estão desde o agendamento, assim como a correta realização das medidas antropométricas que são realizadas e quase sempre é necessário repeti-las. Além disso, foi feito um levantamento dos prontuários das crianças de nossa área de abrangência, além de uma capacitação para as técnicas de enfermagem sobre uma correta forma da avaliação antropométrica, se pedido a troca de balança, mas só conseguimos que

ela fosse consertada. Também é realizado o acompanhamento do Programa Bolsa Família, Programa Leite do Meu Filho e Saúde do escolar.

Nossa cobertura na atenção das crianças menores de um ano residentes na área foi equivalente a 86%, essa é considerada uma boa cobertura, mas ainda assim falta trabalhar mais na captação já do recém-nascido, para que haja um adequado controle de crescimento e desenvolvimento. E para isso precisamos saber quantas gestantes temos na nossa área de abrangência e tentar manter contato com as que já realizam o pré-natal na unidade e realizar a busca ativa daquelas que não realizam ou estão faltosas, para que possamos desde o início acompanhar os bebês. Na unidade também são realizadas as suplementações de ferro para prevenção de anemia nas crianças, além da aplicação de imunizações e palestras sobre amamentação para o qual usamos os protocolos do ministério. Para o monitoramento das consultas utilizamos registros específicos como a caderneta da criança e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Atualmente residem na área adstrita 88 crianças menores de um ano e destas 76 estão sendo acompanhadas pela nossa unidade, o que corresponde a 86%. Entre estas 75 estão em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde (99%), estando uma com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 55 (72%) destas realizaram o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, 40 (53%) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 50 (66%) realizaram a triagem auditiva nos primeiros sete dias de vida, 60 (79%) realizaram monitoramento do crescimento na última consulta, 75 (99%) estão com as vacinas em dia, 50 (66%) com a avaliação de saúde bucal, 60 (79%) receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e 55 (72%) receberam orientação para prevenção de acidentes.

O número estimado de gestante residentes em nosso território é de 62, porém somente 42 (67%) estão realizando o acompanhamento pré-natal na unidade. O número de gestantes que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre foi de 19 gestantes, o que corresponde a 45%, 35 (83%) consultas estão em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde e todas estas levaram a solicitação ainda na 1ª consulta para exames laboratoriais. Em relação a atualização do calendário vacinal, 32 (76%) estão com vacina antitetânica atualizada conforme protocolo e 16

(38%) com a vacina contra hepatite B atualizada. Todas as 35 (83%) realizaram exames ginecológicos ainda no primeiro trimestre e receberam orientações acerca do aleitamento materno exclusiva, 17 (40%) receberam a prescrição para suplementação de sulfato ferroso, 30 (71%) realizaram avaliação com a equipe de saúde bucal.

Inicialmente tivemos muita dificuldade em conseguir os dados das gestantes uma vez que os prontuários não tinham todas as informações suficientes, o que nos levou a criar um livro para gestantes por micro área no qual seriam preenchidos desde a primeira consulta com a enfermeira na captação do usuário, assim como as datas das próximas consultas tanto para medico como para o dentista, assim como toda coleta de preventivo e atualização vacinal para se ter um melhor controle e atualização dos indicadores.

O número estimado de partos para os últimos 12 meses foi de 88, dos quais 49 (56%) gestantes realizaram consulta de puerpério nos últimos 12 meses (56%). Todas receberam diversas as orientações necessárias para este período como os cuidados básicos com o recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar. Todas também realizaram exame físico das mamas, avaliação psíquica e 30 (61%) realizaram exame ginecológico. O número de puérperas acompanhadas é baixo uma vez que muitas grávidas realizam acompanhamento fora da unidade básica de saúde, por isso se torna tão importante o primeiro cadastro adequado de cada gestante e da puérpera na caderneta e no SIAB.

O processo de trabalho melhorou muito com ajuda dos registros específicos, da organização no agendamento das consultas, e estes fatores contribuíram para um melhor acompanhamento durante o puerpério.

Tendo em vista as elevadas taxas de morbi-mortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações de Controle do Câncer (CA) de Colo de Útero e de Mama são de grande importância na atenção primária à saúde. Foi muito difícil, mas foi possível obter alguns dados do controle de cancer para colo de utero e mama. O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 884, sendo que destas somente 213 são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero o que corresponde a 24%. Das mulheres acompanhadas, 180 (85%) encontram-se em dia com o exame citopatológico para câncer de colo de

útero, 28 (13%) encontram-se em atraso com o exame em mais de seis meses, 12 (6%) apresentaram o exame alterado, 30 (41%) foram avaliadas como em risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero. Todas as 213 receberam orientações para a prevenção deste câncer, além de orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

O acompanhamento de mulheres com prevenção de câncer de colo de útero no valor de 24% é considerado muito baixo, e isso se deve ao fato de que só a enfermeira realiza o procedimento, uma vez que só uma maca ginecológica e, além disso, os resultados dos exames demoram muito para chegar, mais de três meses. Também acredito que se pelo menos uma vez por semana o exame fosse realizado pela manhã e pela tarde ajudaria muito a reduzir a quantidade de consultas atrasadas, e dessa maneira teríamos mais usuárias acompanhadas.

Outro ponto importante seria a realização de palestras educativas sobre o uso dos preservativos para diminuir a incidência de DSTs. O acompanhamento é realizado pela caderneta da mulher e registrado no prontuário, mas uma das nossas principais dificuldades é a falta de preparação das mulheres para a coleta. Propus que a equipe realizasse orientações para estas mulheres de como se preparar para a coleta uma semana antes do agendamento que é realizado pelos ACS, o que está ajudando muito no controle das consultas que está sendo realizadas na sequencia orientada pelo ministério de saúde.

A respeito do câncer de mama o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é de 205. E destas são acompanhadas 100 (49%), sendo que 50 (50%) estão em dia com a mamografia, 20 (20%) estão com mais de 3 meses de atraso neste exame, 5 (5%) foram avaliadas como risco para o desenvolvimento do CA de mama e 80 (80%) receberam orientações sobre prevenção do CA de mama.

No controle de CA de mama são realizadas as solicitações de mamografias e exame das mamas, e todas entram no programa do ministério. Os registros específicos são anotados nas cadernetas da mulher para que ela possa controlar a rotina de exames. Além disso, orientamos quanto a importância do autoexame de mama e evitar uso de substâncias tóxicas, e são realizadas orientações com palestras educativas feitas pela enfermeira acerca da necessidade de realização periódica das mamografias. A equipe gosta muito de trabalhar nesta, uma vez que

não encontramos dificuldades com as solicitações de mamografias e pela facilidade das orientações sobre os hábitos tóxicos e riscos. A nossa dificuldade inicial era com a falta de caderneta para a saúde da mulher e a falta de conhecimento das usuárias a respeito de como deve se proceder o autoexame das mamas.

Em relação à Hipertensão arterial Sistêmica (HAS), a estimativa de pessoas com mais de 20 anos com Hipertensão arterial é de 742, porém somente são acompanhadas 166 pessoas com HAS por esta UBS, o que corresponde a 22% desse total. Destes 90 (54%) realizam a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 50 (30%) estão em atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 90 (54%) estão com os exames complementares periódicos em dia, 100 (60%) receberam orientações sobre prática de atividade física regular, 120 (72%) receberam orientações nutricionais para alimentação saudável e 70 (42%) estão com a saúde bucal em dia.

Este acompanhamento 22% do total de usuários com Hipertensão arterial residentes na área de abrangência é considerada uma proporção muito baixa. É preciso criar estratégias para aumentar a cobertura desse grupo. A carência no setor da saúde de recursos humanos com capacitação na área da informática e a dificuldade de acesso à infraestrutura necessária para o uso desta tecnologia informática podem ser fatores que estejam diretamente relacionados a essa baixa cobertura.

Dificuldades também quanto ao uso da planilha de dados para acompanhamento dos usuários, a falta de treinamento para utilização destes procedimentos, além de questões relacionadas à rotina da equipe e o processo organizacional influenciam nesse percentual. Se os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos tivessem o treinamento adequado, se reciclassem, trocassem experiências e fossem esclarecidos de como todo o sistema funciona desde a sua implantação até o seu desenvolvimento na rede básica de saúde, estes resultados poderiam ser mais satisfatórios.

Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados, considerando que a Hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças crônicas com alta prevalência, hoje investir na prevenção é a melhor maneira de evitar agravos, hospitalizações e consequentes gastos públicos. Além de treinamento e aprimoramento dos recursos humanos, estamos conscientes de que a saúde depende da prevenção, mas que

prevenção não se faz sem informação. No âmbito da atenção básica, o instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de HAS e DM, o Sistema de agendamento do HiperDia, utilizado pelos municípios, também necessita de aperfeiçoamento e treinamento dos profissionais que transferem os dados para o sistema, gerando suporte para a gestão municipal do programa (retorno aos municípios dos dados repassado, verba própria, medicamentos, recursos humanos e materiais).

As ações que são desenvolvidas na unidade de saúde são a verificação da pressão arterial de todos os usuários antes das consultas assim como medição da altura, circunferência abdominal e orientações medicas e de enfermagem sobre estilos de vida saudáveis, exames laboratoriais seguem a frequência do ministério de saúde.

Além da prática contínua de palestras sobre hábitos de vida saudáveis os ACS têm que dar prioridades a outros usuários porque são sempre os mesmos usuários que são agendados para as consultas, o que termina atrapalhado nosso trabalho. Além disso, o profissional tem que ser mais capacitado na prática de verificação da pressão arterial e conhecer melhor os parâmetros normais para assim darem uma atenção mais qualificada. Seria interessante também que os ACS pudessem aferir a PA quando das visitas domiciliares, mas para isso seriam necessários mais aparelhos de aferir pressão. E para o monitoramento dos usuários com Hipertensão arterial usamos as fichas espelhos do ministério de saúde e uma caderneta todos os usuários com Hipertensão arterial que fazem controle da doença aqui na unidade.

Em relação aos usuários com Diabetes Mellitus, são estimados 212 usuários com Diabetes Mellitus com mais de 20 anos na nossa área de abrangência, mas somente 64 (30%) estão realizando acompanhamento aqui na unidade. Destes 30 (47%) estão com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em dia, 35 (55%) estão em atraso da consulta para mais de sete dias, 40(63%) estão com exames complementares em dia, 30 (47%) realizaram o exame físico dos pés nos últimos três meses, 30 (47%) foram avaliados pela palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, 30 (47%) tiveram a sensibilidade dos pés avaliada nos últimos três meses. Além disso, 38 (59%) receberam orientações sobre a prática de atividade física regular, 40 (63%) receberam orientações

nutricionais para hábitos alimentares mais saudáveis e 30 (47%) realizaram a avaliação da saúde bucal.

As dificuldades para o acompanhamento dos usuários com Diabetes Mellitus vão desde falta de fitas métricas, resultados de exames que demora muito para chegar. Para melhorar esse quadro é necessário que se aumente a disponibilidade de exames como teste de glicemias. As ações mais realizadas com esse grupo são as orientações nas consultas médica e de enfermagem acerca dos cuidados higiênicos e dietéticos, orientações sobre a prática de exercício físico regular, a importância da medicação e da realização periódica dos exames laboratoriais. Todas as ações são baseadas nos protocolos do ministério de saúde e, assim como ocorre com os usuários com Hipertensão arterial o monitoramento é realizado por meio da caderneta dos usuários com Diabetes Mellitus por micro área, o uso de ficha espelho para avaliação da patologia e a atualização do prontuário de cada usuário. Com essas medidas e a participação mais ativa da equipe conseguiremos melhorar a atenção dos usuários com Diabetes Mellitus.

Em relação aos idosos, a estimativa era de 253 usuários com 60 anos ou mais residentes na área e atualmente estão sendo acompanhados por nossa unidade 205 (81%). Destes 180 (88%) estão com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 160 (78%) realizaram a avaliação multidimensional rápida, 80 (39%) estão com o acompanhamento em dia, 28 (14%) estão com HAS, 9 (4%) com Diabetes mellitus, 10 (5%) foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade, 10 (5%) foram investigados nos indicadores de fragilização na velhice. Além disso, 180 (88%) receberam orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, 180 (88%) receberam orientações para prática de atividade física regular e 80 (39%) foram avaliados pela equipe de saúde bucal.

Este percentual de acompanhado é considerado adequado de acordo com as estimativas, porém os idosos de nossa área não contam com espaço físico para a prática de atividades físicas e, para melhorar a saúde do idoso, também são necessárias palestras sobre os cuidados com o idoso e sobre suas necessidades e prioridades.

Já estão sendo exigidas nas consultas a caderneta dos idosos para um melhor controle e avaliação deste usuário idoso. Dentro das ações realizadas se destaca as orientações que são dadas nas consultas médicas e de enfermagem

referentes aos cuidados com os idosos e para evitar acidentes em casa, além dos exames físicos e o monitoramento sempre atualizando a caderneta, dos prontuários e o SIAB.

Um de nossos maiores desafios é poder dar uma melhor qualidade de vida para nossos usuários, para aquilo contamos com o melhor recurso que temos são os profissionais da área de saúde já que eles se podem capacitar e adequar em função ao serviço que realizamos e precisamos e os logros alcançados mediante o presente trabalho constituíam rotina de trabalho.

