

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Maria da Luz, Tarauacá, AC**

Katherine Josefa Román Tamayo

Pelotas, 2015

KACTHERINE JOSEFA ROMÁN TAMAYO

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Maria da Luz, Tarauacá, AC**

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

Orientador: Mabel Miluska Suca Salas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T153m Tamayo, Katherine Josefa Román

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria da Luz, Tarauacá, AC / Katherine Josefa Román Tamayo; Mabel Miluska Suca Salas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

114 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. Salas, Mabel Miluska Suca, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o presente trabalho a minha filha Claudia, a minha mãe Mirna que são minha fonte de inspiração e a meu esposo Dr. Aurelio Iván Sosa Ramos pelo apoio brindado.

Agradecimentos

Agradeço a Secretária de Saúde,

A Prefeitura,

Ao professor Marcelo Pereira do IFAC,

Ao Sr. Iván Barros dono da quadra sintética e comerciante local e

Aos profissionais da Unidade de Saúde "Maria da Luz", do município Tarauacá, Acre, que sem seu apoio e parceria teria sido impossível a realização do presente trabalho.

Resumo

ROMÁN-TAMAYO, Katherine Josefa. **Título do trabalho. Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Maria da Luz, Tarauacá, AC.** 116p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são doenças que constituem um grave problema de saúde no Brasil e no mundo, e são causas de hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares e são considerados primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho teve como objetivo geral avaliar a melhoria da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Maria da Luz, Tarauacá, Acre. Participaram da intervenção os usuários portadores de hipertensão e de diabetes residentes na área maiores de 20 anos. Foram utilizados os protocolos do Ministério da Saúde, fichas, planilhas e prontuários para registro das atividades. Para alcançar os objetivos propostos foi necessário capacitar a equipe sobre os protocolos, exame físico, busca de usuários faltosos a consultas, cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na comunidade, examinados em consulta e/ou visitas domiciliares indicando os exames laboratoriais e sendo classificados segundo a estratificação do risco cardiovascular, orientados na prática de exercícios físicos, no risco do tabagismo para a saúde e sobre orientações higiene bucal. Durante a intervenção, em 12 semanas, foram cadastrados 261 usuários hipertensos (39,5%) e 35 usuários diabéticos (21,5%) do total estimado. Durante este período avaliamos indicadores que permitiram organizar e melhorar o atendimento ao usuário, melhorando a qualidade do serviço e humanizando o mesmo. Avaliamos 100% dos usuários cadastrados, todos utilizam os medicamentos da Farmácia Popular e os cartões de medicamentos fornecidos pelo SUS. Todos os usuários hipertensos e diabéticos (100%) estiveram com exames clínicos em dia e receberam exames dos pés de acordo com o protocolo, os usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas receberam busca ativa; todos estiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento, receberam estratificação de risco cardiovascular, foram orientados quanto à nutrição e alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. A intervenção promoveu também melhor organização no trabalho, adesão e competência científica na equipe e no serviço. A comunidade está mais engajada e participa das atividades desenvolvidas na unidade. Em conclusão, houve a melhora da cobertura e da qualidade de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência assim como mudanças positivas no estilo de vida mais saudável dos usuários hipertensos e diabéticos com um adequado controle.

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

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição da população na área de abrangência da ESF Maria da Luz.....	16
----------	---------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Figuras

Figura 1	Equipe de saúde. Unidade “Maria da Luz”. Município Tarauacá-AC. 2015.....	19
Figura 2	Capacitação da equipe de saúde Unidade Maria da Luz, Município Tarauacá- AC nos Programas de HAS e DM. 2015.....	71
Figura 3	Atividades físicas com apoio dos funcionários da UBS Maria da Luz. Município Tarauacá- AC. 2015.....	73
Figura 4	Palestra sobre Saúde Bucal desenvolvida pela dentista com apoio da médica na Unidade Maria da Luz, Município Tarauacá-AC. 2015.....	74
Figura 5	Gráfico da cobertura da proporção de atenção ao Hipertenso, UBS “Maria da Luz”, município Tarauacá, Acre, 2015.....	78
Figura 6	Gráfico da cobertura da proporção de atenção ao diabético, UBS “Maria da Luz”, município Tarauacá, Acre, 2015.....	79
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS “Maria da Luz”, município Tarauacá, Acre, 2015.....	82
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS “Maria da Luz”, município Tarauacá, Acre, 2015.....	83
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com busca ativa às consultas com busca ativa, UBS “Maria da Luz”, Tarauacá, Acre, 2015.....	87
Figura 10	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS “Maria da Luz”, Tarauacá, Acre, 2015.....	89
Figura 11	Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS “Maria da Luz”, Tarauacá, Acre, 2015.....	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
CAP	Caderno de Ação Programática
CIUR	Retardo do Crescimento Intrauterino
DSTs	Doenças Sexualmente transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão- Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
IFAC	Centro Federativo de Ensino, Ciência e Tecnologia
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Papanicolau
SENTEAC	Sindicato do Ensino. Acre
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	Erro!
Indicador não definido.	
2 Análise estratégica.....	32
2.1 Justificativa.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e Metas	Erro! Indicador não definido.
2.3 Metodologia	Erro! Indicador não definido.
2.3.3 Logística.....	61
2.3.4 Cronograma de atividades.....	Erro! Indicador não definido.
3 Relatório da Intervenção	Erro! Indicador não definido.
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	Erro! Indicador não definido.
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	Erro! Indicador não definido.
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	Erro! Indicador não definido.
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	Erro! Indicador não definido.
4 Avaliação da intervenção.....	76
4.1 Resultados	Erro! Indicador não definido.
4.2 Discussão	Erro! Indicador não definido.
5 Relatórios da intervenção para os gestores.....	100
6 Relatórios da Intervenção para a comunidade.....	103
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	106
Referências	Erro! Indicador não definido.
Anexos.....	111

Apresentação

O presente trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Maria da Luz, município Tarauacá- Acre, visando melhorar a saúde atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência.

O texto é composto por sete seções.

A primeira parte está formada pela análise situacional, na qual é apresentada a situação da ESF/APS antes da intervenção, as características demográficas da população da área de abrangência e a situação dos programas do SUS.

A segunda parte está formada pela análise estratégica, que inclui o projeto da intervenção, a justificativa do foco de intervenção, o objetivo geral e específico, metas e indicadores, assim como a metodologia o planejamento e detalhamento das ações, a logística e o cronograma das atividades a ser desenvolvidas.

A terceira parte está formada pelo relatório da intervenção, onde foram analisadas as ações previstas e que foram desenvolvidas ou não, os aspectos relativos à coleta de dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

Na quarta parte é apresentada a avaliação da intervenção, que inclui a avaliação e análise dos resultados e a discussão da intervenção.

Foi elaborado um relatório para os gestores e a comunidade ressaltando os aspectos positivos e negativos da intervenção e as possibilidades de inserir a intervenção na rotina do serviço e ampliar a intervenção para outros programas na quinta e sexta parte do texto.

Por fim, na seção sete, será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) “Maria da Luz” onde atuo, atualmente está em reforma, e no dia 26 de Julho será reinaugurada. Trabalhamos temporariamente em três salas cedidas por uma igreja vizinha para poder manter o atendimento da comunidade até a inauguração do novo ambiente. A minha equipe de saúde está composta por duas médicas, uma que trabalha a tempo integral do Programa “Mais Médicos” e outra contratada pela Prefeitura para realizar atendimentos nas unidades de saúde que precisem dela - uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, nove agente comunitário de saúde (ACS), uma dentista e auxiliar em saúde bucal. Contamos ainda com o apoio de uma administradora e duas auxiliares administrativo-recepcionistas, dois agentes de segurança e uma auxiliar de limpeza.

O prédio da Unidade Básica de Saúde (UBS) terá duas salas para atendimento médico uma delas com sanitário, uma sala de enfermagem, na qual se realizarão os controles de pré-natal, puericulturas e o teste de Papanicolau, uma recepção com capacidade aproximada para 30 pessoas e na qual serão arquivados os prontuários, uma sala de reunião e de almoxarifado, sala de vacina, curativo e de nebulização. Não temos área específica para a esterilização e farmácia cuja instalação ainda está em planejamento pela prefeitura, porque nesta área de saúde se precisa desse serviço por ter atendimento à população periférica. Contaremos com um banheiro para usuários com deficiências e para funcionários, sala específica para um compressor, copa/cozinha, uma sala administrativa. A ESF conta também com uma sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, expurgo, depósitos para lixos não contaminados e sala para os Agentes Comunitários de

Saúde. As paredes são lisas, laváveis com ventilação indireta em todos os locais tem boa iluminação natural nas consultas e recepção.

Em nossa área de saúde não contamos com o apoio de nenhum Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois não existe no município. Infelizmente não temos Conselho Local de Saúde, nunca existiu, mas existe o Conselho Municipal de Saúde. A enfermeira se reúne todas as sextas-feiras com os ACS, mas não o resto da equipe não participa das reuniões. Foi feita uma única reunião para avaliar a situação da ESF no mês de Janeiro, na qual foram planejadas as atividades comunitárias a ser realizadas durante o ano pela equipe e até o momento não foi concretizada nenhuma delas.

Portanto, não se avaliam os indicadores de saúde. Conhecemos os objetivos alcançados e alguns dados a partir da conversa com os profissionais, do trabalho direto feito pelos ACS, médicas e enfermeira no dia a dia. Está sendo realizada uma atualização do cadastramento da população para uma nova reestruturação da mesma, pela abertura de novos postos médicos em áreas mais distantes. Infelizmente a única forma que temos para conhecer a qualidade do serviço prestado na unidade, é pelo grau de satisfação da população a partir das opiniões e comentários deles gerados no dia a dia, e pelos comentários dos gestores em nível municipal, mas não é feito por espaços formais.

Temos sérias deficiências em relação aos encaminhamentos para avaliações especializadas, devido a que no município não contamos com nenhuma especialização. Enfrentamos como dificuldade também a realização dos Tratamentos Fora do Domicilio (TFD), os quais só podem ser assinados e carimbados pelos médicos não vinculados ao programa Mais Médicos, o que dificulta ainda mais o processo, pois o município só conta com três médicos contratados pela prefeitura que prestam esse serviço.

Outro problema crítico que temos é a localização geográfica do município que encontra-se no meio do estado, o que dificulta mais o processo de encaminhamentos.

Foram discutidos os problemas com a Secretária de Saúde e não foram obtidas soluções. Até o momento se mantém a mesma rotina de encaminhamento, a lista de espera é grande aguardando resposta dos encaminhamentos para tratamentos fora do domicílio (TFD) e por as passagens que devem ser fornecidos

pela Prefeitura, só em algum dos casos realizamos encaminhamentos individuais para procurar agendamentos nos hospitais estaduais por conta própria.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Tarauacá fica localizado no noroeste do estado do Acre, estando a 400 km da capital do estado, Rio Branco. O município possui a quarta maior população do estado 31.857 habitantes segundo o registro da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui uma proporção de 51,6% de população em área urbana e cerca 48,4% de população em áreas rurais. Sua densidade demográfica é de 1,48 habitantes por quilômetro quadrado. Limita ao norte com o estado do Amazonas; ao sul, com o município de Jordão; a leste, com o município de Feijó; a oeste, com os municípios de Cruzeiro do Sul e Porto Walter e, a sudoeste, com o município de Marechal Taumaturgo. Tarauacá é o segundo município do Acre em concentração de terras indígenas. São oito áreas, equivalentes a 9,8% do total do município. A cidade de Tarauacá é banhada pelo rio do mesmo nome. A base econômica do município fundamenta-se na agricultura, pecuária, pesca e no extrativismo de borracha e madeira para exportação. Conta, ainda, com pequenas indústrias de móveis, cerâmicas e artefatos de cimento, mas a base da economia ainda é o funcionalismo público.

O município conta com sete equipes de saúde da família e um centro de saúde chamado João Wanderley onde trabalham três equipes de saúde: Balsa, BR 364 e Rio Tarauacá que realizam atendimentos nas áreas rurais. Estão cadastrados sete médicos do Programa “Mais Médico” e três médicos contratados pela Prefeitura. O município não conta com NASF, ou atenção especializada, mas conta com atenção hospitalar e exames complementares que não satisfazem a necessidade do município, o que faz que o tempo de espera para a realização dos mesmos sejam muito longos. Não conta com serviço de exames especializados, havendo a necessidade de sair do município para as duas cidades mais importantes do estado, existindo demoras para a realização dos exames ou inclusive a falta do exame, pois é necessário de avaliação prévia com os especialistas, o que muitas vezes é difícil, devido à necessidade de realização previa de TFD (Tratamento fora do domicílio). Quando aprovado o exame no hospital, os usuários devem esperar a

compra de passagens por parte da prefeitura, pois a população é muito carente e precisa de subsídio econômico, tornando-se um processo complexo e demorado.

A unidade foi construída como ESF e reformada recentemente, mas não cumpre com os parâmetros do Manual de estrutura da UBS. Não possui circulação de ar como está previsto, o corredor de circulação é muito reduzido o que dificulta o trânsito na UBS dos usuários cadeirantes ou com algum problema psicomotor. Não foram feitas áreas importantes como almoxarifado, escovódromo, farmácia, sanitários para funcionários, depósito para material de limpeza. Temos um espaço no qual deverá funcionar um laboratório de tuberculose e hanseníase, mas ainda não está mobiliado, portanto não está funcionando. Existe também uma área para a realização de exercícios físicos, mas não foi mobiliada e ainda não foi contratado professor de educação física, o que poderia ser muito útil para promover a prática de exercícios físicos.

Foi incluída uma sala de Hanseníase onde trabalha o enfermeiro responsável do programa, mas não conta com os materiais cirúrgicos específicos para realizar biópsia, dificultando o diagnóstico de casos novos. Nas salas médicas não contamos com negatoscópio, otoscópio ou oftalmoscópio dificultando o diagnóstico de algumas doenças.

Iniciamos a realização de curativos e retirada de pontos, mas não contamos com suficientes equipamentos para realizar um trabalho adequado, como estufa, cabo de bisturi, lâmina para bisturi, lanterna, material para sutura, pinça de Pozzi, pote de escarro, tesoura curva, entre outros. Por esse motivo, ainda não estamos realizando pequenos procedimentos cirúrgicos, devido à falta de material.

Mesmo não tendo esses equipamentos, estamos prestando assistência, não com a qualidade que desejaríamos, mas tentando ser resolutivos. Os demais equipamentos às vezes não tem a qualidade necessária, como o sonar que está defeituoso, devido a esse problema eu uso o estetoscópio de Pinard. Não existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, mobiliários ou instrumentos. A reposição de material de consumo é insatisfatória. Segundo a administradora não é feita a calibragem de esfigmomanômetro e balanças que também são insuficientes. Não contamos com telefone próprio da UBS, quando precisamos fazer ligações usamos nossos próprios celulares. Não contamos também com caixa de som, câmera fotográfica, filmadora, gravador de som, nem projetor de slides. Os materiais de insumo em falta são: anestésico local vasoconstritor; fio de sutura,

luvas estéreis, material para pequenas cirurgias e para retiradas de pontos. Estes materiais foram solicitados e ainda não temos recebido nenhum. Não temos solução de Schiller nem caderneta do adolescente, cartão da criança, caderneta de saúde do idoso. Os demais insumos existem, mas em quantidade suficiente.

Na unidade se realiza glicemia capilar rotineiramente, teste de pezinho, teste rápido de HIV, VDRL, Hepatite e Papanicolau (PCCU). Os exames laboratoriais são feitos no Hospital Municipal que nem sempre tem a quantidade necessária de reagentes para realizar os mesmos, fazendo com que o agendamento seja muito demorado, podendo demorar inclusive um mês, mesmo os exames das gestantes, o que produz insatisfação da população, demora no retorno dos resultados, a necessidade da realização dos exames em laboratórios privados ou simplesmente a não realização do exame deixando muitas vezes as avaliações inconclusas.

Os testes de escarro e os Raios-X sem contrastes são feitos no dia. É importante lembrar que nosso hospital não tem nenhuma especialidade, quando é necessária a realização de alguma cirurgia, os especialistas da capital do estado são mobilizados para o município sendo realizadas as cirurgias após seleção dos casos. Quando existe urgência da cirurgia os usuários são levados para a capital em um avião equipado e com pessoal especializado.

Os casos de urgência/emergência geralmente são transportados de ambulância, no entanto a ambulância não apresenta o equipamento necessário nem conta com pessoal especializado para prestar esse serviço. Às vezes coordenamos o traslado com a secretária de saúde, ou eventualmente solicitamos o traslado aos bombeiros ou a polícia, mais isso é um pouco difícil. No município não temos acesso a atendimento em pronto-socorro ou pronto atendimento e não temos garantia de internação hospitalar através de agendamento pela equipe da UBS.

Depois da inauguração da ESF (Equipe de Saúde da Família), que foi há dois meses, começaram infiltrações no prédio, que estão interferindo no desenvolvimento do trabalho, principalmente em áreas sensíveis, como as salas de uso de enfermagem e salas de esterilização. Foi interditado um banheiro por causa dessas infiltrações, dificultando mais ainda o atendimento. Além disso, não contamos com internet como está estabelecido, também não foram comprados os notebooks para os profissionais, os tabletes para os ACS, nem foram feitas as conexões para o uso da internet.

Essas situações foram reportadas na Prefeitura e na Secretaria Municipal de Saúde, mas sem sucesso de solução por nenhuma das partes. A nossa estratégia é continuar trabalhando, mesmo com as infiltrações nos tetos e umidade nas salas de enfermagem e sem os instrumentos necessários, para não parar o atendimento e tentar prestar atendimento com qualidade.

Estamos trabalhando com as demandas espontâneas. Os usuários são agendados no mesmo dia do atendimento, mas precisam comparecer na unidade com várias horas de antecipação para poder ter uma vaga para o atendimento médico e odontológico, o que provoca desconforto com a população que precisa do atendimento e aumenta o tempo de espera para acessar aos serviços. As informações recolhidas são levadas para a informática uma vez por mês, e realizamos relatórios mensais, além do uso do livro de atendimento e preenchimento do registro de atendimento individual.

Em relação às atribuições, todos os profissionais conhecem suas atribuições e cumprem com elas, no entanto precisamos de maior controle e monitoramento dos processos para conseguir melhorar a qualidade e resolutividade na execução das ações nos diferentes espaços do trabalho. Atualmente, os profissionais da equipe estão trabalhando na busca ativa de usuários faltosos e realizando um levantamento dos usuários da área de abrangência que precisam do serviço de cuidado domiciliar. Realizamos o controle da pressão arterial, avaliação clínica e terapêutica e orientações sobre educação em saúde e cuidados em saúde, avaliando as condições ambientais e de funcionamento familiar.

As reuniões da equipe de saúde iniciaram recentemente, são semanais, mas ainda falta maior envolvimento dos profissionais de saúde bucal. A qualidade dessa atividade está aumentando, pois estamos discutindo os indicadores que podem ser melhorados e os casos de interesse individual e coletivo.

Atualmente a unidade está trabalhando no cadastro da população de abrangência para poder planejar ações futuras. Estamos começando o trabalho com grupos específicos como gestantes e usuários portadores de doenças crônicas sendo realizadas avaliações duas vezes ao ano e atualmente estamos realizando mudanças para melhorar a sistematicidade dos atendimentos às gestantes, para melhorar a quantidade de consultas e poder realizar o acompanhamento destas em visitas domiciliares. As visitas domiciliares estão sendo reorganizadas, e estamos identificando as organizações sociais como comércios, igrejas, escolas e redes

sociais como grupos de mães, idosos e associação de moradores; para poder trabalhar com esses diferentes grupos.