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

Quando se compara o texto inicial com a análise situacional observo que já houve muita mudança principalmente na organização do processo de trabalho como na cobertura e atualização dos cadastros. Inicialmente demos prioridade aos usuários com HAS e DM com aumento da demanda de atendimento e na capacitação dos ACS, por exemplo, para aferir a pressão arterial e, além disso, foram realizadas palestras sobre hábitos de vida saudáveis. Também conseguimos organizar um caderno das consultas com as gestantes e, junto da enfermeira, começamos a semana de coleta de preventivo. A equipe se mostrou muito entusiasmada com as mudanças na forma de trabalhar e também foi reorganizado um conselho local para ajudar nas demandas de saúde. Acredito que estas mudanças serão muito positivas para o nosso trabalho.

2. Análise Estratégica

2.1. Justificativa:

A HAS e a DM são os problemas de saúde mais frequentes em adultos na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que o rápido envelhecimento da população, a urbanização, o estilo de vida, a dieta inadequada, o sedentarismo e o consumo do tabaco e álcool são fatores de risco responsáveis por estes agravos constituírem a principal causa de mortalidade no mundo. Além disso, a HAS e a DM possuem alto impacto na morbidade, os números da Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam que há cerca de 600 milhões de usuários com Hipertensão arterial no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão arterial. Já pelas estimativas da OMS, mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de usuários com Diabetes Mellitus e esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas (PINTO et al., 2011). De acordo com o VIGITEL 2007 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, mas a prevalência do diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos, sem diferença entre os sexos. Em 2008, a prevalência observada entre idosos na mesma faixa etária foi de 20,7%.

Diante do exposto é essencial que os serviços da APS estejam estruturalmente organizados e utilizem intervenções apropriadas para o controle pressórico, sejam capazes de reduzir eventos cardiovasculares nos indivíduos com Hipertensão arterial e complicações nos usuários com Diabetes Mellitus. De uma forma geral, estas doenças apresentam um potencial destrutivo à saúde gerando resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada, disfunção endotelial de alto impacto na morbimortalidade das pessoas, além de provocar custos com as hospitalizações pelas complicações. Nesse contexto, a APS possui um papel

fundamental e deve contar com um protocolo efetivo de intervenção na promoção, prevenção e reabilitação do processo saúde-doença.

Nossa unidade de saúde é composta pelos seguintes espaços: recepção/arquivo de prontuários, sala de espera, farmácia, sala para ACS, sala de utilidades, banheiro para funcionários, depósito de materiais de limpeza, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de compressor e bomba e três consultórios, um de enfermagem, um odontológico e uma médica. Nossa equipe é constituída por 17 funcionários distribuídos da seguinte maneira: um clínico geral, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, sete ACS, uma agente de endemias, uma funcionária administrativa, uma dentista, uma auxiliar em saúde bucal, uma técnica em saúde bucal e uma auxiliar de limpeza. Na área adscrita temos 1078 famílias cadastradas, as quais totalizam 4178 pessoas, sendo 2042 do sexo masculino e 2136 do sexo feminino.

Na UBS nº 14 temos uma estimativa de 742 usuários com HAS residentes na área com 20 anos ou mais, mas são acompanhados 166 usuários, o que equivale a uma cobertura de 22,4%. Já para os usuários com Diabetes Mellitus temos uma estimativa de 212 usuários com 20 anos ou mais, porém são acompanhados 64 usuários, o que equivale a uma cobertura de 30,2%. Temos uma estimativa alta para a realidade de atendimentos que realizamos hoje, somado a isso a mudança no estado de saúde das doenças crônicas exige modificações nos hábitos de vida, mas como geralmente muitos sujeitos são assintomáticos é difícil ter uma adesão ao tratamento e participação ativa do indivíduo no tratamento da sua saúde.

Nosso trabalho em cada consulta médica ou de enfermagem consiste na verificação da pressão arterial de todos os usuários, dessa forma diagnosticaremos aqueles assintomáticos, é feito também exames de rotina a todos os sujeitos, o que nos ajuda no diagnóstico de diabetes, além da verificação do peso que serve para nos auxiliar a detectar fatores de risco como a obesidade para estas doenças. Realizamos ainda palestras de alimentação saudável transmitidas na maioria das vezes pela enfermeira, e individualmente na consulta médica, onde também se é abordado os efeitos dos hábitos tóxicos para a saúde.

Uma intervenção organizada sobre a HAS e a DM é importante no contexto de nossa UBS, no momento ainda temos uma implementação dessa ação programática lenta. Isso porque apesar de já temos feito todo o levantamento dos

usuários com HAS e DM, como também a busca pela recuperação dos faltosos e atualização laboratorial dos exames, a qualificação no atendimento desses usuários está sendo demorada porque existem diversos programas que estão sendo implantados agora na unidade (saúde da escola, vacinas de HPV, busca ativa de usuários com Hanseníase). Outros fatores que limitam nosso projeto são os profissionais que estão saindo de férias e alguns que estão de atestado médica, temos ainda problemas com a falta de materiais, como fitas métricas para a glicemia e a balança que precisa ser trocada, pois já está muito velha.

Outro elemento que também toma muito nosso tempo de trabalho é a excessiva sobrecarga de produção que é exigida pelo Distrito de Saúde Norte (DISA Norte) Um dos aspectos que viabilizam a realização da intervenção diz respeito a disponibilidade da realização de exames pelo laboratório, que vem todas às segundas-feiras nos permitindo atualizar os exames laboratoriais, o qual nos permite fazer um controle das doenças dos sujeitos e de diagnósticos oportunos, para assim melhorar o estado de saúde da nossa população.

O trabalho de intervenção será feito de forma coordenada com avaliação retrospectiva pela equipe de saúde da UBS N14, e serão estabelecidas funções específicas para cada um dos integrantes da equipe de trabalho, embora seja estabelecido um mecanismo coordenado e permanente com DISA Norte e conselho local de saúde para estabelecer ações de promoção prevenção e reabilitação.

O projeto de intervenção tem como propósito principal qualificar a atenção aos usuários com Hipertensão arterial e/ou diabetes, ampliar a cobertura, melhorar a adesão ao programa do hiperdia, estabelecer de registro das informações de saúde e administrativas, fazer o mapeamento de risco para doença cardiovascular e realizar ações de promoção da saúde voltada aos usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus para evitar complicações aguda e crônicas, e dessa forma, melhorar a qualidade de vida e diminuir custos de hospitalização por complicações agudas ou crônicas que é o principal objetivo da atenção básica de saúde.

2.2. Objetivos

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS nº 14, Manaus/AM.

2.2.2 Objetivos específicos:

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

2.3 Metodologia

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus:

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão arterial residentes na área de abrangência da UBS no Programa de atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde N14.

Meta 1.2 Cadastrar 60% dos usuários com Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência da UBS no Programa de atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde N 14.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área.

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

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

Meta 2.5. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da unidade de saúde.

Meta 2.6. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.8. Verificar que as vacinas dos usuários com Hipertensão arterial e Usuários com Diabetes Mellitus que este em dia em 100% dos usuários cadastrados da unidade de saúde.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com Hipertensão arterial faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área.

Objetivo 5. Mapear usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus de risco para doença cardiovascular:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área.

Objetivo 6. Promover à saúde dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus:

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área.

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

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

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área.

2.3.1. Detalhamentos das Ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão arterial da área de abrangência da equipe no Programa de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe no Programa de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar o número de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

• Detalhamento das ações:

- Revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM;
- Cadastrar todos os usuários com HAS e DM da área de cobertura da unidade de saúde.
- Alimentar ficha espelho individual dos usuários para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa;
- Alimentar planilha de usuários cadastrados na unidade para controle de inscritos no programa;
- Realizar reunião da equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

EIXO: Organização e gestão do serviço.**AÇÃO:**

- Garantir o registro dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

• Detalhamento das ações:

- Criar planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes;
 - A enfermeira e a médica da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados;
 - Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe.
 - Capacitar os funcionários da equipe para acolher adequadamente os usuários com HAS e DM.
 - Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial será observado a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro, além de solicitado a gestão a reposição dos aparelhos danificados da unidade de saúde.
 - Para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste será solicitado à gestão a reposição do estoque da unidade de saúde.

EIXO: Engajamento público.**AÇÃO:**

- informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, semestralmente.
- orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão arterial e diabetes.

• **Detalhamento das ações:**

- Realizar palestras educativas pela enfermeira respeito à importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre todas as atividades desenvolvidas no programa.
- Conscientizar os familiares dos mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão arterial e Diabetes;
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da Hipertensão arterial e diabetes principalmente aos usuários de maior risco.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- **Detalhamento das ações:**

- A médica e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe não cadastrados;

- Nas reuniões semanais de equipe a médica e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste;

- A médica e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos de enfermagem.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

- **Detalhamento das ações:**

- Revisão dos prontuários e atualização de acordo ao protocolo do Ministério de saúde dos usuários com HAS e/ou DM;

- Preenchimento de formulário de avaliação de usuários complicados com úlcera do pé diabético, sensibilidade, gerado pela secretaria municipal de saúde de Manaus (anexo C).

- Alimentar ficha espelho individual dos usuários para registro e monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM da área.
- Alimentar planilha de usuários cadastrados na unidade com registro de exame clínico apropriado dos usuários.
- Realizar reunião da equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento e avaliação retrospectiva.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

• Detalhamento das ações:

- Definir atribuições em reunião de equipe de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com Hipertensão arterial.
- Alimentação permanente do formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes (anexo três).
- A enfermeira e a médica da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados sobre avaliação clínica dos usuários cadastrados.
- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas à avaliação clínica dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe.

EIXO: Engajamento público.**AÇÃO:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto importância da avaliação clínica, para evitar complicações de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão arterial e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à vantagem da prática de hábitos alimentícios saudáveis.

- **Detalhamento das ações:**

- Fixar na UBS cartazes e orientativo a respeito da importância da avaliação clínica, para evitar complicações de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão arterial e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas da patologia de base.

- Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento de complicações agudas e crônicas da patologia de base, junto aos usuários na sala de espera da UBS pela enfermeira e os agentes comunitários.

EIXO: Qualificação da prática clínica.**AÇÃO:**

- **Capacitar** a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar os ACS na busca ativa de sinais e sintomas precoce de complicações agudas e crônicas de Hipertensão arterial e diabetes.
- Capacitar os ACS para pesquisa ativa de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência da equipe.
- Capacitar à equipe da unidade sobre sinais e sintomas precoces de complicações agudas e crônicas de Hipertensão arterial e diabetes, incluindo adequada tomada de tensão arterial.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde na identificação de fatores de risco de diabetes Mellitus e Hipertensão arterial.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos usuários com Hipertensão arterial a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar o número de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- **Detalhamento das ações:**

- Revisão dos prontuários e atualização de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com exames

laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde pela equipe de trabalho.

- Análise da ficha espelho individual dos usuários.
- Realizar reunião da equipe para avaliação retrospectiva dos resultados.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

• **Detalhamento das ações:**

- Garantir a solicitação dos exames laboratoriais preconizados no atendimento clínico pela médica responsável e enfermeiro da unidade de saúde.
- Buscar a oferta com o gestor de 10 vagas semanais para realização dos exames complementares solicitados preconizados.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados mediante comunicação permanente da equipe de trabalho da unidade básica de saúde.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- **Detalhamento das ações:**

- Informar a população por meio de palestras e orientações nas visitas e atendimentos sobre a periodicidade necessária para realização dos exames complementares.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar a enfermeira sobre os exames que são precisos solicitar para os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes segundo o protocolo adotado na unidade de saúde.

- Capacitar a funcionária administrativa de nossa unidade para disponibilizar todas as segundas feiras 10 vagas para realização da coleta dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes segundo o protocolo adotado na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- **Detalhamento das ações:**

- Revisão na farmácia da disponibilização do medicamento na unidade para os usuários com Hipertensão arterial e Usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na nossa área.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com Hipertensão arterial e Usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Fazer um controle semanal da validade dos medicamentos da farmácia de nossa unidade.
- Manter atualizado o cadastro dos usuários com Hipertensão arterial e Usuários com Diabetes Mellitus com suas necessidades medicamentosas.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- **Detalhamento das ações:**

- Comunicar aos usuários da nossa área em que farmácias estão disponíveis os medicamentos mediante panfletos.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da Hipertensão arterial.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar aos profissionais na atualização com os protocolos do ministério da saúde para um tratamento atualizado.
- Distribuir panfletos com as farmácias e medicamentos disponíveis pelo governo.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com o dentista.

- **Detalhamento das ações:**

- Revisão dos prontuários de cada usuário que realizou a avaliação com o dentista.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

- **Detalhamento das ações:**

- Disponibilizar na consulta do dentista uma agenda para os usuários com Hipertensão arterial e Usuários com Diabetes Mellitus.
- Capacitar à equipe de saúde para dar prioridade aos usuários com maior risco odontológico.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista.

- **Detalhamento das ações:**

- Aproximar os gestores municipais para reforçar o apoio nas atividades de saúde do dentista e informar a importância das mesmas.

EIXO: Qualificação da prática clínica

AÇÃO:

- Capacitar a equipe para a avaliação bucal do usuário hipertenso e diabético.

- **Detalhamento das ações:**

- A Dentista será quem irá capacitar a equipe para avaliação bucal dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários com Hipertensão arterial faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de usuários com Diabetes Mellitus e com Hipertensão arterial (consultas em dia).

• **Detalhamento das ações:**

• Em cada consulta médica e com a enfermeira se observará o prontuário de cada usuário para a atualização de acordo com o protocolo.

• A médica e a enfermeira realizarão um levantamento anual de todos os usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus para atualização das consultas dos usuários faltosos.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

• Organizar a agenda para acolher os usuários com Hipertensão arterial e os usuários com Diabetes Mellitus provenientes das buscas domiciliares.