A ESF Maria da Luz, não possui vínculo com instituições de ensino, e está localizada em zona urbana, na periferia da cidade, exatamente no bairro Senador Pompeu mais conhecido como “Praia”, bairro mais populoso de Tarauacá, com uma população de 4345 pessoas com 797 famílias, deles menores de um ano 86 (1.98 %), menores de 5 anos 371 (8.5 %), e 5 -14 anos 1159 (26.7 %), pessoas de 15-59 anos 2400 (55.2 %), maior de 60 com 329 (7.6 %), prevalecendo a população feminina com 2195 (50.5 %) sobre a masculina com 2150 (49.5 %), como observado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população na área de abrangência da ESF Maria da Luz

Faixa etária	Masculino	Percentual	Feminino	Percentual	Total	Percentual
< 1 ano	49	1.13	37	0.9	86	1.98
1-4 anos	201	4.6	170	3.9	371	8.5
5- 14 anos	556	12.8	603	13.9	1159	26.7
15- 59 anos	1192	27.4	1208	27.8	2400	55.2
> 60 anos	152	3.5	177	4.07	329	7.6
TOTAL	2150	49.5	2195	50.5	4345	100

A população está distribuída em nove microáreas atendidas por uma equipe de saúde constituída por nove ACS, duas técnicas de enfermagem, duas médicas, uma contratada pela prefeitura e a outra do Programa "Mais Médicos", ambas as médicas generalistas, uma licenciada em enfermagem também responsável pelo Programa de tuberculose em nível municipal, uma odontóloga e uma técnica em saúde bucal. Contamos com outros trabalhadores como um enfermeiro responsável do Programa de Hanseníase no Município, administradora, duas recepcionistas - uma delas digitadora-, uma auxiliar de limpeza e dois vigias.



Figura 1. Equipe de saúde. Unidade “Maria da Luz”. Município Tarauacá-AC. Ano 2015.

A área, que tem características próprias por sua localização ao ficar perto da vera de dois rios Tarauacá e Murú, apresenta dificuldades de circulação nos meses de Janeiro até Março, meses de chuvas no estado, o que provoca inundações e destruições das ruas promovendo investimento constante por parte da prefeitura. Devido a esse motivo, as casas são feitas a mais de um ou dois metros acima da terra sendo comunicadas umas com outras por trapichos ou calçadas aéreas feitas de madeira, geralmente sem cerca de proteção, facilitando acidentes e dificuldades para a mobilização de usuários com alguma deficiência motora.

Os usuários são recebidos na recepção, área comum com a sala de espera; nesse primeiro contato são coletados os dados e registrados na pasta de atendimento para depois ser classificados por prioridade. A primeira ação é feita pelas recepcionistas, e a classificação de risco realizada pelas técnicas de enfermagem e/ ou técnica em saúde bucal, segundo o serviço, em todos os turnos e dias de atendimento.

As técnicas de enfermagem são as responsáveis de avaliar ao usuário. As ações são inicialmente realizadas na sala de procedimento de enfermagem, para depois passar à sala da médica ou da enfermeira para receber atendimento. Ao final do atendimento é feito o agendamento da próxima consulta, especialmente nas gestantes, e atualmente estamos tentando incluir aos lactantes, para recuperar a puericultura, pois estamos tendo deficiências com essa ação programática e aos usuários portadores de doenças crônicas.

Na unidade estamos lidando adequadamente com a demanda espontânea, a qual somente torna-se difícil caso fique uma médica no serviço. Estamos prestando

atendimento de segunda-feira a sexta- feira das 7am- 5pme excepcionalmente os sábados e domingo de 8am- 12m, o que ajuda com o atendimento de todos os usuários por necessidade do atendimento do município por ser uma área localizada na periferia da cidade, ser de muito baixo per capita familiar e encontra-se aleijado do Hospital, ação que é realizada por profissionais contratados pela prefeitura e prestam atendimento principalmente, no momento, em epidemias ou quando se precisa. Caso o usuário não possa ser atendido, são avaliados em outro horário ou no dia próximo, sempre dando prioridade as urgências médicas ou emergências que são atendidas imediatamente, assim como os grupos prioritários como crianças de colo, gestantes e os idosos.

Todos os usuários que precisem ser encaminhados para atendimentos em outros níveis de saúde são feitos através das referências segundo o protocolo estabelecido, mas ainda temos dificuldades com o retorno dos usuários, pois não é feita a contra referência, necessária para um bom acompanhamento. Ainda temos muitos usuários em espera que foram encaminhados meses atrás e que não receberam atendimento, trazendo como consequência a necessidade de realização de novos laudos ou TFD, problema fora de nossa governabilidade, pois depende do sistema.

Para manter ou diminuir a taxa de mortalidade infantil, nossa unidade está trabalhando nas consultas do recém-nascido, começando no controle do Pré-natal, continuando com o momento da alta hospitalar, captados pelos ACS e avaliados no domicílio na primeira semana de vida pela equipe médica e a enfermeira, sendo observadas as condições de moradia do recém-nascido e da puérpera, em relação à higiene, as condições econômicas da família, o grau de aceitação por parte da família do infante que entrou no ambiente familiar e situação psicológica da puérpera.

Avalia-se também como é desenvolvido o processo de aleitamento materno, a sua qualidade, lugar onde dormem os bebês para avaliar o risco de acidente que pode acontecer nas diferentes etapas da primeira infância ou outros riscos que possam interferir na saúde da criança, para depois continuar o acompanhamento na puericultura que é agendada, procurando revisar todos os dados necessários para realizar uma boa puericultura.

De 86 lactantes até o momento cadastrados que equivale a 100% do estimado no caderno de ações programáticas, apenas 45 deles têm as consultas

feitas de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde (52%), 24 (28%) estão com atrasos nas consultas agendadas em mais de 7 dias, 83 (97%) fizeram o teste do pezinho até os 7 dias e os 4 restantes demoraram seu exame por ter baixo peso ao nascer ou ser prematuros, mas foram feitos antes dos 30 dias após o nascimento, 91% tiveram as consultas antes de 7 dias, o resto não tiveram a consulta devido a internações por complicações pós-parto ou por morar em áreas fora da nossa área de abrangência mas foram visitados por ACS ou foi conhecido o estado do recém nascido e a puérpera através da família.

As consultas feitas na unidade neste momento estão sendo programadas, mas nem sempre foi assim. Estamos captando todas as puérperas e recém-nascidos na área, e planejamos a primeira consulta que deve ser feita no dia do teste de pezinho, depois é agendada a próxima consulta. Em todas as consultas são avaliados o desenvolvimento psicomotor e de crescimento, esquema de vacinas, ganho de peso e tamanho, assim como realizamos o exame físico completo. Todas as mães são orientadas a realizar aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, e com alimentação complementar até os dois anos, assim como a importância da atualização das vacinas nas datas certas.

A puericultura é feita de segunda e sexta-feira nos dois horários de atendimentos na ESF pelas médicas ou enfermeira com ajuda das técnicas de enfermagem que são as que verificam as medidas antropométricas, presença de vacinas atualizadas e caso necessário os ACS realizam algumas ações, pois são os responsáveis de procurar as crianças faltosas a consultas, ou de realizar o monitoramento das crianças no lar.

Não temos atendimento de crianças de outras áreas. Todas as crianças estão sendo agendada segundo o protocolo estabelecido, isso é um avanço que estamos tendo, que facilita a realização das puericulturas, porque existe como critério na população que a consulta médica é só para pessoas doentes, a equipe trabalhou intensivamente para orientar as mães desde a gravidez para que seja realizado o acompanhamento da criança como rotina, ação que é realizada desde a primeira consulta pré-natal e já estamos vendo os resultados. Estamos tendo dificuldade em relação ao aleitamento materno exclusivo, pois, a cultura regional oferece ao recém-nascido mingau, desde o momento da alta hospitalar. Estamos lutando para mudar essa situação, mas é um processo lento.

A estimativa na área de abrangência segundo o Caderno de Ação Programática é de 258 crianças menores de 72 meses de idade residentes na área de abrangência e cadastradas temos 457, número superior ao estimado, pois representa 177,1%. Estamos realizando a puericultura em crianças de até 72 meses de idade, mas não com a quantidade que queríamos, esperamos melhorar com o tempo. Todas aquelas que precisam de atendimento de urgência ou apresentam doenças agudas recebem atendimento e são os casos prioritários, porque não precisam esperar nem agendar para outro momento.

Na UBS não existia protocolo de atendimento de puericultura, eu estava utilizando o protocolo preconizado no meu país que é muito parecido aquele apresentado no caderno de atenção da criança só que o nosso planeja mais consultas, e era desse jeito que estava trabalhando já faz um mês. Apartir do uso do caderno de atenção da criança estamos planejando as consultas de puericultura com a periodicidade que estabelece o Ministério da Saúde, só que não temos arquivo específico nem monitoramento regular das ações pela equipe.

Eu planejo as consultas segundo o risco da criança e da mesma forma é planejada a visita domiciliar. Temos estabelecidos protocolos para encaminhamento para atendimento nas especialidades e internação hospitalar.

Todos os atendimentos são registrados no prontuário clínico, na caderneta da criança, e na ficha de vacinas. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. Em todas as consultas, conversamos com o responsável sobre de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de vida e manutenção dela até os dois anos, assim como a técnica de aleitamento, as diferentes posições, explicamos a curva de crescimento e os sinais de risco na curva de crescimento. Salientamos a importância da data da próxima vacina e o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Na unidade existe o Programa Bolsa Família e um ACS é o responsável da execução do mesmo. A equipe está fazendo uma vez por mês atividades com o grupo de mães das crianças da puericultura no âmbito da UBS e tem participado a médica, a enfermeira, técnica de enfermagem e os ACS, estamos tentando incluir a dentista e técnica de saúde bucal, mas não conseguimos ainda estabilidade na sua participação.

Na unidade temos atendemos a todas as crianças, não existe dificuldade no atendimento da demanda espontânea, mas ainda temos que trabalhar mais na captação precoce dos recém-nascidos, pois às vezes encontramos recém-nascidos sem exames de pezinho próximos a cumprir um mês de nascimento. Estamos melhorando em relação às consultas programadas de puericultura, pois já estamos vendo alguns resultados como aumento do tempo de uso do aleitamento materno exclusivo e a introdução dos alimentos na idade certa, mas ainda falta muito por fazer, estamos dando os primeiros passos.

Não existe planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura nem reuniões feitas para esse fim. Também não é avaliado ou monitorado o Programa.

Na UBS, realizamos atendimentos do pré-natal e puerpério todos os dias da semana, existem dois dias específicos para o atendimento médico e mais dois dias para o atendimento por parte da enfermeira. Das 39 gestantes que temos cadastradas na unidade, cinco estão sendo atendidas em outro posto de saúde por escolha delas, devido ao fato que nossa população tem como característica de poder morar em dois lugares ao mesmo tempo, estar cadastrada na unidade como residentes na nossa área de abrangência e moram na zona rural e podem ser atendidos na unidade conferida para esse propósito, tendo benefícios/ajuda econômica até 1 ano de vida após nascimento do bebê.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas a cobertura do Pré-Natal é de 49% das gestantes cadastradas e residentes na área de abrangência. Estão sendo acompanhadas 34 gestantes residentes na área, no entanto também estão sendo acompanhadas mais duas gestantes de outra área, por escolha delas, as duas a término da gravidez.

As gestantes são avaliadas pela enfermeira, responsável da recepção da gestante na primeira consulta, onde são indicados os exames em 100% delas, revisamos as vacinas em dia, orientamos sobre a periodicidade das vacinas e da importância da avaliação odontológica, indicamos o uso de suplemento ferroso durante a gravidez e pós-parto, realizamos o exame ginecológico e de mama por trimestre procurando a presença de lesões tumorais que possam atrapalhar o processo de aleitamento. Este controle também é realizado pelas médicas alternando as consultas por mês até as 28 semanas, data em que fazemos a avaliação quinzenalmente e a partir das 38 semanas, semanalmente até o parto.

Em todas as consultas, as técnicas de enfermagem realizam a aferição da pressão arterial (PA) e peso e atualizam a carteira de vacinas. Todas as consultas já estão sendo agendadas, pois um mês atrás era um problema, que tornava demoradas as consultas.

Não realizamos de forma oportuna os exames, que precisam ser agendados no hospital e demora muito os resultados e inclusive às vezes não chegam até o fim da gravidez como o exame de toxoplasmose, HIV e Hepatite. Na unidade procuramos fazer os testes rápidos de hepatite, HIV e VDRL. Outro indicador com deficiências acompanhamento é o momento da captação, pois só 8 de 34 foram captadas no primeiro trimestre da gravidez o que constitui um 23.5% dos casos as outras gestantes foram captadas entre o segundo e terceiro trimestre, em maior quantidades. Estamos tentando melhorar com a ajuda dos ACS que são nossos olhos na comunidade. Além de estar trabalhando com arquivos específicos para atendimento das gestantes e livro de atendimento que não contam com a qualidade adequada, pois acho que nele deveria estar incluído não só a data de parto, mas também a data de última menstruação que para mim é importante, além da data de parto, pois permite a captação precoce da puérpera e recém-nascidos. Nestes arquivos são registrados os dados gerais das mesmas que permite o acompanhamento antes e pós-parto, arquivo que é monitorado semanalmente para procurar as gestantes faltosas a consultas e é avaliado nas reuniões da equipe de saúde semanalmente, mas não contamos com profissionais que realizem a avaliação e monitoramento do Programa.

Temos como dificuldade a falta de avaliação bucal, tornando o atendimento incompleto, temos dificuldade na hora de fazer encaminhamentos para os serviços especializados, pois precisa de avaliação pelos médicos da maternidade que no total dos casos retornam as gestantes para a área sem avaliar a possibilidade de atendimento de consultas de alto risco para as que precisam questão que já trouxe problemas e foi refletido com o responsável de levar o programa em nível municipal mais sem sucesso. Por enquanto, não temos tido mortes maternas neste ano, mas tivemos três crianças com baixo peso, duas por prematuridade e uma por Retardo do Crescimento Intrauterino (CIUR), apesar das ações feitas com ela e família e as várias visitas domiciliares, alcançando só 5 consultas.

Em quanto ao puerpério temos que dizer que até o momento temos 31 partos cadastrados de 86 que deveríamos ter tido segundo o estimativo do Caderno

de Ações Programáticas para um 36%, todas elas foram examinadas o captadas antes da semana pós-parto no mesmo no lar como na consulta, sendo avaliado o exame de mama, abdome, mucosas, PA, foram passadas dicas sobre o uso de aleitamento exclusivo, a importância de ter atendimento em consulta puerperal, logo em planejamento familiar, o adequado cuidado ao recém-nascido, foram avaliadas psicologicamente por a equipe de saúde da unidade devido a que no município não contamos NAFS nem especialidades alguma. Só delas duas puérperas tiveram complicações que precisaram internamento hospitalar, uma por um tumor abdominal versus “cisto” que precisou cirurgia e outra fez um quadro febril com Crise Hipertensiva que precisou internamento por uma semana. Todas tomaram o suplemento ferroso e foram avaliadas ao mês após parto. Orientou-se o uso de métodos anticoncepcionais segundo o interesse de cada uma delas.

Segundo o referido nos questionários sobre controle de câncer de mama e colo do útero, não estão sendo realizadas todas as ações recomendadas pelo ministério, nem existe protocolo de atendimento. O programa não é realizado de forma adequada, nem é feito o planejamento para o controle das duas doenças, só existe o registro dos resultados de Papanicolau que são feitos pela enfermeira. Assim, não temos registros de qualidade para o monitoramento e acompanhamento desta ação programática.

Não existem registros na unidade de saúde na Secretaria Municipal. A obtenção de algum dado foi difícil, pois investigando na unidade e na Secretaria de Saúde não obtive respostas, nem em relação à quantidade de citologia feita na unidade nos últimos três anos ou quantas usuárias com resultados positivos faltaram às consultas. Atendendo a essa falta de controle, como podemos realizar um ótimo planejamento das ações, se nem a Secretaria de Saúde conta com dados? Eu acredito que para ter um ótimo funcionamento das unidades de saúde primeiramente deve existir melhor controle das ações por parte das Direções Municipais que são as reitoras no processo de trabalho, sem cabeça pensante o corpo não funciona.

Em reunião feita na unidade foram abordadas várias temáticas, entre elas em relação ao controle das doenças evitáveis como o rastreamento do câncer de colo e de mama para que sejam feitas de forma planejada e não de forma oportunística, como acontece nos casos das consultas de prevenção de câncer de mama.

Atualmente, uma deficiência observada importante é a ausência de arquivos especiais para o rastreamento das diferentes patologias, assim não é possível

conhecer quais das 869 mulheres entre 25-64 anos estimadas residentes na área fizeram ou não o exame citológico, e qual foi a periodicidade, além de não ter informação sobre as mulheres entre 50-69 anos (119 representando 55% da estimativa do Caderno de Ações Programáticas) que receberam consulta ou avaliações preventivas do câncer de mama. Assumimos que foram aproximadamente 45 que representam 38% da estimativa das usuárias residentes na área de abrangência por serem os casos avaliados nas consultas médicas por outras questões e que fizeram o exame preventivo e se receberam orientações sobre como realizar o autoexame de mama, portanto, é necessário terminar o cadastramento da unidade para avaliar os grupos etários por idades para planejar e executar ações que possam melhorar a continuação dos programas com qualidade. É triste, mas as mulheres são captadas quando a enfermidade já está estabelecida, como os três casos que tivemos na área que precisaram fazer mamectomia estando em tratamento quimioterápico duas delas e uma faleceu há dois meses.

O acesso aos exames de alta complexidade como é o caso da mamografia, pode se considerar um sonho a ser alcançado, pois o município não conta com o serviço e só pode ser feito através de avaliação de especialista que não possui o município, só conseguimos fazer exame de mama a qualquer idade que a usuário o solicite e se tiver exame físico positivo solicitar ultrassonografia mamária como primeiro diagnóstico para logo realizar TFD e encaminhar para avaliação em nível secundário.

De 869 mulheres compreendidas entre 25-64 anos de idade que constitui 95% do estimado pelo Caderno de Ações Programáticas residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer do colo, foram coletadas 230 amostras de preventivos o que representa 26% do estimado, dados provenientes do livro de registro nos últimos três anos, destas, 10 foram positivas para NIC nos diferentes estágios e encaminhadas a consulta especializada representando 4% do estimado no Caderno de Ação Programática (CAP), o que não tenho certeza é de quantas levaram a consulta até a alta hospitalar, pois segundo a Secretaria Municipal, esse dado só poderia ser conhecido ao ser solicitado em nível estadual, dados que ainda hoje estou esperando. Não temos retorno ou contra referência dos casos para continuar o acompanhamento na área de Saúde, como necessário, deficiência do sistema que deve ser avaliada. Não existe dados sobre o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, nem

avaliação de risco para câncer de colo de útero. 230 mulheres entre 25- 64 anos receberam Orientação sobre prevenção de Câncer de colo de útero e sobre DST`s(Doenças Sexualmente Transmissíveis) o que representa 26% do estimado no CAP; foram coletados 224 exames com mostras satisfatórias representando 26% do estimado no CAP e foram coletados 38 exames com células representativas da junção escamocolunar representando 4% do estimado.

O município é altamente conhecido no estado pelos níveis de Hepatite B e C que afeta à população, a promiscuidade é comum e bem vista na sociedade local onde as doenças inflamatórias de colo uterino e infecções vaginais são comuns desde idades precoces da vida o que faz aumentar a faixa de idade de prevenção citopatológica até a adolescência. Nós estamos captando todas aquelas adolescentes sexualmente ativas para começar desde essa etapa da vida a fazer prevenção das DTS, câncer de colo e gravidez na adolescência que é comum.