- **Detalhamento das ações:**

- Cada agente comunitário fará as visitas domiciliares aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus faltosos do seu respectivo micro área.

- Cada agente comunitário organizará as visitas domiciliares de acordo a sua agenda.

- Os usuários faltosos serão agendados nas consultas do programa de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de Hipertensão arterial (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer aos portadores de Hipertensão arterial e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- **Detalhamento das ações:**

- Antes de iniciar cada consulta será realizada uma palestra aos usuários para conscientizar a importância de não faltar às consultas médicas e manter sua frequência.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Treinar os ACS para a orientação de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

- A enfermeira será quem vai treinar aos ACS para dar orientações aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus sobre a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar a qualidade dos registros de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus acompanhados na unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- A médica e a enfermeira farão um acompanhamento integral em cada consulta de cada usuário hipertenso e diabético e registrarão todos os aspectos realizados na consulta.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não

avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- **Detalhamento das ações:**

- A funcionária administrativa será quem fará a atualização do SIAB.
- Também se abrirá um livro com registros dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus por micro área de cada ACS, sendo estes responsáveis pela atualização.
- Mediante as planilhas dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus se fará um melhor controle das doenças destes usuários.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- **Detalhamento das ações:**

- Os ACS informarão os usuários sobre seus direitos e acesso a segunda via de seus registros de saúde, caso necessário.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

ACÕES

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações:

- A enfermeira e a médica capacitarão à equipe para o preenchimento adequado os registros dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar o número de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- **Detalhamento das ações:**

- Mediante as fichas espelhos de cada usuário serão monitoradas em cada consulta da enfermeira ou médica o registro de pelo menos uma estratificação de risco por ano.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

- **Detalhamento das ações:**

- Os usuários avaliados como alto risco serão de prioridade no agendamento no programa do hipertenso e diabético.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Além das palestras aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus, também se prestará informação em cada consulta de acordo a condição de cada usuário sobre a importância de seu controle e o nível de risco de sua doença e cuidados necessários.

EIXO: Qualificação da prática clínica.**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés dos usuários com Diabetes Mellitus.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

- A médica fará a capacitação da equipe sobre a importância da estratificação de risco segundo o escore de Framingham para os usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus, que será realizado pela médica e enfermeira.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

• Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

• **Detalhamento das ações:**

• Solicitar ao distrito uma parceria de uma nutricionista para todos os nossos usuários.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
• Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

• **Detalhamento das ações:**

• Organizar uma atividade para uma prática sobre quais são os alimentos mais saudáveis para a saúde com os usuários da nossa unidade.

• Será feita uma solicitação ao DISA para uma parceira com nosso projeto de um nutricionista para desenvolver atividades nutricionais na unidade.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar usuários com Hipertensão arterial, usuários com Diabetes Mellitus e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- **Detalhamento das ações:**

- Conscientizar os familiares sobre a importância de boas práticas alimentares e da importância de se ter consultas de acompanhamento.

EIXO: Qualificação da prática clínica.**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

- A médica e a enfermeira capacitarão à equipe e as técnicas sobre dicas de orientação para a alimentação saudável.

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**EIXO:** Monitoramento e avaliação.**AÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

- **Detalhamento das ações:**

- Fomentar nos nossos usuários práticas de atividade física e sua importância para a saúde dos mesmos, mediante palestras e algumas práticas de exercícios físicos.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- **Detalhamento das ações:**

- Fazer solicitação ao distrito para estabelecer parceria com um educador físico para nossos usuários.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar usuários com Hipertensão arterial, usuários com Diabetes Mellitus e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Treinar a equipe para a orientação dos usuários sobre a importância da atividade física para a saúde dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

- O treinamento da equipe para a prática de atividade e educação e suas metodologias será de responsabilidade da médica.

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com Hipertensão arterial.

- **Detalhamento das ações:**

- A equipe de saúde será responsável sobre o monitoramento da orientação sobre os fatores de risco do tabagismo para os usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

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

- **Detalhamento das ações:**

- Solicitar ao Distrito tratamento para os usuários tabagistas e a continuidade dos mesmos.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar os usuários com Hipertensão arterial tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar à equipe para transmitir a informação para nossos usuários sobre a existência do tratamento para usuários tabagistas.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

- A médica da unidade fará uma capacitação á equipe para dar orientação aos usuários tabagistas sobre algumas formas de tratamento e metodologias de educação.

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a os usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

- **Detalhamento das ações:**

- A equipe de saúde será responsável sobre o monitoramento da orientação saúde bucal de nossos usuários.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de sobre higiene bucal.
- Demandar junto ao dentista ações sobre higiene bucal.

- **Detalhamento das ações:**

- A equipe de saúde bucal fará práticas coletivas sobre higiene bucal.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- Orientar usuários com Hipertensão arterial, usuários com Diabetes Mellitus e a comunidade sobre a importância de higiene bucal regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Fazer palestras sobre a importância da higiene bucal.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de higiene bucal regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde bucal com apoio de cirurgião dentista e técnico em saúde bucal.

Detalhamento das ações:

- Fazer treinamento da equipe de saúde sobre as metodologias de educação e práticas de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores**Indicadores referentes ao objetivo de ampliar a cobertura aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus:**

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

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

Denominador: Número total de usuários com Hipertensão arterial residentes na área da equipe da unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários com Diabetes Mellitus residentes na área da equipe da unidade de saúde.

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Indicador 3: Proporção de Usuários com Hipertensão arterial faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com Hipertensão arterial faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicador 4: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com Diabetes Mellitus faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

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

Indicador 5: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com Hipertensão arterial com o exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 6: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com Diabetes Mellitus com o exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicador 7: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de usuários com Hipertensão arterial com os exames complementares em dia.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 8: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicador 9: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: número de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos.

Indicador 10: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: número de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos.

Indicador 11: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com Hipertensão arterial inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 12: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com Diabetes Mellitus inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações:

Indicador 13: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 14: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicadores referentes ao objetivo de mapear usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus de risco para doença cardiovascular.

Indicador 15: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com estratificação do risco cardiovascular.

Numerador: número de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 16: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com estratificação do risco cardiovascular.

Numerador: número de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicadores referentes ao objetivo Promoção da saúde.

Indicador 17: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de usuários com Hipertensão arterial que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 18: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de usuários com Diabetes Mellitus que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicador 19: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de usuários com Hipertensão arterial que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 20: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de usuários com Diabetes Mellitus que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicador 21: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de usuários com Hipertensão arterial que receberam orientação sobre tabagismo.

Denominador: número total de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na área da equipe.

Indicador 22: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de usuários com Diabetes Mellitus que receberam orientação sobre tabagismo.

Denominador: número total de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na área da equipe.

Indicador 23: Proporção de usuários com Hipertensão arterial com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com Hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 24: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística:

A intervenção será realizada na UBSF Nº14 da cidade de Manaus, tendo como principal responsável a médica da unidade. Na intervenção utilizaremos os Manuais Técnicos do Ministério da Saúde nº 36 e 37 de 2013, intitulados: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus e Hipertensão arterial sistêmica.

O registro específico será impresso na nossa unidade sendo a ficha espelho do hipertenso e diabético (ANEXO B), documento do Comitê de Ética(ANEXO A), ficha de avaliação e curativo do usuário com pé diabético(ANEXO D), estas serão utilizadas no acompanhamento de todas as consultas junto com os prontuários de cada usuário para sua avaliação clínica. As impressões serão realizadas pela funcionária administrativa da unidade que é responsável pelos materiais na unidade. Cada ACS será responsável por anexar as fichas espelhos dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus aos prontuários.

A planilha eletrônica (ANEXO C) nos servirá para a coleta de dados, onde a enfermeira analisará semanalmente os prontuários e as fichas espelhos dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus para que estes tenham as consultas em dia, assim como seus exames laboratoriais e vacinas. Os ACS procurarão aqueles usuários faltosos às consultas semanalmente totalizando um atendimento de 12 usuários semanalmente usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus sendo um total de 48 usuários por mês, uma vez feita a busca ativa dos faltosos se realizará o agendamento no programa e as informações serão coletadas semanalmente.

A organização do serviço iniciará com a classificação dos prontuários que será feita pela enfermeira, que classificará todos aqueles usuários que estão faltosos as suas consultas e que também faltam os exames laboratoriais. Estes serão agendados de acordo a necessidade de prioridade para consultas médicas e com a enfermeira, esta profissional ajudará a preencher as fichas espelhos dos usuários e dará palestras sobre os riscos para a saúde.

Desta forma será realizado o primeiro monitoramento de busca ativa de todos aqueles usuários que precisam de um melhor controle para sua doença, os

ACS se encarregarão de agendar os usuários e de comunicar sua necessidade de controle da doença para a equipe. Na triagem dos usuários de todas as consultas seja médica, com a enfermeira ou dentista se fará a busca ativa mediante a verificação da pressão arterial dos usuários com Hipertensão arterial e solicitação de exames laboratoriais dos usuários de risco para diabetes.

O monitoramento será realizado com a coleta de dados dos usuários consultados durante toda a semana e digitalizado no formato excel disponibilizado pelo curso. O preenchimento das fichas espelho nos revelará a necessidade destes usuários quanto ao próximo agendamento e também para sua atualização.

Buscaremos a parceria de um nutricionista que fará palestra sobre uma melhor alimentação a nossos usuários, onde os ACS serão os encarregados por comunicar a todos para que assistam todas as atividades realizadas na nossa unidade, assim como palestras feitas pela médica e enfermeira sobre os riscos de cada doença. As práticas esportivas serão realizadas por um educador físico, a enfermeira comunicará aos líderes da comunidade para que comuniquem sobre nosso programa, e assim eles possam prestar parceria e comunicar a comunidade sobre a importância do cuidado à saúde.

Os ACS serão capacitados sobre os níveis da pressão arterial e quais aspectos devem observar e orientar os usuários nas visitas. A médica treinará as técnicas de enfermagem para que tenham um olhar mais global e atento dos usuários e as técnicas de odontologia serão capacitadas pela dentista para que sigam desenvolvendo suas ações, como dar palestras sobre higiene bucal. Estas atividades serão realizadas nas reuniões de equipe, onde discutiremos temas dos manuais do ministério da saúde.

Busca ativa de usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus faltosos às consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões de equipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3. Relatório da Intervenção

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

A intervenção teve seu início com todas as energias da equipe, já que muitos incorporaram o trabalho na primeira semana, quando fizemos uma reunião

para dar início ao projeto, apresentar os instrumentos que iríamos utilizar e a distribuição das funções. A intervenção estava prevista no projeto para ser realizada em 16 semanas, mas foi realizada em 12 por orientação da coordenação pedagógica do curso, para adequação do calendário do curso com o término da turma 5.

Durante a intervenção os ACS se encarregaram de realizar o preenchimento dos dados dos usuários e anexar nos prontuários as fichas espelho. A enfermeira e a médica fizeram a busca ativa de todos aqueles usuários faltosos às consultas, os quais foram consultados a cada semana, sendo um total de 15 usuários entre eles usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

Para os usuários foi realizada a atualização das necessidades de medicação, exame físico e exames laboratoriais, além de medidas como a reeducação alimentar, informação sobre os riscos para a saúde e cuidados com a saúde bucal. O início foi muito bom já que uma grande parte dos usuários já tinha, em dia, os exames laboratoriais, o que ajudou muito para destinar a atenção à busca ativa dos faltosos.

Ressalta-se que no início a equipe não estava tão comprometida, tendo sido agendada uma outra reunião para podermos dialogar sobre a importância deste projeto. Um dos principais problemas tratados foi que os usuários idosos vêm sozinhos a consulta, porém precisamos de ajuda dos ACS para eles sensibilizarem as famílias sobre os riscos que os idosos estão expostos e sobre a importância de eles acompanharem os seus familiares durante as consultas.

Na terceira semana tivemos a incorporação da dentista no projeto já que ela estava de férias. No entanto, na quarta semana o compressor da odontologia parou de funcionar e a equipe de saúde bucal restringiu-se a realização de atividades educativas nas escolas e na unidade. Nesta semana, ocorreu alteração no turno de atendimento e horário da equipe devido à falta de segurança, mas continuamos com a realização das atividades.

Na sexta semana de intervenção começamos a distribuição de panfletos educativos. Também, continuamos com a realização das visitas domiciliares aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus,

onde foi verificada a pressão arterial e corrigido o uso das medicações. O uso incorreto das medicações foi o nosso principal problema, uma vez que os familiares esquecem de verificar como os usuários vêm tomando a medicação. Assim, foram dadas orientações sobre os possíveis riscos para a saúde destas pessoas.

Os serviços de odontologia continuaram prejudicados devido ao compressor encontrar-se quebrado, mas a equipe realizou atividades educativas durante toda a intervenção.

Foram iniciadas as palestras de nutrição aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus que foram para consulta médica e de enfermagem. Esta atividade foi muito produtiva e teve uma duração de 60 minutos, para dar tempo de iniciar as consultas.

No decorrer da intervenção, os usuários apresentaram as medidas das pressões arteriais controladas, assim como os usuários com Diabetes Mellitus. Algumas alterações laboratoriais foram tratadas e estudadas, a exemplo das alterações hiperlipidêmicas, com a associação, da grande maioria, com a obesidade e o sobrepeso. Para estes casos orientei a prática de atividade física e controle alimentar. Destaca-se a realização de um pequeno festejo para os aniversariantes do mês. Estas atividades ajudam a manter a equipe unida.