Ainda falta muito por trabalhar, na reunião de equipe passada, refleti sobre o sub-registro de usuários diagnosticados com HAS (174 de 764 previstos, 23% do estimado) e DM (31 de 218, representando 14% do esperado) segundo o caderno de ações programáticas, precisamos realizar busca ativa dos mesmos, chegamos ao consenso de fazer uma atividade diretamente na comunidade para oferecer aferição da PA e avaliação de glicemia capilar ação que deve ser feita na próxima semana.

Na Unidade de Saúde duas vezes por ano é oferecida consulta ao usuário Diabético/Hipertenso de forma integral, realizasse todas as microáreas incluindo a avaliação de risco para doenças cardiovasculares que, no caso da HAS, foram recebidas por 113 de 174 que representam 65% dos casos e no caso dos usuários diabéticos os 31 usuários diagnosticados todos foram avaliados representando 100%.

Nestas consultas são realizadas orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, o controle de peso fortalecendo a prática de exercícios físicos, o não consumo ou abuso de álcool e os malefícios do consumo de tabaco. Todos os adultos portadores das doenças referidas têm atendimento de segunda à sexta-feira nos dois horários de atendimento e no fim de semana em consultas de urgência que funciona no Posto de Saúde. Também na unidade atendemos a populações de outras áreas de abrangência quando necessário.

Do atendimento participam diretamente as médicas e enfermeira com ajuda dos ACS e técnicas de enfermagem. É realizado o cadastramento, pesquisa e

acompanhamento nas diferentes áreas, às técnicas têm como função a aferição da pressão arterial realizar glicemia capilar a toda a população maior de 18 anos que recebem atendimento na unidade o que possibilita a pesquisa dos quadros que temos como desconhecidos na comunidade.

Na unidade desde agosto estamos acompanhando a todos os casos diagnosticados com as doenças, dois dias na semana, até avaliar 100% dos usuários cadastrados, pois nos últimos três meses do total de diabéticos só 15 (48%) realizaram os exames físicos do pé, dos pulsos periféricos, mas todos foram orientados em visitas domiciliares ou consultas por qualquer queixa de doenças sobre o cuidado dos pés e demais orientações específicas. Em consulta feita no mês de abril, foram solicitados exames a todos, mas só 69% deles foram avaliados ou realizados, todos receberam orientações sobre as formas de compensação da doença. Pretendemos buscar aqueles que ainda não possuem a avaliação de risco completa. Não temos protocolos estabelecidos para ambas às doenças dificultando a organização, planejamento e acompanhamento dos usuários que sofrem as doenças.

Nas consultas se explica como reconhecer os sinais de complicações das doenças e a data da próxima consulta, e na unidade já temos um sistema estabelecido de agendamento de consultas, que começaram a serem programadas a partir do início das consultas de avaliação. Todos os dados coletados dos usuários são registrados no prontuário clínico, não contamos com arquivos específicos nem registros para planejar as ações que devem ser feitas para um ótimo acompanhamento do usuário.

Na UBS existe o Programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) que é levado diretamente pelos ACS e não temos outro programa na unidade. O cadastro é enviado à Secretaria Municipal de Saúde pela diretora do Posto de Saúde ou a enfermeira. Na unidade realizamos uma vez por mês atividades comunitárias com usuários portadores de doenças crônicas e atuam nelas todos os profissionais. As médicas e enfermeira planejam, e coordenam ações orientadas à saúde dos adultos com HAS e DM. Não são realizados relatórios durante as reuniões. O tempo das reuniões não é suficiente para avaliar as estratégias de trabalho planejadas já que devem ser avaliadas sistematicamente e com maior periodicidade, podendo ser quinzenal ou mensal, usando como fonte o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e HIPERDIA. Estamos avaliando os resultados nas diferentes reuniões feitas

pela equipe de saúde, todas as sextas-feiras, em minha opinião é um avanço importante considerando que não eram avaliados pela equipe somente pelos ACS e a enfermeira. Estamos melhorando o engajamento da equipe e da comunidade, sendo que esse maior comprometimento estão sendo visualizados nas estatísticas do município e no processo de trabalho.

Quanto à saúde do idoso, foi quase impossível preencher o Caderno de Ações Programáticas durante a unidade de análise situacional, pois não temos dados reais que permitam avaliar o Programa. Na área temos cadastrados 329 pessoas maiores de 60 anos de idade residentes na área de abrangência, sendo a estimativa dos idosos residentes da área segundo o Caderno de Ação Programática de 279 (117.9%), portanto esse é um dado real de população cadastrada na área de cobertura de atendimento. Só são avaliados com certa qualidade os usuários com doenças crônicas como HAS com 89 casos representando 32% dos atendidos e 20 Diabéticos para 7%. 115 idosos (41%) foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos. Não possuímos os dados de quantos receberam atendimento odontológico. Não se realiza a avaliação de risco para morbimortalidade, nem os indicadores de fragilização na velhice.

Na unidade se realiza atendimento de idosos todos os dias da semana e em todos os turnos, sendo uns dos grupos prioritários de atendimento, não precisam muito tempo de espera para ser atendidos nas consultas. No momento não temos idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento na UBS e senecessário, teriam prioridade igual que os usuários da nossa área de abrangência principalmente nas consultas por processos agudos e não temos excesso de demanda e se fosse necessário encaminham a outros níveis como especialidades ou internação hospitalar seguindo os protocolos feitos para todos os casos.

No atendimento participam as médicas, enfermeira, técnicas de enfermagem, odontólogos sem eles os precisaram, e os ACS que são os responsáveis de fazer o acompanhamento domiciliar e de avaliar os possíveis riscos que possam sofrer para uma posterior avaliação pela equipe de saúde. Depois de concluída a consulta, o usuário idoso sai com a próxima consulta programada mais não agendada, pois no município não estamos agendando consultas até onde eu tenha conhecimento. Quando começaram as avaliações aos usuários portadores de doenças crônicas iniciaram os agendamentos programando as consultas. O maior percentual dos usuários portadores das mesmas é idoso, então podemos falar que estamos

começando a agendar as suas consultas mais como programa de doenças crônicas e não pelo Programa de Saúde do Idoso.

O difícil do nosso trabalho nesta área programática é que não contamos com protocolo de atendimento para os idosos, segundo a enfermeira, faz tempo que o programa não está sendo atendido, não são providenciadas as cadernetas para idosos nem se fazem planejamento das ações. Realizam-se ações específicas como: imunizações, promoção de atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, sempre são revisadas nas consultas as gengivas procurando a presença de lesões pré ou malignas que possam atrapalhar a saúde do idoso e são encaminhados ao odontólogo para avaliação.

Realiza-se também promoção de saúde mental, mas não utilizamos a tabela de avaliação da escala geriátrica, pois não contamos com ela, mas é muito útil para medir o grau de vulnerabilidade que possui um usuário idoso para logo desenhar estratégias específicas para acompanhar as limitações que são tão comuns nessa faixa etária.

Todos os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, na ficha de atendimento odontológico, e na ficha espelho de vacinas, registros que não são levados com a sistematicidade que se precisa, principalmente o odontológico que só é revisado no momento da consulta que sempre é segundo a demanda espontânea o que deve mudar. No prontuário médico estamos tentando coletar todos os dados possíveis que permitam acompanhar a saúde do usuário adequadamente. A ficha espelho de vacina é muito útil para avaliar a periodicidade das vacinas e as ações que devemos fazer para melhoria deste cenário. Precisamos integrar mais os profissionais de saúde bucal e incluí-los nas diferentes atividades por fazer.

Na unidade não temos um arquivo específico nem registro que recolhe os atendimentos feitos aos idosos porque não existe planejamento do acompanhamento, só são atendidas por aquelas doenças crônicas que possam ter e daí sai o planejamento das ações que se possam realizar. Todos os familiares e idosos nas consultas e visitas domiciliares são explicados como reconhecer sinais relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como HAS, DM e Depressão assim como o risco de acidente principalmente as fraturas que são tão comuns nesta idade por deficiência visual ou limitações funcionais. Não existe nem se conhece o Estatuto do Idoso na UBS nem existe nenhum Programa de Atenção ao Idoso implantado por enquanto. Não se realiza atividades grupais

para essa faixa etária, só diretamente através da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis que geralmente sofrem. A maioria dos profissionais (médicas, enfermeira, técnicas de enfermagem, ACS) da unidade realiza cuidado domiciliar aos idosos sendo feito o levantamento dos mesmos moradores da área e abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar principalmente os usuários encamados, idosos frágeis, pessoas com alguma deficiência física psicomotora, entre outros.

Após a realização do relatório sobre o Programa do idoso e avaliando a qualidade de prestação de serviço a uma faixa etária tão vulnerável posso afirmar que estamos deixando a essa população sem atendimento, pelo que devemos planejar estratégias para melhorar esse indicador, primeiro terminar o cadastramento para ter o número exato dos casos a ser atendidos para logo estratificar o atendimento e desenhar ações que ajudem a melhorar a qualidade de vida do idoso envolvendo a todos os atores sociais.

Em relação a saúde bucal, na UBS não estão sendo realizadas as ações relacionadas com a saúde bucal como recomendado pelo ministério da saúde, o que faz difícil a elaboração do caderno de ações programáticas. Segundo a dentista da unidade, só trabalha com as demandas espontâneas e não com os primeiros atendimentos programados e não se trabalha por faixas etárias. Revisamos os dados do mês passado e foi possível observar que 1 menino com 4 anos de idade foi avaliado para 1%, 20 de 5-14 anos para 2% dos atendimentos, 70 para 3%, 2 para 1%, e não foram feitas consultas para gestantes. – existe deficiência na saúde bucal. Com ela, poder-se-ia conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos que se precisa para realizar com qualidade o programa e avaliar futuras ações a ser feitas. Existem problemas no registro e monitoramento dos programas pelos gestores tanto municipal como local, na UBS. Não são feitas ações coletivas nem estamos trabalhando com grupos prioritários, situação que poderia ser resolvida de forma simples a partir uma boa comunicação entre os diferentes profissionais. Por exemplo, poderia ser programada a primeira consulta odontológica, no mesmo dia da primeira consulta da gestante, com o objetivo de garantir um atendimento integral das gestantes que realmente não têm hábito de realizar o atendimento odontológico.