Na sétima semana a equipe de odontologia voltou às suas atividades normais e passou a trabalhar com muita energia. Os ACS continuaram fazendo a busca ativa dos usuários faltosos e dando as orientações a respeito da importância de não faltar a consulta. Os resultados dos exames laboratoriais demoraram um pouco, já que tivemos falta de alguns reativos. Continuamos dando orientações sobre uma alimentação saudável e sobre a prática de exercício físico.

A obesidade continua sendo um dos nossos problemas com estes usuários, por isso persistimos em todas as palestras com a exposição dos riscos e da importância de tratá-los. Desta forma, continuamos com o monitoramento e avaliação de nossos usuários. Também, temos dificuldade com a distribuição de medicação para Hipertensão arterial como o Lozartana, que ficou em falta por um período. Infelizmente, os usuários estão comprando o medicamento e aqueles que

não têm condições econômicas estão tentando controlar com outros fármacos disponíveis.

Na nona semana tivemos algumas complicações por conta da chuva, mas recebemos ajuda dos ACS, já que eles mesmos fazem as verificações da PA e da glicemia capilar dos nossos usuários durante as visitas domiciliares. Contamos com a ajuda de um centro de convivência que fica perto da nossa área, onde tem fisioterapeuta que realiza o treinamento dos familiares para cuidar das articulações e da musculatura dos usuários acamados que não podem ser transportados. Também, encaminhei alguns usuários obesos para o centro de convivência, para que façam exercício. Apesar do centro de convivência não pertencer a nossa área, os usuários foram bem recebidos, o que representou um grande apoio às ações desenvolvidas durante a intervenção do projeto.

Na décima semana tivemos alguns inconvenientes tanto pela parte da enfermagem como da médica, pois o projeto demorou um pouco mais, porém continuamos trabalhando, uma vez que as ações fazem parte da nossa rotina. O laboratório ficou sem reagentes para alguns exames durante a décima primeira semana. O projeto continuou, porém sem enfermeira. Assim, o trabalho se tornou mais sobrecarregado, porém continuamos a realiza-lo. Na décima segunda semana tivemos a incorporação de um novo dentista e uma técnica e ficamos muito felizes, uma vez que o atendimento de odontologia ficou muito melhor para poder cobrir a área de abrangência. Continuamos com novos objetivos e a cada dia criando estratégias para melhorar e qualificar a atenção aos nossos usuários.

Quanto a capacitação para nossa equipe poder acolher com mais qualidade os usuários, ainda estamos trabalhando nesta ação, pois solicitamos para o Disa Norte abrir um curso para capacitar nossos funcionários. Assim, esta ação foi cumprida parcialmente.

Outra ação cumprida integralmente foi a garantia de aparelhos para verificar a pressão arterial e os glicômetros, tanto para a unidade como para os usuários mais complicados que fazem uso de insulina em casa.

Para poder levar adiante a realização das palestras, tivemos dificuldade por conta do pouco espaço que temos na unidade, mas não foi um

motivo para deixar de fazer, já que essa ação nos ajudou a diminuir o barulho durante o atendimento, tendo sido cumprida integralmente.

Quanto aos cuidados dos usuários idosos tivemos muitas dificuldades, já que as famílias, muitas vezes, abandonam suas responsabilidades e tivemos que entrar em ação e conscientizá-las sobre os riscos destas doenças para os usuários idosos. Assim, continuamos na luta, pois esta ação foi cumprida parcialmente.

A enfermeira desenvolveu palestras junto com os ACS nas escolas para os adolescentes a respeito da importância de verificação da PA em maiores de 18 anos, cumprindo integralmente esta ação. Com respeito a conscientização aos familiares dos usuários mais predispostos, como os idosos, tivemos muitas dificuldades, mas os ACS nos ajudaram muito já que eles ficam mais perto da comunidade e facilitaram a comunicação entre as famílias para darem uma atenção especial aos usuários idosos.

Tivemos muitas vantagens com o laboratório que nos disponibilizou 30 coletas por semana. Isso nos permitiu disponibilizar as coletas para nosso projeto. A parte da odontologia organizou as consultas por programas, nas quais incluem os usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus por ordem de prioridade. Ademais, foram feitas palestras educativas a respeito da importância de uma adequada higiene bucal, sendo cumprida parcialmente devido a falta do compressor no transcorrer do projeto, mas no final tivemos a incorporação de uma dentista a mais na unidade, o que nos ajudou muito.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

A solicitação de um educador físico para as práticas de exercício para os usuários com HAS e DM, não foi feita por falta de uma infraestrutura adequada para essa atividade, além de falta de recursos econômicos para a contratação deste profissional.

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

Apresentamos dificuldades com os indicadores de cobertura do programa de atenção ao hipertenso. A cobertura foi muito baixa, diante das dificuldades já expostas, chegando a 21,7% para um total de 161 usuários com Hipertensão arterial com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência. A estimativa é de 742 usuários com Hipertensão arterial, sendo este valor muito alto para a quantidade de usuários com Hipertensão arterial de 20 anos ou mais cadastrados na unidade.

Também, apresentamos dificuldades com os indicadores de cobertura do programa de atenção ao diabético, no qual só alcançamos 26,4%, ou seja, 56 usuários com Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais residentes na área que foram acompanhados. Este valor ficou muito baixo para nosso projeto de intervenção que tem uma estimativa de 212 usuários com Diabetes Mellitus na nossa área de abrangência.

Nossa equipe não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, já que toda a equipe trabalhou unida mediante o treinamento realizado.

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

A incorporação destas atividades já faz parte da nossa rotina, mas algumas coisas não dependem da equipe, por exemplo: um compressor com defeito paralisa o trabalho da equipe de odontologia, assim como a falta de reagentes para alguns exames específicos dificultam nosso trabalho. Assim, como estes problemas não persistem por longos tempo o projeto tem viabilidade para continuar sendo conduzido na rotina do nosso atendimento. Um dos aspetos que temos pensado é melhorar o acolhimento dos nossos usuários e continuar trabalhando na organização do serviço, já que a cada dia temos enfrentado diferentes dificuldades.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBSF-N14 tratou de melhorar à atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e teve duração de três meses. É importante destacar que para que o projeto alcançasse mais qualidade foi preciso recomeçar o cadastramento dos usuários do zero, tomando como base as buscas ativas para usuários faltosos. Para a análise dos dados a seguir reitero que foi utilizado o caderno de ação programática disponibilizado pela especialização. Assim, as atividades desenvolvidas levaram aos resultados descritos abaixo.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus com mais de 20 anos.

No território existem 2.355 pessoas nessa faixa etária, e destes foram estimados pelo caderno de ação programática 742 usuários com Hipertensão arterial e 212 usuários com diabetes, que correspondem respectivamente a 31,5% e 9% do total de pessoas adstritas nessa faixa etária. Sendo assim, entre os usuários com Hipertensão arterial, no primeiro mês foram cadastrados 51 (6,9%), no segundo mês 103 (13,9%) e no terceiro mês 161 (21,7%) (Figura 02).

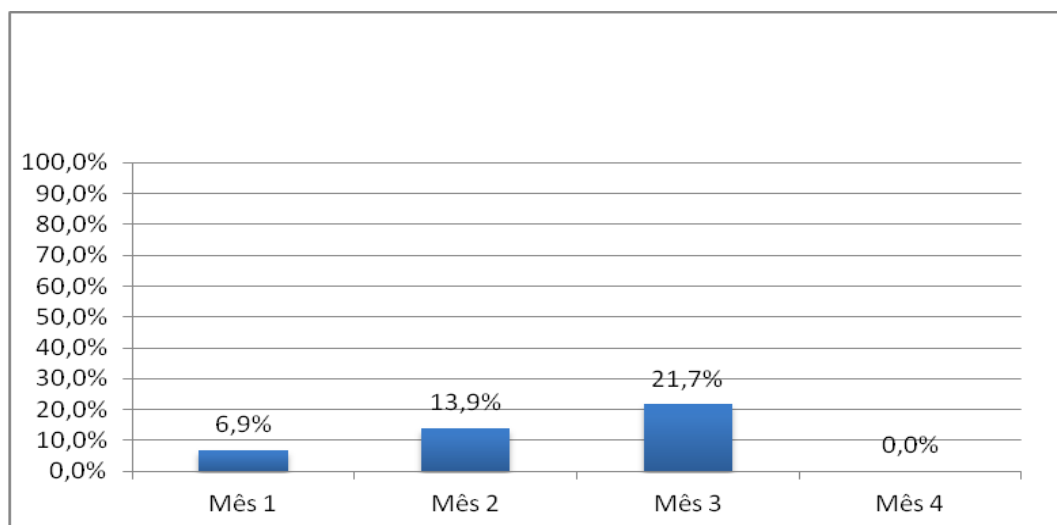


Figura 02: Gráfico indicativo da cobertura programa de atenção aos usuários com Hipertensão arterial na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Apesar de termos conseguido aumentar o número de usuários cadastrados em cada mês não foi possível alcançar a meta de 60%, e isto pode ter acontecido, entre outros fatores, pela estimativa de usuários com Hipertensão arterial na área de abrangência ser muito elevada e tivemos pouco tempo para a coleta de dados. Além disso, as chuvas muito frequentes, as faltas dos usuários às consultas e as dificuldades na realização de exame laboratoriais também interferiram nestes resultados.

Entretanto é importante ressaltar que para melhorar o nosso atendimento foi realizada durante todo o período da intervenção a busca ativa para aqueles usuários faltosos, as orientações acerca da importância da alimentação e manutenção das fichas de acompanhamento como rotina do serviço. Também faz parte de nossa rotina a verificação da pressão arterial de todos os usuários que buscam a unidade de saúde para que assim possamos captar os usuários com Hipertensão arterial e iniciar os tratamentos.

Em relação aos usuários com Diabetes Mellitus conseguimos manter o mesmo padrão de aumento nos cadastros mês a mês, sendo que no primeiro mês foram cadastrados 22 (10,4%), no segundo mês 38 (17,9) e no terceiro mês 56 (26,4%) (Figura 03).

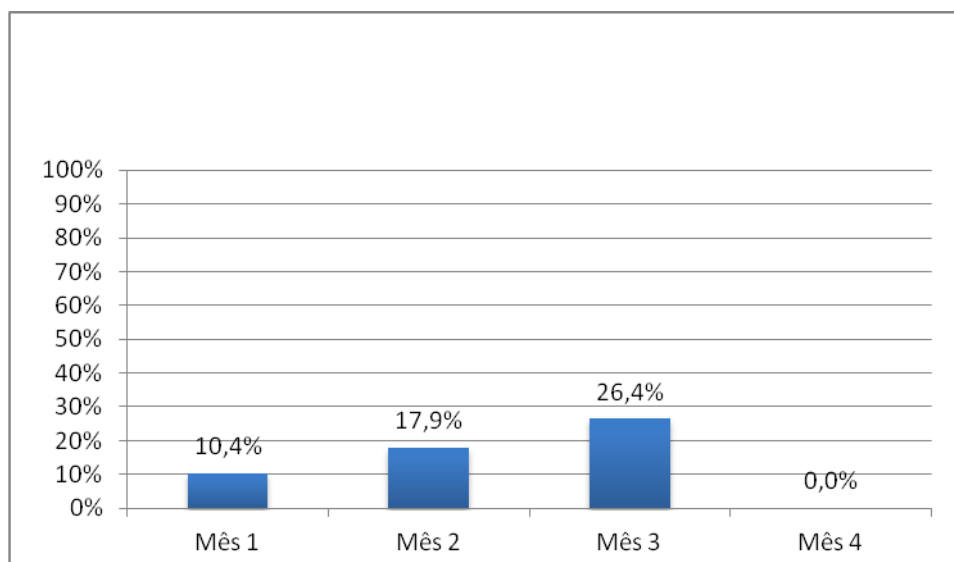


Figura 03: Gráfico indicativo da cobertura programa de atenção aos usuários com Diabetes Mellitus na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Assim como aconteceu com cadastro dos usuários com Hipertensão arterial, os cadastros dos usuários com Diabetes Mellitus não atingiram a meta de 60%, e

isto pode ter ocorrido também pelo pouco tempo da intervenção. Mas, apesar disso, podemos observar que o número de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados aumentou a cada mês, o que nos permite sugerir que a medida que continuarmos com a busca ativa conseguiremos atingir a nossa meta e assim realizar o acompanhamento de todos os usuários com Diabetes Mellitus, em especial aqueles usuários obesos e com predisposição ao desenvolvimento da diabetes mellitus.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus

A fim de melhorar a qualidade da atenção prestada a estes grupos de usuários foram realizados exames clínicos (Figura 04) e complementares (Figura 05). Podemos observar nas duas figuras que a proporção de usuários com Hipertensão arterial no primeiro mês era de 41 (80,4%) dos 51 usuários cadastrados, no segundo mês este número aumentou para 83 (80,3%) dos 103 que estavam cadastrados para o exame clínico e 84 (81,6%) para o exame complementar para os 103 cadastrados e no terceiro mês nos dois casos para 138 (85,7%) dos 161 que estavam cadastrados.