No caderno de ações programáticas solicita o número de atendimento com tratamento inicial completado, mas a forma de apresentação dos dados é por número e tipo de restaurações. Foi realizado um total de 149 procedimentos clínicos o que equivale a 0.4% que o parâmetro mínimo recomendado por MS.

Segundo a dentista, só trabalha de forma programada quando se trabalha com a saúde bucal da população indígena e caso, da unidade, não prestou esse tipo de atendimento que eu acho que deveria ser realizado para toda a comunidade em geral.

A UBS conta com uma equipe neste momento mais consciente do trabalho que tem que desenvolver, melhorou muito o relacionamento entre os membros da equipe e a responsabilidade que devem ter cada um dos membros na melhoria dos indicadores de saúde da área de atendimento além de existir melhor comunicação e preocupação nos casos que precisem acompanhamento domiciliar, mas ainda não incluímos nesse trabalho à equipe de saúde bucal que trabalha de forma independente por mau planejamento das ações.

Contamos com ferramentas que não possuíamos meses atrás, possibilitando o planejamento de ações de saúde com base científica e com visão dos objetivos a alcançar, além de precisar melhor assessoria municipal, avaliação do processo de trabalho por parte dos gestores municipais que ajudariam na melhoria da qualidade do atendimento médico.

Também precisamos melhorar a comunicação entre atenção primária e secundária versus terciária que não está sendo realizada, a atenção médica não deve ser isolado, sempre lembrando que a atenção primária é a primeira ligação de atendimento na rede pública e a porta de entrada, lugar onde se realiza a primeira avaliação e é a responsável do acompanhamento do indivíduo.

Preenchendo o caderno de ações programáticas encontramos deficiências no processo de trabalho, tanto municipal como na própria unidade, deficiências que foram conversadas com os gestores, mas eles indicaram que a forma de coleta de dados está sendo regulamentadas pelo SUS. No entanto, encontramos deficiências que precisam ser melhoradas como os Programas de Saúde Bucal, Atenção ao Idoso, Câncer de Colo de útero e Mama, que não estão sendo feitos com a qualidade necessária e são de vital importância.

Ao início da especialização, estávamos trabalhando em um local adaptado por remodelação e ampliação da minha unidade que foi inaugurada em Julho. Até o mês

passado só poderiam ser feitos os TFD pelos médicos nacionais o que dificultava a qualidade do atendimento, mas isso foi resolvido, no entanto ainda temos dificuldades com a avaliação dos usuários pelas diferentes especialidades assim como com a contra referência que precisamos para acompanhar ao usuário na área.

Foi planejada a instalação da farmácia para ser mais acessível à aquisição dos medicamentos pelos usuários, mas não foi realizado até o momento, não existe local com condições mínimas que possa ser usado com esse fim. As atividades comunitárias começaram a ser feitas, não com a periodicidade que se precisa, mas já estão acontecendo como as reuniões da equipe, onde melhorou a integração ou comunicação entre os membros.

Ainda precisamos trabalhar mais como equipe, fortalecendo o trabalho integrador, engajando a todos os membros. O desejo de trabalhar existe o que precisamos é de gestores que tenham maior conhecimento do trabalho no município, que ajude a planejar as ações em nível municipal para alcançar não só engajamento dentro da unidade, mas também no município tornando-nos uma única força, para promover melhorias no setor da saúde que podem ser alcançadas de forma simples, com trabalho profilático, trabalhar nos grupos de riscos, evitar as complicações de doenças crônicas e diminuir as incidências de doenças transmissíveis.

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

No primeiro texto “Qual é a situação da ESF/ APS em seu serviço” da segunda semana de ambientação avaliamos de forma superficial e geral a situação da unidade sem conhecimento das expectativas nem os protocolos de atendimento no Brasil que realmente precisávamos conhecer, foi um trabalho a "cegas", sem elementos nem estratégias de trabalho.

A partir da realização dos questionários os quais terminaram no “Relatório da Análise Situacional” começamos a ter uma luz sobre as questões de nosso trabalho, a desenvolver estratégias e ações de saúde assim como a conhecer a verdadeira realidade de nossa área de abrangência.

O uso dos Protocolos permitiu organizar melhor o trabalho dos programas mais importantes que precisam ser melhorados no país, com elementos científicos não empíricos ou tomados de outros protocolos como aqueles feitos em Cuba que

geralmente não se adéquam a nossa realidade atual. Permitiu também conhecer que estamos trabalhando com subestimação como demonstra o Caderno de Ações Programáticas, valiosa ferramenta de avaliação e pesquisa, e que ajudou a estabelecer novas ações que já estão sendo feitas para alcançar a verdadeira meta de nosso trabalho que é melhorar a qualidade de vida da população.

A análise situacional permitiu refletirmos sobre as nossas ações realizadas do dia a dia, avaliar o superficial do trabalho, promovendo melhoras como a implementação de agendamentos das consultas de grupos específicos e lidar melhor com a Demanda Espontânea, assim como participar do planejamento, implementação e monitoramento das atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais da unidade sistematicamente, realizando reuniões da equipe com mais qualidade procurando a melhora dos serviços e a satisfação da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças que se associam a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013, 2013b). Ambas as doenças constituem um grave problema de saúde no Brasil e no mundo, e são problemas de saúde considerados sensíveis à Atenção Primária, pois evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na Atenção Básica, pode evitar hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013). O DM e HAS são primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde (BRASIL, 2013). A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM e HAS mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006)

A Unidade de Saúde possui condições estruturais básicas mínimas para o desenvolvimento das atividades relacionadas à saúde. Tem uma sala de recepção que tem uso múltiplo, pois nela recebemos aos usuários sendo utilizada também como sala para palestras. Todas as salas têm privacidade favorecendo a comunicação médico-usuário ou enfermeira-usuário. Nossa equipe está formada pela médica do Programa Mais Médico e a médica contratada pela Prefeitura que atua no município segundo a necessidade do serviço a nível municipal, nove ACS,

duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira. Nossa área conta com uma população de 4345 pessoas com 797 famílias, predominando a população feminina sobre a masculina e a população jovem sobre a população adulta. Segundo a planilha de coleta de dados, 2911 usuários têm 20 anos a mais, existindo aproximadamente 661 usuários com HAS e 163 usuários com diabetes mellitus, estando cadastrados 174 usuários (23%) com HAS e 31 diabéticos que representa 14%, que constituem nossa população alvo de estudo. Assim, decidimos realizar a intervenção na área de abrangência com a finalidade de ampliar a cobertura de atendimentos de usuários diabéticos e hipertensos e conseguir mudanças no estilo de vida além de ter sido um programa que desde nossa chegada a unidade tem estado trabalhando pelos nossos conhecimentos e experiências, utilizando os Protocolos que sobre as doenças acostumamos utilizar em Cuba, mas precisamos realizar mudanças que sem o desenvolvimento do projeto de intervenção seria difícil de desenvolver por resistência dos profissionais aos novos desafios; programas que podem ser desenvolvidos com qualidade com bons resultados não assim os Programas de Prevenção do Câncer de Mama e Colo de Útero e Saúde do Idoso que apesar de também estar muito deficitárias na equipe e no município não encontra-se organizada a nível municipal, da UBS e acho que a nível estadual o que atrapalharia e dificultaria o desenvolvimento do Projeto. Na unidade, os profissionais trabalharam com consultas programadas duas vezes por ano, para avaliar ao usuário hipertenso e diabético, mas não com grupo de faltosos nem se realizam acompanhamento dos mesmos nas diferentes microáreas com enfoque científico e humanista. As avaliações eram realizadas de forma superficial, sem uso dos Protocolos fornecidos pelo Ministério de Saúde, Cadernos de Atenção Básica sobre HAS e DM. Neste momento estamos realizando atividades de promoção em saúde, orientadas aos usuários portadores de Diabetes e HAS, palestras sobre hábitos alimentares, tentamos que seja forma ativa, participativa conversando com os usuários. Estamos observando boa adesão dos usuários com o projeto, pois estão sendo escutadas e consideradas as opiniões deles, os usuários participam ativamente e comparecem as consultas programadas assim como os familiares que são os responsáveis pela pessoa doente e que também devem conhecer os diferentes sinais de alarme de possíveis complicações e descontrole da enfermidade assim como a dieta que devem levar. Realizamos avaliação antropométrica, controle da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, controle de glicemia e

aferimos a pressão arterial a usuários portadores de doenças crônicas e de risco, exames dos pés e avaliação da cor e pulsos dos membros inferiores, exame bucal e exame físico completo assim como dicas sobre hábito alimentar saudável, riscos do tabagismo para a saúde, a importância da prática de exercícios físicos e de manter uma higiene bucal adequada assim como de manter um controle periódico das doenças e uso contínuo dos medicamentos e a realização dos exames indicados.

O programa orientado à saúde dos usuários com Diabetes e HAS foi escolhido como foco de intervenção devido à alta incidência das doenças que existe na comunidade, além de existir deficiências na atenção dessa população alvo. Os usuários eram atendidos por demanda espontânea, geralmente por doença não compensada devido a abandono ou tratamento inadequado. Pretendemos com o projeto, diagnosticar um maior número dos usuários portadores de HAS e Diabetes da nossa na área e melhorar a qualidade de atenção, acompanhando-os continuamente, tratando-os de forma adequada, assim como estabelecer o risco que possam ter para diminuir a mortalidade por essas causas, trabalhar com os fatores de riscos cardiovasculares incluindo a obesidade, sedentarismo, tabagismo, hiperlipidemias e controlar as complicações, ou se presentes reabilitar ao usuário para melhorar a qualidade de vida, que é um dos princípios da medicina familiar, e estimular a prática de exercícios físicos e avaliar a sua saúde bucal.

A intervenção que será desenvolvida é importante no contexto da minha UBS porque existe um grande número de usuários que não estão sendo acompanhados e que sabemos que existem na área. Precisamos implementar a ação como parte rotineira no serviço, para promover a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, o uso da ficha espelho, a coleta de dados e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, ampliação dos exames para usuários diabéticos e hipertensos, a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, a avaliação odontológica dos mesmos, orientação de medidas preventivas. Pretendemos institucionalizar a prática de atividades físicas com a abertura da academia para usuários hipertensos e diabéticos assim como aqueles com fatores de riscos que possam desenvolver as doenças sem limites de idades com o objetivo não só de fomentar a prática de exercícios físicos, mas mudar de estilos de vidas. A intervenção pode ser realizada, pois contamos com uma equipe motivada e com o apoio da gestão. Para conseguir o sucesso do projeto, precisamos

aumentar o engajamento dos funcionários da unidade e a população, organizar melhor as ações a serem desenvolvidas no aperfeiçoamento das atividades. Precisaremos de material diagnóstico que ajudará na identificação de novos casos aos ACS e acompanhamentos de aqueles que precisem no momento. Dessa forma, poderemos promover melhores padrões de qualidade de vida a nossa população.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Maria da Luz no município Tarauacá-Acre.

2.2.2 Objetivos Específicos

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta1.2. Cadastrar 30 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Meta5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Meta6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) "Maria da Luz", no Município de Tarauacá, estado Acre. Participarão da intervenção os usuários portadores de hipertensão e de diabetes residentes na área maiores de 20 anos.

2.3.1 Detalhamentos das ações.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 30 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÕES

1.1. Monitorar semanalmente o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Monitorar semanalmente o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

DETALHAMENTO

O registro dos usuários hipertensos e diabéticos será mediante o uso de livro específico que será monitorado pelo médico e enfermeira da unidade onde incluiremos todos os dados gerais do usuário por microáreas, os exames feitos, classificação do risco cardiovascular e a data de consulta e a nova programação da

mesma. Iremos coletar também os dados dos novos casos encontrados na área de abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

AÇÕES

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos.
- 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

O registro dos usuários Hipertensos e Diabéticos será realizado nos prontuários, fichas e livros de registro e atendimento. Responsáveis: Médica, enfermeira.

O acolhimento do usuário acontecerá na hora da chegada a unidade pelo profissional que trabalha desde a recepcionista inicialmente, e depois durante as consultas pelo médico, preenchendo todos os dados do usuário e procurando um atendimento humano e com qualidade. Será feita na unidade capacitação do pessoal, pela médica e enfermeira. A Atividade que será desenvolvida na reunião da equipe de saúde e avaliada a qualidade da sua execução neste momento. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Materiais disponíveis para um adequado atendimento médico se procura avaliar duas vezes a Pressão Arterial, no momento do acolhimento e durante a consulta. Deve ser solicitado e garantido pela Secretaria de Saúde baixa a responsabilidade da Diretora Da Unidade.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Material que se encontra disponível sem dificuldades nem carências e se realiza no acolhimento do usuário e que deve ser monitorado pela Diretora da Unidade e providenciado pela Secretária de Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES

- 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, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

DETALHAMENTO

Realizar palestras nas quais se informa à população sobre o programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético e explicar a necessidade do controle anual da tomada da PA em indivíduos aparentemente saudável uma vez por ano e rastreamento da Pressão arterial nos usuários portadores de DM com cifras tensionais superiores que 135/85 mmHg na unidade de saúde, igrejas ou locais providenciados para esse fim na comunidade a grupos de hipertensos e diabéticos. Utilizar os meios de difusão massiva que tem ao alcance como as rádios locais e o jornal do município para fazer prevenção sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes e Hipertensão. Responsáveis: Médica e enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÕES

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

DETALHAMENTO

Os ACS serão capacitados sobre o cadastramento de Hipertensos e Diabéticos nas reuniões da Equipe de Saúde que devem ter um período semanais sendo as responsáveis da sua execução a médica e enfermeira da unidade utilizando os Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM. Capacitar ao pessoal técnico de enfermagem e aos ACS, na realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg assim como na toma adequada da Pressão Arterial e do uso segundo técnica do manguito. A capacitação será feita na unidade na reunião da equipe com execução e avaliação no momento de oferecer ao usuário os procedimentos sendo responsável a enfermeira monitorada pela médica utilizando como material de apoio o Caderno Básico de HAS e Diabetes do Ministério de Saúde.

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

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

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÕES

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO

Realizar o exame físico completo a todos os usuários hipertensos e diabéticos nas consultas pesando e medindo a altura examinando a pele e os pulsos periféricos assim como os membros, além da PA dos mesmos, segundo protocolo, realizados pelo médico e enfermeiro incluindo a pesagem e monitorando os prontuários clínicos.

Garantir a realização dos exames laboratoriais solicitando aos usuários na consulta a realização dos mesmos e avaliando os resultados nas próximas consultas pela médica e/ou enfermeira.

Garantir que os usuários tenham o cartão e prescrição de medicamentos oferecidos pelo SUS na farmácia Popular e monitorar seu uso pelos ACS nas visitas domiciliares e avaliação posterior pelo médico e/ou enfermeiro nas consultas estabelecidas, mediante uso dos prontuários e do cartão.

Realizar exame bucal nas consultas e encaminhar para avaliação odontológica a todos os usuários hipertensos e diabéticos que precisem do serviço, para avaliação posterior do dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

Utilizar os meios de difusão massiva que temos a nossa disposição como a rádio base do município, televisora local e os blogs na internet existentes principalmente associados à Secretaria de Saúde, e durante as conversas e/ou palestras que possam ser desenvolvidas no Posto de Saúde e locais providenciados pela comunidade com uma frequência mensal para alertar à comunidade sobre os riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente assim como a importância de realizar exame bucal periódica e a assistência oportuna às consultas médicas. Responsável. Médica, Enfermeira.

Orientar ao usuário sobre a necessidade de realizar exames laboratoriais e a periodicidade em que devem ser feitas nas visitas domiciliares e consultas médicas avaliando os prontuários e registros feitos por médicos e enfermeira. Responsáveis: Médica e enfermeira. Frequência: Semanal.

Garantir o acesso do usuário aos medicamentos oferecidos na Farmácia Popular através de confecção de cartão de medicamentos e monitoramento mensal nas farmácias para discutir com os gestores a possibilidade de incluir os mesmos na lista de medicamentos a ser requeridos segundo o Protocolo de Medicamentos estabelecido pelo SUS assim como orientar ao usuário sobre seu direito como usuário para o acesso ao medicamento, orientações que serão desenvolvidas na sala de recepção da unidade ou nas próprias consultas. Responsáveis: Médica e Enfermeira. Frequência: diária.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÕES

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

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

DETALHAMENTO

Capacitar ao profissional da unidade sistematicamente nas reuniões da equipe de saúde na realização de exames clínicos do usuário principalmente na avaliação da coloração e mudanças que possam ocorrer na pele dos membros inferiores dos usuários e sintomas neurológicos utilizando o Protocolo oferecido pelo SUS (Caderno Básico de HAS e DM) assim como para a solicitação dos exames laboratoriais segundo o Protocolo estabelecido na unidade sendo monitorado nas reuniões da equipe. Responsáveis: Médica e Enfermeira. Frequência: semanal.

A Atualização será na unidade de saúde da médica e enfermeira no tratamento da hipertensão de forma sistemática utilizando as bibliografias fornecidas pelo SUS como os Cadernos Básicos de HAS e DM e por elas disponibilizadas. Responsáveis: Médica e Enfermeira. Frequência: Semanal.

Capacitar à equipe de saúde para orientar as alternativas para obter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular nas reuniões da equipe de saúde incluindo as Recepcionistas e sobre a avaliação das necessidades de atendimento odontológicos nos diabéticos, atividade que deve ser feita pelo dentista, médico, enfermeira na unidade de saúde, durante as reuniões da equipe.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÕES

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas para usuários hipertensos e diabéticos previstos no protocolo (consultas em dia).

DETALHAMENTO

Avaliar periodicamente nas reuniões da equipe o cumprimento da periodicidade das consultas médicas para usuários hipertensos e diabéticos previstos no protocolo realizado pelos ACS, dentista e enfermeira na procura de usuários faltosos, ação que será avaliada pela equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO

Colocar no quadro de avisos, em lugar visível, os horários de atendimento médico, de enfermagem e odontológico, assim como a importância da realização das consultas, atividade que deve ser realizada pela Diretora do Posto e será feito pelos ACS ou recepcionista.

Preconizar nas visitas domiciliares aos usuários faltosos a importância das consultas médicas pelos ACS e/ou a equipe de saúde. Realizar reunião com o conselho de moradores para ouvir possíveis estratégias que facilitem o acesso dos usuários que evadam as consultas estabelecidas na procura de soluções factíveis para ambas as partes atividade que pode ser feita pela Diretora do Posto ou médico ou enfermeira ou qualquer membro da equipe designado para cumprir a tarefa.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

AÇÕES

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

DETALHAMENTO

Capacitar os ACS nas reuniões da Equipe de Saúde sobre a necessidade de localizar aqueles usuários faltosos e orientá-los sobre a importância da realização de forma periódica das consultas e o porquê das mesmas e dar continuidade ao objetivo, atividade que será feita pelas médicas, enfermeira e/ou dentista, utilizando os Cadernos de Atenção Básica a HAS e DM, será feito na primeira semana da execução do projeto e avaliada semanalmente.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÕES

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO

Monitorar, preencher e atualizar as ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde de forma sistemática, semanalmente e nas consultas programadas por enfermeira e médicas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÕES

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na

realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

DETALHAMENTO

As informações do SIAB serão atualizadas diariamente uma vez terminadas o horário de atendimento na unidade de saúde tanto de consulta como visita domiciliar com todos os dados preenchidos e com qualidade. Responsáveis: Médica e Enfermeira.