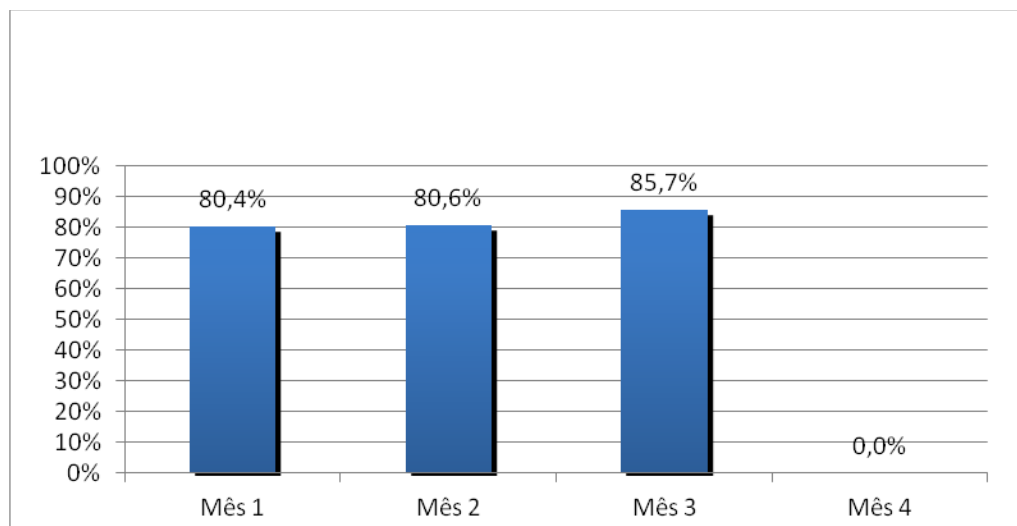


Figura 04: Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

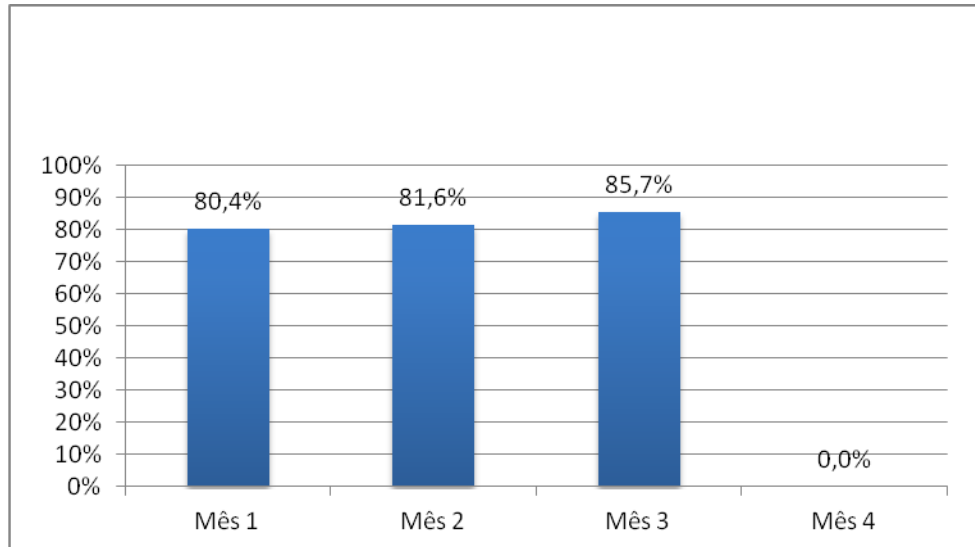


Figura 05: Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Como podemos observar nos gráficos acima, apesar de não termos atingido os 100% a porcentagem foi melhorando a cada mês e só não foi possível realizar o exame clínico de todos os usuários com Hipertensão arterial cadastrados porque muitos não estavam em dias com suas consultas, e mesmo após a busca ativa, alguns usuários não conseguiram vir a consulta por serem idosos e depender de algum acompanhante para vir à unidade. Além desses casos, alguns exames laboratoriais atrasaram e, tanto os exames quanto as consultas tiveram que ser reagendadas. E para esses casos contamos muito com o apoio dos ACS por estarem mais próximos dos usuários.

O mesmo poderá ser observado em relação aos usuários com Diabetes Mellitus onde no primeiro mês 18 (81,8%) deles haviam realizado o exame clínico dos 22 cadastrados, no segundo mês 32 (84,2) dos 38 cadastrados e no terceiro mês 50 (89,3%) dos 56 cadastrados. Assim como no outro caso, o número de exames clínicos realizados aumentou com o decorrer da intervenção, mas também ficaram faltando realizar o exame clínico de alguns usuários devido ao não comparecimento destes à consulta apesar de terem sido informados sobre a importância das consultas, do controle da doença. Os ACS contribuíram muito em conscientizar as famílias sobre a importância de acompanhar e cuidar corretamente dos idosos para evitar o agravamento da doença (Figura 06).

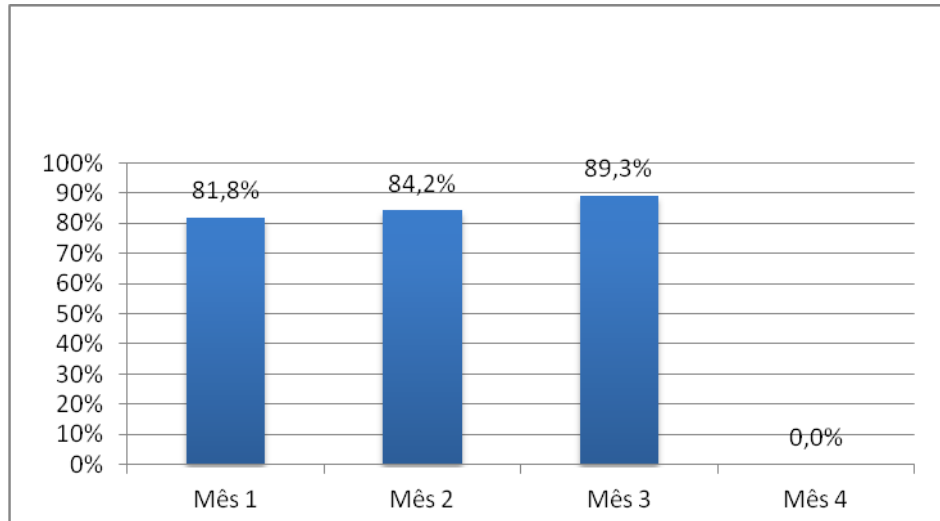


Figura 06: Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

O número de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia no primeiro mês foi de 17 (77,3%) dos 22 cadastrados, no segundo mês foi de 31 (81,6%) dos 38 cadastrados e no terceiro mês foi de 48 (85,7%) dos 56 cadastrados. Assim como para os outros dados não conseguimos atingir a meta de 100% principalmente devido à falta de reagentes no laboratório e porque alguns usuários estiveram não compareceram à consulta. E, assim como aos usuários e familiares dos usuários com Hipertensão arterial, os familiares dos usuários com Diabetes Mellitus receberam dos ACS orientações sobre a importância de não faltar às consultas para um acompanhamento adequado da doença (Figura 07).

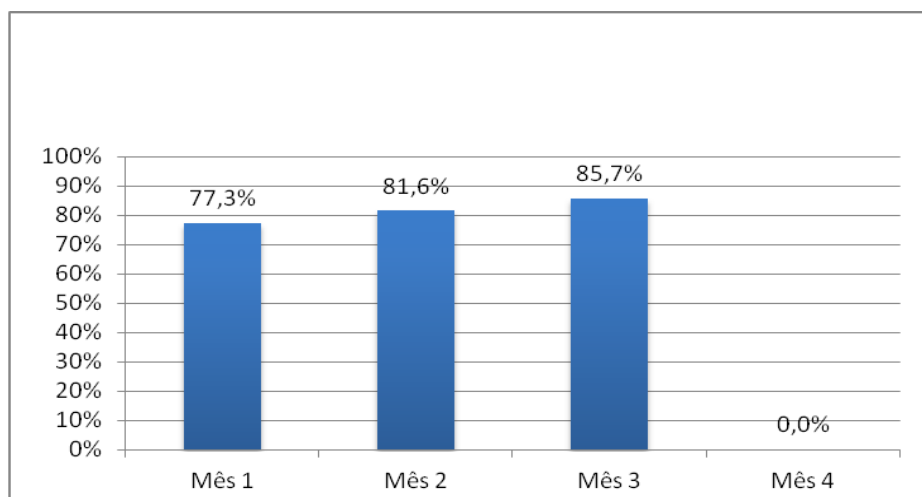


Figura 07: Gráfico indicativo da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 100% no primeiro e segundo mês, porém no terceiro mês atingimos 98%, mas com a ajuda do novo dentista conseguiremos manter as avaliações e atendimentos odontológicos em dia (Figura 08).

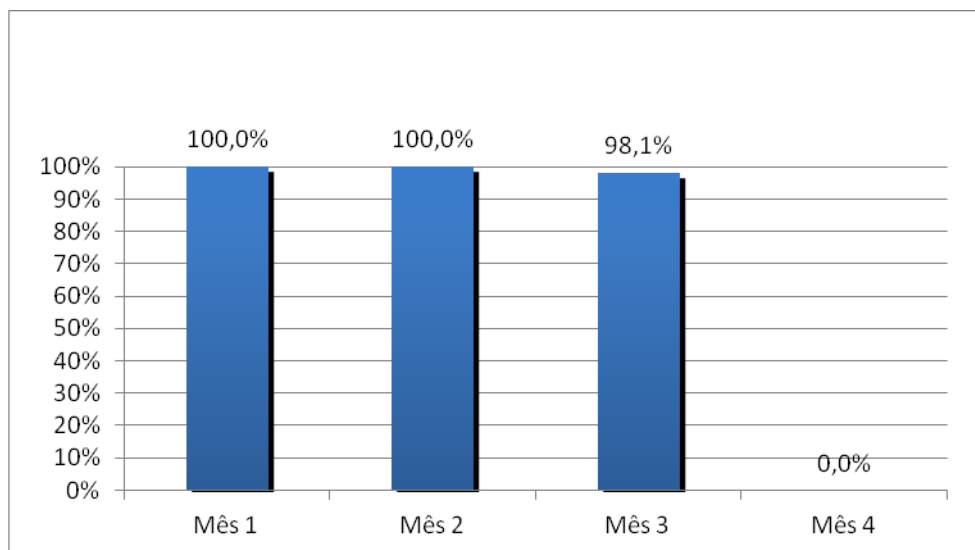


Figura 08: Gráfico indicativo da proporção de usuários com Hipertensão arterial com avaliação da necessidade do atendimento odontológico de acordo com o protocolo na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Já em relação aos usuários com Diabetes Mellitus no primeiro mês foi de 21 (95,5%), no segundo mês 37 (97,4%) e no terceiro mês de 55 (98,2%). E esperamos que com a chegada no novo dentista possamos atingir a meta de 100% (Figura 09).

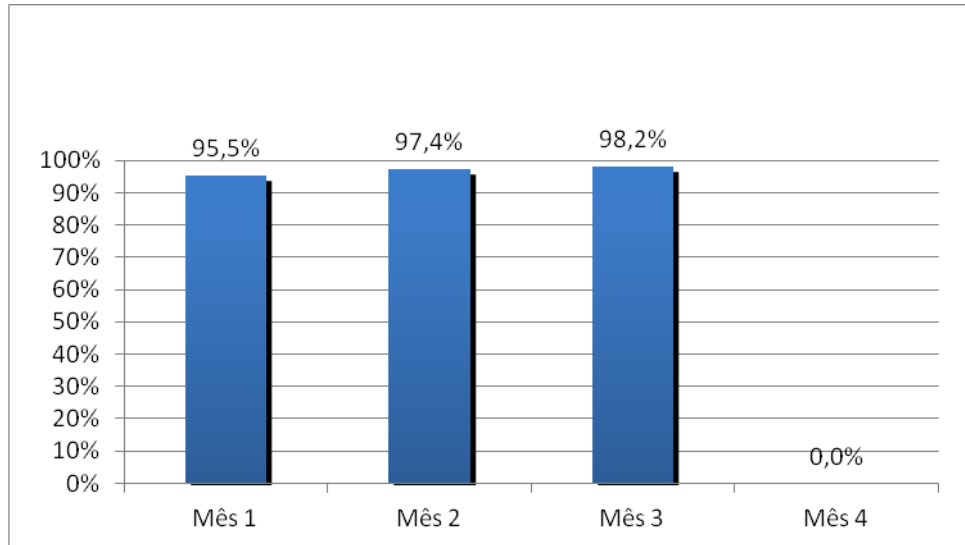


Figura 09: Gráfico da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos foi de 50 (98%) no primeiro mês, de 97 (94,2%) e no terceiro mês foi de 154 (95,7%). Apesar de termos conseguido um número alto de usuários com prescrição de seus medicamentos não conseguimos atingir os 100% porque alguns usuários precisaram trocar para outro tipo de tratamento, além de disso, alguns usuários possuem mais recursos econômicos para comprar os medicamentos que eles preferem, como é o caso de medicamentos combinados (Figura 10).

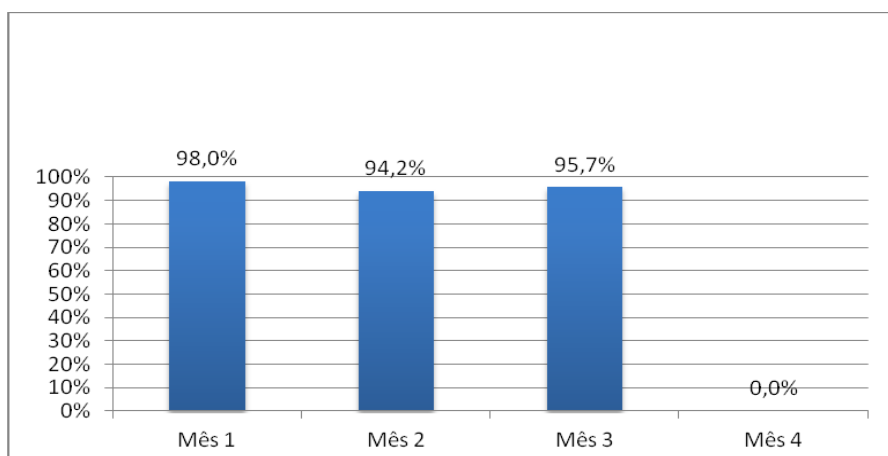


Figura 10: Gráfico da proporção de usuários com Hipertensão arterial com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia prioriza na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos no primeiro mês foi de 21 (95,5%), no segundo mês 37 (97,4%) e no terceiro foi de 55 (98,2%). Mais uma vez não conseguimos atingir a meta de 100%, e pela mesma razão dos usuários com Hipertensão arterial, alguns usuários com Diabetes Mellitus acham melhor comprar os medicamentos combinados (Figura 11).

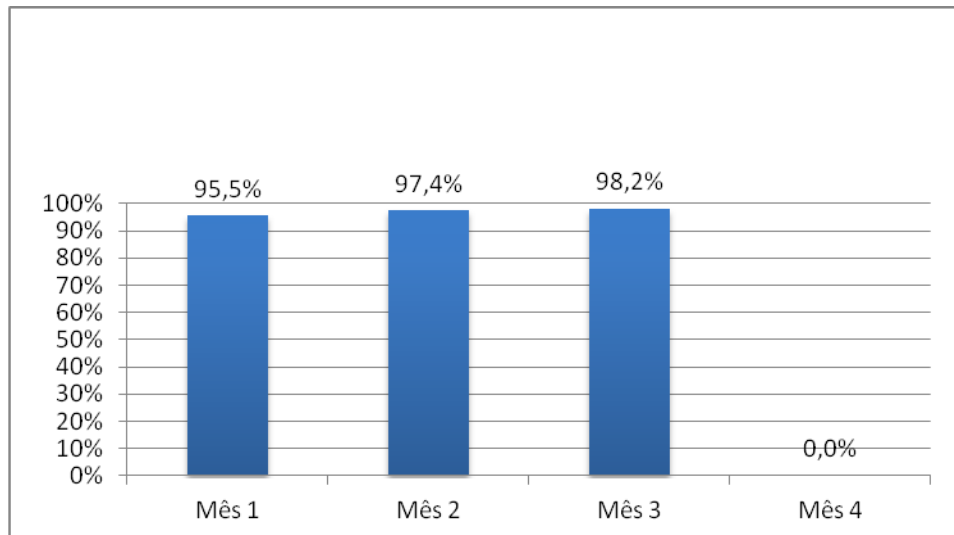


Figura 11: Gráfico da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia prioriza na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Os indicadores demonstram que houve um aumento gradativo desde o primeiro mês, na qualidade do atendimento aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus. Este resultado positivo ocorreu devido ao esforço de toda equipe da UBS, que se encarregou do cadastro, da organização dos dados e da alimentação das fichas e planilhas. O trabalho de orientação aos usuários e seus familiares também foi muito importante para que eles sigam corretamente os tratamentos propostos, não faltem às consultas e realizem os exames clínicos e laboratoriais de forma adequada.

Objetivo 3. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

A busca ativa é uma importante ferramenta utilizada para resgatar e manter atualizados os dados dos usuários sempre, e, com isso, melhorar o controle e o acompanhamento dos usuários. Com relação à busca ativa dos faltosos às consultas, conseguimos atingir 100% da nossa meta nos três meses da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações nas fichas dos usuários com Hipertensão arterial e/ou diabetes

O indicador de proporção de usuários com Hipertensão arterial com registro adequado na ficha de avaliação foi satisfatório uma vez que conseguimos preencher completamente a ficha no primeiro mês de 44 (86,3%), no segundo mês de 89 (86,4%) e no terceiro mês foi de 144 (89,4%). Como já foi mencionado anteriormente, alguns usuários idosos com Hipertensão arterial dependiam de acompanhantes para comparecerem as consultas e outros não conseguiram realizar os exames laboratoriais como programado e por isso não conseguimos atingir a meta de 100% na qualidade dos registros (Figura 12).

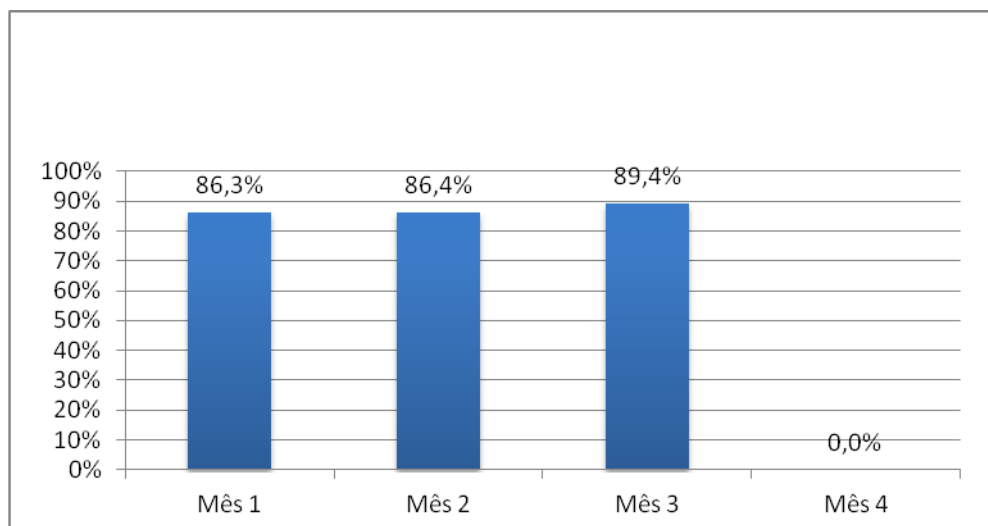


Figura 12: Gráfico da proporção de usuários com Hipertensão arterial com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de usuários com Diabetes Mellitus com registro adequado na ficha foi de 18 (81,8%) no primeiro mês, de 33 (86,8%) no segundo mês e de 51 (91,1%) no terceiro mês. E, como já foi citado, alguns usuários não conseguiram realizar os exames complementares por falta dos reagentes no laboratórios e outros faltaram as consultas e isso prejudicou o preenchimento adequado das fichas destes usuários (Figura 13).

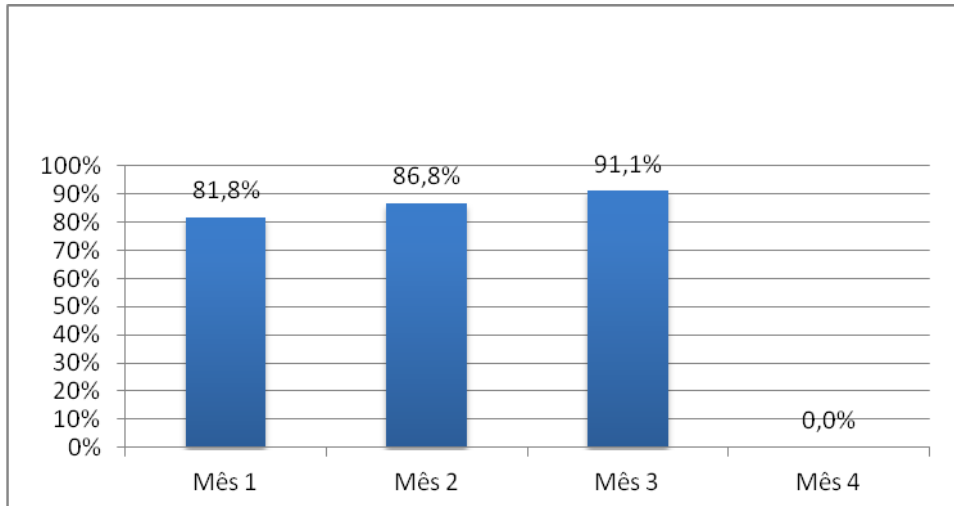


Figura 13: Gráfico da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 5: Mapear usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus de risco para doença cardiovascular.

Como é possível observar na figura 14, a proporção de usuários com Hipertensão arterial com estratificação de risco aumenta gradativamente, durante o primeiro mês foi realizada em 42 (82,4%), no segundo mês em 88 (85,4%) e no terceiro mês em 143 (88,8%) (Figura 13). Já na figura 15 é possível observar que entre os usuários com Diabetes Mellitus isso não foi diferente, onde no primeiro mês foi realizado em 17 (77,3%), no segundo mês em 32 (84,2%) e no terceiro mês em 50 (89,3%). E a meta de 100% não foi atingida devido ao fato de que alguns usuários não terem conseguido realizar os exames laboratoriais e outros por terem faltado às consultas.

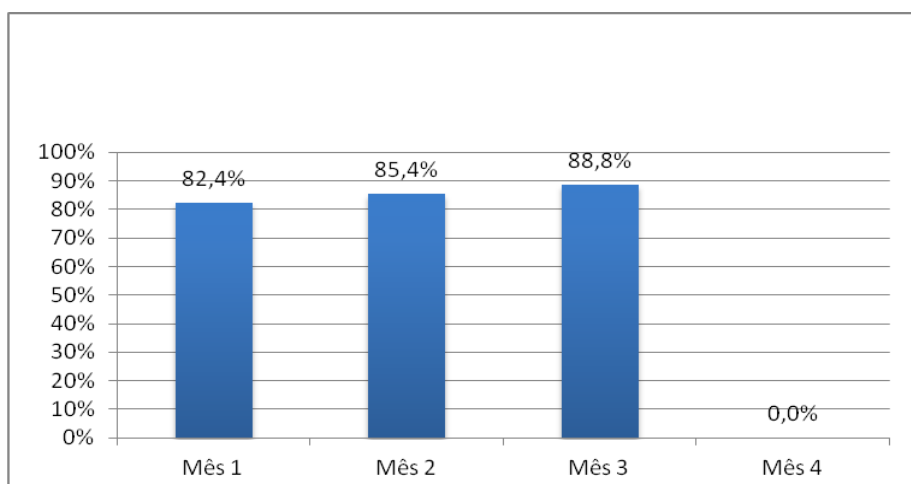


Figura 14: Gráfico da proporção de usuários com Hipertensão arterial com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

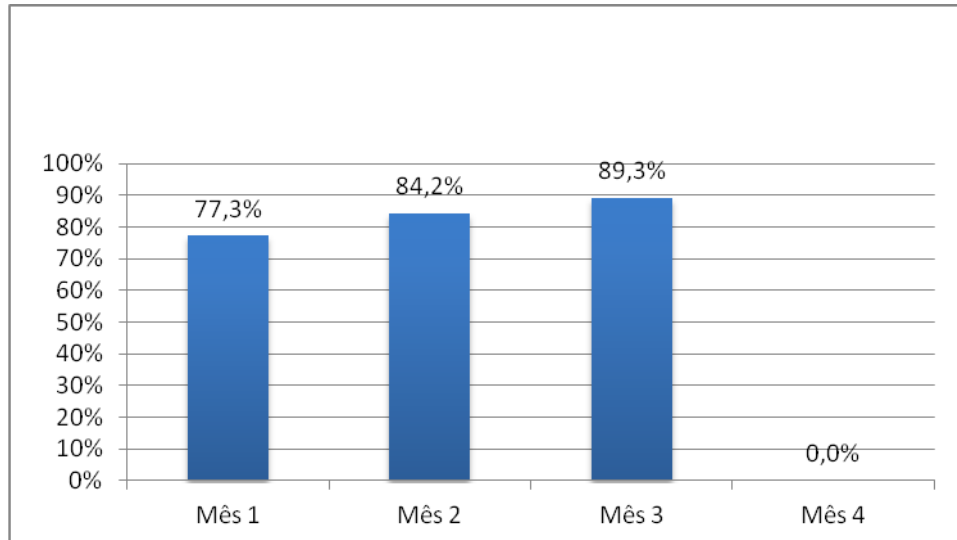


Figura 15: Gráfico da proporção de usuários com Diabetes Mellitus com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção da saúde voltada aos usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus

As ações de promoção da saúde são fundamentais para uma melhor qualidade as pessoas, especialmente daquelas com doenças crônicas. A proporção de usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável e orientações para a prática de atividade física regular para o primeiro e segundo mês foi de um (100%), mas no terceiro mês foi de 158 (98,1%) (Figura 16 e 17). Não foi possível atingir os 100% porque a enfermeira entrou de licença médica no último mês. A proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientações nutricionais e sobre atividade física regular atingiu a meta de 100% com ajuda da nutricionista e a enfermeira da equipe.

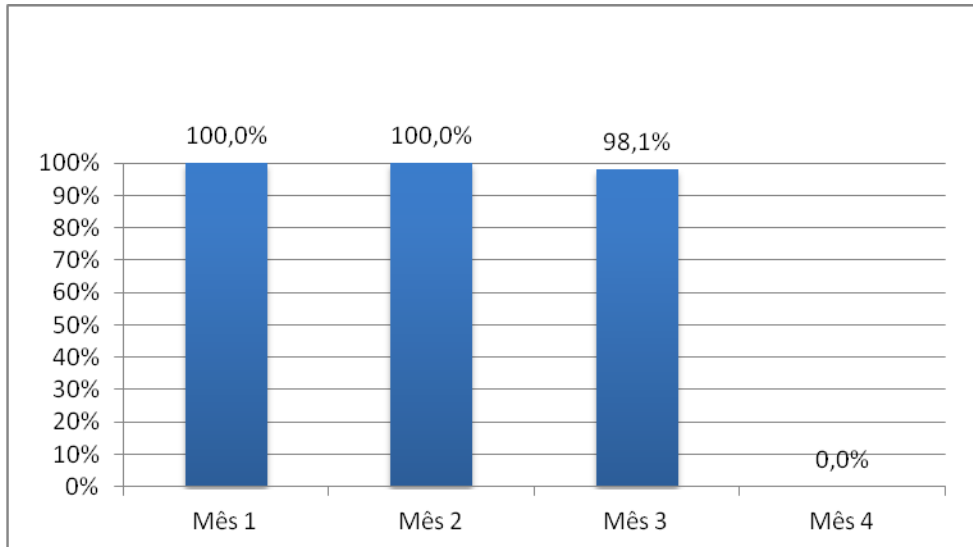


Figura 16: Gráfico da proporção usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

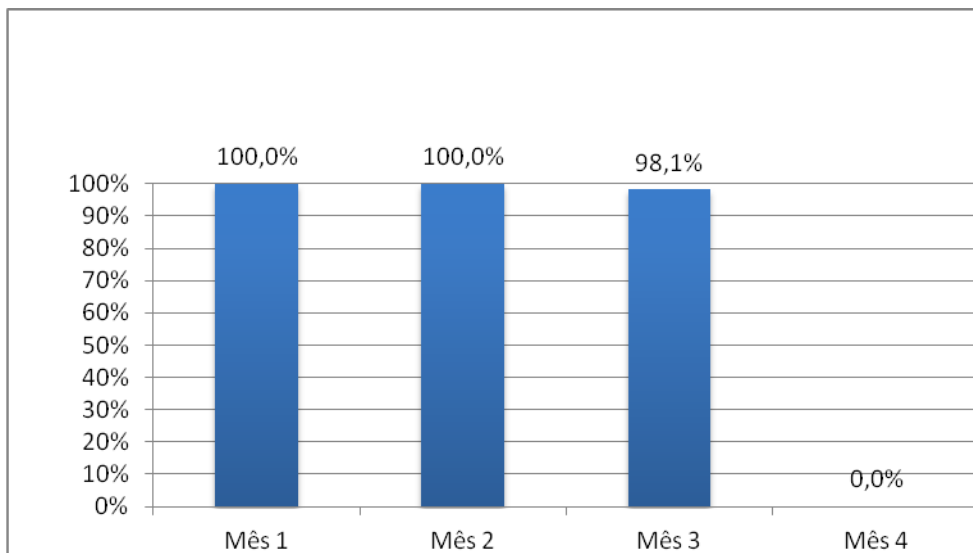


Figura 17: Gráfico da proporção usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações sobre a prática de atividades físicas regulares na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Em relação às orientações sobre os riscos do tabagismo, entre os usuários com Hipertensão arterial, no primeiro mês conseguimos orientar 50 (98,0%), no segundo mês 103 (100%) e no terceiro mês 158 (98,1%) (Figura 18). Entre os usuários com Diabetes Mellitus a proporção foi de 100% para os três meses de intervenção.

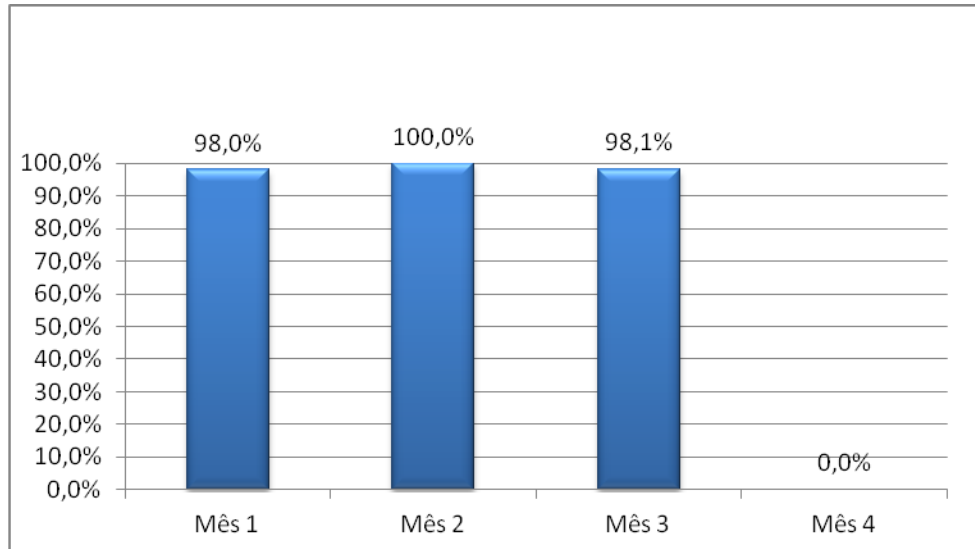


Figura 18 Gráfico da proporção de usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Em relação à saúde bucal dos usuários com Hipertensão arterial, nos dois primeiros meses conseguimos atingir 100%, mas no terceiro mês conseguimos alcançar 98,1% (Figura 19). Em relação aos usuários com Diabetes Mellitus, conseguimos atingir 100% nos três meses da intervenção.

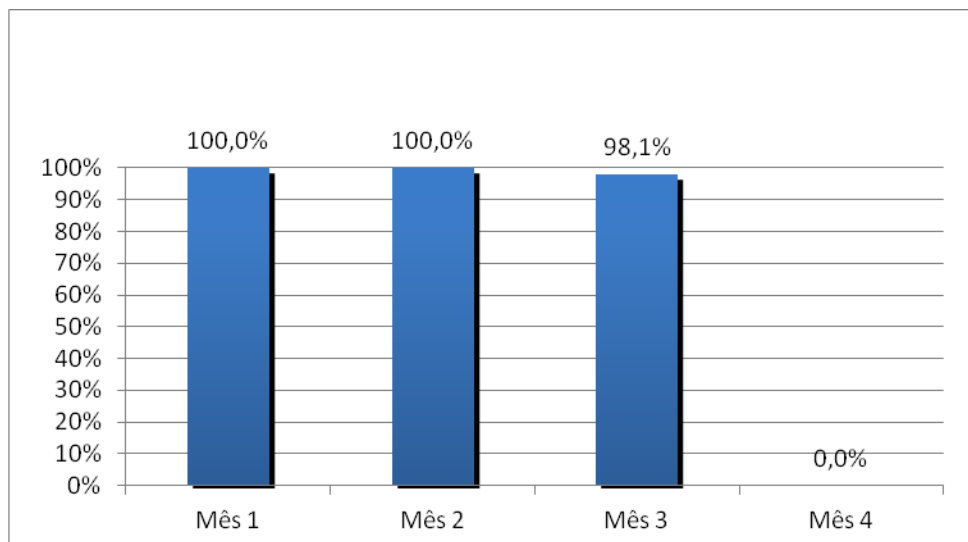


Figura 19: Gráfico da proporção usuários com Hipertensão arterial que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS-N14, Manaus/AM. Fonte: Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus da área de abrangência, uma melhoria dos registros nas fichas de espelho e de acompanhamento, uma maior adesão aos tratamentos propostos, além do aumento do número de avaliações físicas, exames complementares, prescrição de medicamentos e atendimentos odontológicos realizados nestes usuários no período de duração da intervenção.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão arterial e da diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, do enfermeiro, da técnica de enfermagem e da recepcionista. Ficando, em linhas gerais, como atribuições gerais a criação de planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes.

Como atribuições específicas o enfermeiro era responsável pela realização de palestras educativas a respeito da importância do controle da pressão arterial, além de treinar os agentes comunitários de saúde para darem orientações aos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus sobre a periodicidade das consultas. O enfermeiro e a médica eram responsáveis por realizar semanalmente o controle dos registros de dados dos usuários cadastrados e capacitar os ACS a respeito da busca ativa periódica dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus não cadastrados na área de abrangência.

Inicialmente os profissionais da equipe foram treinados para acolher adequadamente os usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus, para realizarem adequadamente a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste e conscientizar os familiares dos mais predispostos, como os idosos, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão arterial e Diabetes. A equipe de saúde bucal ficou responsável por realizar práticas coletivas sobre higiene bucal. Os usuários avaliados como alto risco tiveram prioridade no agendamento no programa dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

A intervenção permitiu ao serviço uma intervenção que cada membro da equipe realizasse atribuições específicas e conjuntas sem interferir na atividade dos outros. Permitiu também uma melhor organização nos agendamentos permitindo melhor fluxo nos atendimentos, além de prontuários mais organizados para melhor identificação do diagnóstico de cada usuário, porque antes da intervenção não era possível identificar muito bem os usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus.

Após a intervenção os usuários conheceram melhor o programa HiperDia e passaram a conhecer mais os seus direitos, e isso possibilitou as prioridades de atendimento serem atendidas primeiro sem reclamação por parte dos outros usuários. Além disso, aumentamos a cobertura dos usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela unidade, mesmo que ainda não tenhamos conseguido os 100% já foi possível observar uma melhora na qualidade dos acompanhamentos.

A intervenção poderia ter sido melhor se o cadastramento dos usuários com Hipertensão arterial e usuários com Diabetes Mellitus tivesse sido realizado com mais rapidez e se tivesse um maior envolvimento da equipe desde o começo.

Ainda falta continuar com a qualificação da equipe, temos muita dificuldade com as habilidades informáticas, com a incorporação de e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Que é um desafio para a equipe, que progressivamente vamos mudando a realidade e que os protocolos estabelecidos no marco de presente trabalho estão se convertendo em rotina diária da equipe, embora que falta muito para fazer, a comunidade recebeu impacto positivo das ações desenvolvidas, no futuro pretendemos conseguir espaços físicos para atividades de promoção de saúde, como: espaço para a realização de esporte, que seja rotina diária de pelo menos 30 minutos diário por quatro vezes por semana, estabelecer palestras em cada micro área sobre os efeitos nocivos de tabagismo, sedentarismo e a importância de controle adequado de peso para evitar a obesidade.

5. Relatório da Intervenção para os Gestores

Prezados gestores,

Como parte integrante das atividades vinculadas ao programa Mais Médicos Brasil, curso a Especialização em Saúde da Família promovida pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas desenvolvemos o presente trabalho de conclusão de curso com a realização de intervenção da ação programática de qualificação de atenção aos usuários com Hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS-N14, que é fruto da identificação de problemas de saúde e priorização utilizando o Método Hanlon de análise situacional da população da área de abrangência.

Nesse contexto com o objetivo de melhorar a qualificação da atenção aos usuários de hiperdia, foi desenvolvido o presente trabalho de intervenção durante três meses com usuários de 20 anos usuários com Hipertensão arterial e/ou usuários com Diabetes Mellitus. Motivados pela alta prevalência de usuários no programa HIPERDIA, sem cadastro adequado de usuários, não existência grupos de palestra de promoção orientados para o programa, assumimos o desafio e entendemos que deve qualificada utilizando as ferramentas científicas disponíveis na atenção primária e adequando-nos as condições físicas estruturais. Inicialmente foi realizada uma capacitação dos profissionais integrantes da equipe para melhor uso das práticas e diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde e que seja de rotina diária.

Durante o período de intervenção realizamos cadastramento ativo na base de dados da UBS-N14, junto com a qualificação da equipe nas reuniões previamente estabelecidas todas as sextas feiras com o objetivo de retroalimentação das ações já desenvolvidas com respeito aos protocolos do Ministério da Saúde e os protocolos

internos estabelecidos junto com a equipe, procuramos usuários faltosos e pesquisa ativa em usuários com fatores de risco com o objetivo de Modificar o estilo de vida (Redução de peso, Alimentação saudável, Atividade física, Moderação no consumo de álcool) estabelecendo grupos de palestra por micro área para modificar os fatores de risco através de ações de saúde de prevenção primordial e primaria.

Houve uma melhora gradativa na cobertura dos usuários com Hipertensão arterial com a atualização de constante de cadastro, cobertura, melhoria na qualidade, adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso com os medicamentos disponíveis na Rename 2012e as fornecidas pela prefeitura de MANAUS, registro das informações, Mapeamento de risco para doença cardiovascular pelo score de Framingham, sugerida para estratificação de risco para doenças cardiovasculares, exames clínicos em dia(Eletrocardiograma, dosagem de glicose, dosagem de colesterol total,dosagem de colesterol HDL, dosagem de triglicerídeos, cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5),dosagem de creatinina, análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1), dosagem de potássio, Fundoscopia.), saúde oral e as ações de promoção de tabagismo, atividade física regular desenvolvidas.

Como pôde ser observado, apesar do avanço que tivemos não conseguimos atingir os 100% de cobertura devido ao encurtamento de período de intervenção de 16 semanas para 12 semanas, falta de estrutura física para desenvolvimento de ações em saúde a pouca colaboração dos líderes comunitários e religiosos em período inicial.

A equipe está comprometida com a continuidade, apropriou se do processo de intervenção e assumiu o compromisso de manter e melhorar os avanços logrados e está cada dia mais envolvida com o projeto de intervenção, embora as dificuldades logisticas e estruturais presentes no desenvolvimento de processo de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos usuários deste programa, mas com o engajamento de dar continuidade e garantir à população uma melhor qualidade de vida.

6. Relatório da Intervenção para a Comunidade

Comunidade da UBS nº14,

A equipe de saúde da UBSF-N14 na cidade de Manaus realizou uma análise da situação de saúde da população atendida no serviço e identificou que as atividades de Hipertensão arterial e/ou diabetes precisavam de melhorias. Dessa forma, ao longo de três meses nossa equipe desenvolveu uma intervenção onde o público alvo era formado usuários maiores de 20 anos com Hipertensão arterial e/ou diabetes. Inicialmente realizamos uma capacitação com a equipe para que os profissionais utilizassem as práticas e diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde.

Durante o período de intervenção houve uma melhora gradativa na cobertura dos usuários com Hipertensão arterial de 6,9% (51) no primeiro mês para 21,75% (161) no final do terceiro mês e entre os usuários com Diabetes Mellitus de 10,4% (22) no primeiro mês para 26,4% (56) no final do terceiro mês. Entre as ações da saúde que foram desenvolvidas encontram-se a hemoglicoteste capilar, tendo vista que é a única ferramenta disponível para dosagem de glicemia imediata e controle da mesma, e a aferição da pressão arterial.

Além destas, outras atividades também foram desenvolvidas como colocação de cartazes e palestras educativas sobre hábitos alimentares saudáveis, uso do tabaco, práticas de atividades físicas, higiene bucal, conscientização dos familiares acerca dos aspectos relacionados à estas doenças e nos atendimentos todos foram esclarecidos sobre a importância de comparecer as consultas para prevenção de complicações agudas e crônicas.

Foram realizados também exames complementários de acordo com protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e disponibilizados vagas para coletas laboratoriais domiciliares.

A busca ativa foi importante para reintegrar ao programa os usuários faltosos às consultas previamente agendadas. Como resultados, obtemos uma melhoria na organização do serviço, na adesão aos tratamentos, na disponibilização dos medicamentos pela farmácia popular.

Porém, independentemente que não logramos o 100% das metas estabelecidas, pois encontramos dificuldade de espaço físico próprio e propício para as atividades educativas e esportivas. Apesar destas dificuldades conseguimos influenciar diretamente na qualidade de vida das famílias que participaram das atividades. Com a ajuda dos líderes comunitários e religiosos da comunidade, no primeiro momento não conseguimos apoio dos líderes comunitários porque não estão acostumados a fazer este tipo de atividades, com o passar do tempo à comunidade e os líderes religiosos se apropriaram do projeto, embora que não foram atendidas as numerosas solicitações de espaço físico para atividades de prevenção primordial, primária e secundária contribuíram positivamente para obtenção destes resultados que pretendemos dar continuidade às ações realizadas e esperamos melhorar ainda mais a cobertura de atendimento pra este programa.

7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Estou muito agradecida por ter a oportunidade de aprender neste curso da especialização em Saúde da Família. Inicialmente encontrei muitas dificuldades principalmente por não compreender bem o curso, mas conforme o tempo foi avançando fui compreendo sobre qual o objetivo do mesmo e sobre a importância da minha participação. Essa especialização me ajudou muito enquanto profissional, mas confesso que não foi nada fácil, uma vez que a especialização exigia muita dedicação e era muito difícil dar conta do curso e das atividades e atendimentos na unidade. Durante a semana muitos programas eram realizados e alguns dias eu me encontrava muito esgotada, mas consegui me organizar e pude levar a cabo o processo de intervenção.

Também preciso agradecer ao curso toda a ajuda durante a especialização e também ao meu orientador que me ajudou em diferentes etapas ao longo do curso. Todas as ferramentas disponibilizadas e todas as planilhas foram de muita ajuda para poder construir a intervenção e na quantificação dos usuários atendidos, além de analisar os resultados obtidos nos diferentes meses da intervenção. Através dos diálogos com o orientador, nos fóruns, pude compartilhar experiências, trocar materiais de estudo e receber incentivos para investigar sobre alguns temas importantes na atenção primária.

No processo de especialização passei por alguns problemas pessoais que me afastaram do curso durante o processo de elaboração do projeto, estes motivos não me permitiram alcançar uma melhor elaboração da intervenção, mas com

determinação consegui atingir a meta final e, para isso, pude contar com o apoio da equipe que estava bastante envolvida na intervenção.

O tema escolhido para o projeto de intervenção foi a qualificação da atenção aos usuários com Hipertensão arterial e/ou diabetes e para isso usamos os protocolos do ministério de saúde. Para dar início ao projeto de intervenção foram importantes a capacitação e o engajamento de toda a equipe, as quais foram atribuídas ações específicas que ajudou a descentralizar as responsabilidades em alguns poucos profissionais. Durante este processo aprendi que a organização é muito importante e que é preciso que toda a equipe esteja envolvida no projeto para assim garantir o bom funcionamento e atingir o objetivo que consistia em melhorar a qualificação do atendimento. Incorporar as práticas e ações da intervenção à rotina diária da unidade, realizar a busca ativa dos usuários faltosos eram as nossas maiores expectativas, pois isso nos permitiu um melhor acompanhamento dos usuários, principalmente na atualização das medicações e permitindo a diminuição dos riscos de futuras complicações.

A garantia de coletas domiciliares para exames laboratoriais foi um grande ganho, que nos permitiu ter uma melhor avaliação daqueles usuários encamados. O exame físico dos usuários que participaram do projeto teve muita importância na prática profissional o que exigiu uma preparação do profissional para dar um atendimento adequado e cumprir com os requisitos do ministério de saúde. Todas essas etapas foram importantes por me permitir experiências que se mostraram muito importantes na elaboração do projeto de intervenção na atenção básica e na oportunidade de conhecer o sistema de saúde no Brasil.

Referências

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, Cadernos de Atenção Básica, nº 37 Brasília – DF 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA DIABETES MELLITUS Cadernos de Atenção Básica, nº 36 Brasília – DF 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA Cadernos de Atenção Básica, nº 35, Brasília – DF 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, RASTREAMENTO Cadernos de Atenção Básica, n. 29, Volume II 1ª edição, Brasília – DF 2013, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Queixas mais comuns na Atenção Básica VOLUME II, Brasília – DF 2013, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família,

Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27, Brasília – DF 2010, Disponível em:
file:///C:/Users/Hern%C3%A1n/Desktop/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica Brasília – DF 2012, Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.

Brasil, Amazonas, Prefeitura de Manaus, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, BALANÇO-SEMSA_2013-PLANEJAMENTO-2014.pdf, MANAUS 2013, Disponível em; <http://semsa.manaus.am.gov.br/macroprocessos-da-aps/>

PINTO, Sônia Lopes et al. Prevalência de pré-Hipertensão arterial e de Hipertensão arteriale avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.6, pp. 1065-1075. ISSN 0102-311X.

VIGITEL 2007. Disponível em:
<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/79/553a25251b447.pdf>. 2007

Sociedade Brasileira de Hipertensão arterial. Disponível em:
<http://sbh.org.br/medica/aguarde-informacoes.asp>.

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

ANEXO C Planilha de coleta de dados

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

Digite apenas nas células em VERDE.

	Marque com X	
	SIM	NÃO
4	Informações da sua unidade de saúde:	
5	Existe protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?	
6	É adotada a Caderneta do hipertenso ou diabético?	
7	Existe registro específico para a atenção ao hipertenso ou diabético?	
8	É realizado agendamento / agendamento das consultas ao hipertenso ou diabético?	
9	As informações são monitoradas regularmente?	
10	É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?	
11	É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?	
12	Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	

OBSERVAÇÕES	
Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.	
Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.	
Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do hipertenso / diabético ou Ficha do Programa de Atenção aos Hipertensos.	
Considere se os hipertensos ou diabéticos são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).	
Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltosos.	
Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.	
Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.	
Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.	

	HIPERTENSOS				OBSERVAÇÕES
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
14	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção				Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas
15					
16	DIABÉTICOS				Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de atenção ao
17	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao diabético				
18					

19	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da unidade de saúde)		Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
20	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da unidade de saúde)		Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

*Estimativa no território

27	População total		Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
29	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da p	0	
30	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	Este será o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C13.
31	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	Este será o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.

ANEXO D - Ficha de avaliação e curativo do usuário com pé diabético



ANEXO I
FICHA DE ATENDIMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Nº PRONTUÁRIO:
 IDENTIDADE: RESPONSÁVEL: FONE:
 DATA NASCIMENTO: IDADE: SEXO: ESTADO CIVIL:
 ESCOLARIDADE: PROFISSÃO: RELIGIÃO:
 ENDEREÇO: BAIRRO: CIDADE:
 DIABETES TIPO: ANO DE DIAGNÓSTICO: MÉDICO:
 SINAL DA PRÉCE: NEGATIVO () GRAU I () GRAU II () GRAU III () DATA DE ATENDIMENTO:/...../.....
 TRATAMENTO: DIETA: ATIVIDADE FÍSICA LEVE () MODERADA: PESO:
 MEDICAÇÃO: INSULINA: NPH () REGULAR () HIPOGLICEMIANTE ORAL () QUAL:
 AMBOS () OUTRO: PESO: ALTURA:
 CONTROLE METABÓLICO: GLICEMIA: GLICO-HEMOGLOBINA:

2. FATORES DE RISCO

TABAGISMO: SIM () NÃO () QUANTOS POR DIA: DEIXOU TEMPO:
 ESTILISMO: SIM () NÃO () QUANTIDADE POR DIA: DEIXOU TEMPO:

COMPLICAÇÕES: HA. () CARDIOVASCULAR () GASTROINTESTINAL () RENAL () OFTALMOLOGICA () SEXUAL ()
 OUTRAS:
 DOR EM MMII: LOCAL: CARACTERÍSTICAS:

3. EXAME DOS PÉS

EXAME FÍSICO	PE DIREITO	PE ESQUERDO
PULSO PEDIOSO	NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ()	NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ()
PULSO TIBIAL POSTERIOR	NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ()	NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ()
PERFUSÃO	NORMAL () PALIDO () CIANÓTICO () ENCH. CAPILAR >10" ()	NORMAL () PALIDO () CIANÓTICO () ENCH. CAPILAR >10" ()
ASPECTO DA PELE	NORMAL () FINA E BRILHANTE () RESSECADA ()	NORMAL () FINA E BRILHANTE () RESSECADA ()
HIGIENE	BOA () REGULAR () RUIM ()	BOA () REGULAR () RUIM ()
REFLEXO	PATELAR () AQUILEU ()	PATELAR () AQUILEU ()
PILIFICAÇÃO	NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ()	NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ()
TIPO DO PÉ	NORMAL () CAVO () PLANO ()	NORMAL () CAVO () PLANO ()
TIPOS DE DEDOS	NORMAL () GARRA () MARTELO ()	NORMAL () GARRA () MARTELO ()
UMIDADE DO PÉ	NORMAL () BROMIDROSE (ODOR) () HIPERIDROSE (PE MOLHADO) () ANDROSE (PE SECO) ()	NORMAL () BROMIDROSE (ODOR) () HIPERIDROSE (PE MOLHADO) () ANDROSE (PE SECO) ()
TIPOS DE UNHAS E DE CORTE	NORMAL () INVOLUTA () TELHA () AFUNILADA () CORTE ADEQUADO () INADEQUADO ()	NORMAL () INVOLUTA () TELHA () AFUNILADA () CORTE ADEQUADO () INADEQUADO ()
CALÇADOS	ADEQUADOS () INADEQUADOS ()	ADEQUADOS () INADEQUADOS ()
ONICOMICOSE	LOCAL:	LOCAL:
MICOSE	LOCAL:	LOCAL:



ANEXO III

FICHA DE EVOLUÇÃO INDIVIDUAL

Nome:				Idade:			Registro:	
DATA	C X L X P	LEITO	BORDA	EXUDATO ODOR	PELE LESIONADA	OBSERVAÇÕES	TERAPEUTICA	ABB.



ANEXO IV

CATEGORIA 4 DE RISCO E ENCAMINHAMENTO

(baseado na ISACV 2001 e na classificação de Wagner por Calafat*)

CATEGORIA 4 DE RISCO	SENSIBILIDADE	DEFORMIDADE HIPERROTATORIE	ÚLCERA	ENCAMINHAMENTO
GRAU 0	Presente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 8 meses ou 6 meses.
GRAU 1	Ausente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 ou 6 meses.
GRAU 2	Ausente	Presente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para "Trabalho Ocupacional".
GRAU 3	Ausente	Presente ou Ausente	Ocasionais	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para "Trabalho Ocupacional".
GRAU 3A	Úlcera superficial, com ou sem infecção superficial.			Quarenta na unidade ambulatorial se indicado. Se houver evidência de isquemia, encaminhamento ao Centro Secundário de Atenção ao PÉ Diabético.
GRAU 3B	Úlcera profunda, sem infecção e sem atingimento ósseo.			Encaminhamento ao Centro Secundário de Atenção ao PÉ Diabético. Marcação em no máximo 48 horas.
GRAU 3C	Infecção profunda (osteíte, osteoíte, tenosíte, sinovite, gonorreia).			Encaminhamento ao Centro Secundário de Atenção ao PÉ Diabético. Marcação em no máximo 48 horas. No caso de gangrena, avaliar infecção imediata.
GRAU 3D	Necrose ou gangrena localizada.			Encaminhamento ao Centro Secundário de Atenção ao PÉ Diabético. Marcação em no máximo 48 horas. No caso de gangrena, avaliar infecção imediata.
GRAU 3E	Necrose ou gangrena extensa.			Encaminhamento imediato.

* A presença de isquemia potencializa enormemente o risco. Todos os pacientes devem ser submetidos a avaliação de risco vascular antes dos membros inferiores. Qualquer que seja a categoria de risco, a confirmação ou mesmo a suspeita de isquemia deve levar ao encaminhamento imediato ao Centro Secundário de Atenção ao PÉ Diabético para avaliação por especialista.