Implantar a ficha de acompanhamento na primeira consulta realizado ao usuário hipertenso e diabético que deve ser monitorada sistematicamente para avaliar a qualidade do atendimento médico e a forma de acompanhamento que se precisa levar segundo as necessidades do usuário. Responsáveis: Médica e Enfermeira.

Pactuar com a equipe o registro das informações. A equipe de saúde deve procurar a pesquisa diária de novos casos para acrescentar no número de usuários que precisa atendimento e estratificar. Avaliar aqueles usuários que precisem prioridade de atendimento e conduta a realizar no acompanhamento domiciliar. Manter realimentação de informações de forma rotineira.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Os registros devem ser monitorados pelas médicas e enfermeira da unidade quinzenalmente e avaliados nas reuniões da equipe.

Registro que deve ser informatizado que ajude a avaliação sistemática da qualidade do trabalho e o acompanhamento a ser feito pela equipe de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES

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

DETALHAMENTO

Ter disponível em lugar acessível para o usuário exposta a “Carta de direito do Usuário” de preferência no quadro de avisos, onde o usuário possa ler o documento e conhecer os direitos que possui com relação à manutenção de seus

registros de saúde e acesso a outras vias de atendimento se precisasse. Realizar palestras onde se explique os direitos do usuário assim como explicar os mesmos nas visitas domiciliares e consultas médicas. Responsáveis: Médica e Enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÕES

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

DETALHAMENTO

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário diabético e hipertenso e dos procedimentos clínicos em todas as consultas é responsabilidade das médicas e enfermeira da unidade e deve ser monitorada sistematicamente no início e fim dos atendimentos diários.

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

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

Meta5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

AÇÕES

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

DETALHAMENTO

Todos os usuários devem ter uma avaliação integral por ano incluindo exame físico completo, laboratoriais e de alta complexidade se o precisasse para avaliar o nível de risco cardiovascular que possui. O monitoramento e avaliação que será feita pelo médico com o apoio da ficha de atendimento e o prontuário médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÕES

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

DETALHAMENTO

O usuário será avaliado segundo a necessidade, o resultado da aferição da pressão arterial e hemoglicoteste para aprimorar o atendimento médico no momento. Atividade que deve ser feita pelas técnicas de enfermagem e enfermeira.

Os usuários de alto risco terão atendimento frequente, mensalmente de ser possíveis ou segundo a complexidade ou compensação ou não das doenças. Avaliar nas visitas domiciliares pela equipe de saúde assim como nas consultas médicas com exames periódicos da sua condição física pelas médicas e enfermeira. Haverá encaminhamento para avaliação por especialistas aqueles que a sua condição física o precise.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES

- 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).

DETALHAMENTO

As orientações serão desenvolvidas nas visitas domiciliares e consultas programadas aos usuários e a família.

A Atividade pode ser promovida mediante uso de meios de difusão massiva, palestras desenvolvidas na Unidade de Saúde, visitas domiciliares e consultas assim como reuniões feitas com o conselho de moradores. Responsável: A Equipe de Saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÕES

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

DETALHAMENTO

Capacitar à equipe de saúde nas reuniões da equipe semanalmente pela médica e/ou enfermeira que são as responsáveis da sua execução utilizando os Cadernos Básicos de HAS e DM na estratificação de risco segundo escore de Framingham, sobre a importância do registro desta avaliação e em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Avaliar semanalmente a sua implementação. Responsáveis: Médica e enfermeira.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Meta6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÕES

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO

As orientações nutricionais aos usuários hipertensos e diabéticos serão feitas nas visitas domiciliares e no âmbito das consultas médicas e de enfermagem. O monitoramento será realizado pela Médica e Enfermeira, nas fichas e planilhas.

Antes de cada atendimento o usuário no acolhimento deve ser avaliado antropocentricamente para conhecer o IMC (índice de massa corporal) o que ajudará a avaliação do estado nutricional e adesão do usuário à dieta, levando a curva de peso.

Motivar a adesão do usuário e da família na orientação nutricional e da prática de atividade física assim como do risco de tabagismo que será monitorada pelos ACS nas visitas de acompanhamento à família e por toda a equipe da Família.

O Monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal que será feita nas visitas domiciliares e nas consultas feitas na unidade, é de responsabilidade da equipe de Saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

AÇÕES

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

DETALHAMENTO

Formar grupos de Hipertensos e diabéticos para fomentar a prática coletiva sobre alimentação saudável com apoio da nutricionista do Município. Responsável: Médica, enfermeira e diretora da Unidade Básica de Saúde. Local: Unidade Básica de Saúde.

Fomentar a prática de exercícios físicos engajando aos gestores públicos na habilitação da academia existente na unidade e que não presta funcionamento para trabalhar com o grupo específico. Responsável: Médica, enfermeira e diretora da Unidade Básica de Saúde.

Desenvolver um projeto sobre abandono do tabagismo para imbricar aos gestores na compra de medicamentos para o tratamento do “abandono do tabagismo”. Responsável: Médica, enfermeira e diretora da Unidade Básica de Saúde.

Organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir a realização das ações e orientações em nível individual que será feito no âmbito do Posto de Saúde e é responsável a enfermeira e o médico segundo a programação de atendimento e será feito sistematicamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÕES

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

DETALHAMENTO

Orientar a família individualmente nas consultas e/ou visitas domiciliares sobre a importância da alimentação saudável e da higiene bucal, de forma conversacional no espaço da consulta e no lar. Responsáveis: Médica e Enfermeira.

Oferecer palestras e conversas no âmbito do Posto Médico ou locais adaptados ou espaços públicos com o fim de realizar a atividade e fomentar boas práticas alimentares e a promoção de atividades físicas. Responsáveis: Médica e Enfermeira.

Utilizar os meios de difusão disponíveis no município para realizar promoção em saúde sobre ótimos hábitos alimentares, práticas de exercícios físicos e sobre a importância da higiene bucal. Responsável: A equipe de Saúde incluindo a Equipe de Saúde Bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÕES

- 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.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e a metodologia de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e a metodologia de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e a metodologia de educação em saúde.

DETALHAMENTO

Solicitar aos gestores municipais capacitação sobre o programa de tabagismo e do tratamento para desenvolver o “abandono do tabagismo” para as médicas e enfermeira. Responsável. Diretora do Posto. Capacitar a equipe sobre prática de alimentação saudável, prática de atividades físicas, tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações sobre higiene bucal e as metodologias de educação em saúde segundo corresponda nas diferentes reuniões feitas pela equipe e são responsáveis as médicas, enfermeira e dentista.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 30% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para desenvolver os propósitos requeridos faremos uso do Manual Básico para HAS e DM do Ministério de Saúde do ano de 2013. Faremos uso dos prontuários, Ficha de Coleta de Dados e a Ficha Espelho que desenvolveremos segundo os dados que se precisam para o ótimo desenvolvimento do trabalho serão feitos e daremos como proposta para sua próxima adoção. Temos como propósito cadastrar o 50 % dos hipertensos da área de abrangência e o 30 % dos diabéticos da unidade de saúde. Uma vez feito às fichas espelhos pactuaremos com a Secretaria de Saúde para sua aprovação e execução imprimindo a quantidade necessária para alcançar tal objetivo, sendo os responsáveis da sua execução a médica e enfermeira com apoio da diretora da unidade e dos ACS.

Marcaremos uma reunião com a gestão para a apresentação do projeto, na qual explicaremos a importância da intervenção na nossa área, os objetivos e metas propostos e solicitaremos os instrumentos, materiais de consumo diário e papelaria necessária, assim como o apoio deles em relação aos exames laboratoriais, horários, salas, pessoal, data show, para a realização das capacitações. O projeto será também apresentado à equipe para que seja de conhecimento oficial de todos durante a reunião semanal.

Em relação aos registros específicos, a médica e enfermeira semanalmente vão revisar o registro de usuários hipertensos e diabéticos e incluir todo aquele novo achado nas consultas e visitas domiciliares. No registro devemos colocar os exames feitos, data da próxima consulta para ter registrado a continuidade do atendimento com o objetivo de aderir ao projeto os usuários faltosos, incluir o atendimento bucal como um atendimento integral agendando previamente junto com a equipe de saúde bucal e monitorando a sua execução sempre usando o Protocolo estabelecido.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que venham ao serviço

para consultas nos últimos 3 meses. A Profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Consideraremos o número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade, a médica e a enfermeira levaram controle dos novos casos de hipertensos através da informação estadística recopilada nas consultas e nas visitas domiciliar feitas. Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos assim como o número destes usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde este se ara a traves do controle dos prontuários e com a qualidade da atividade feita na consulta pela própria médica e a enfermeira.

Explicaremos a necessidade do controle anual da tomada da PA em indivíduos aparentemente saudável uma vez por ano e rastreamento da Pressão arterial nos usuários portadores de DM com cifras tensionais superiores que 135/85 mmHg. Atividade que será desenvolvida pela Médica, enfermeira e ACS em grupos de idosos e/ou portadores de HAS e DM na unidade de saúde ou casa de idoso com frequência mensal. Realizaremos palestras onde se preconize o programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético mensalmente na unidade de saúde, igrejas ou locais que sejam da procura e interesse da comunidade. Utilizaremos dos meios de difusão massiva que temos ao alcance como as rádios locais e o jornal do município para fazer prevenção sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes e Hipertensão com uma frequência mensal. Responsáveis: médica e enfermeira.

A equipe de saúde será capacitada tendo em conta o caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus. No. 36 e No. 37 de HAS, sendo feita na unidade de saúde, nos primeiros quinze dias com uma duração de 2 horas nas reuniões da equipe de saúde sendo os responsáveis de atividade a médica e a enfermeira, fazendo um cronograma onde cada membro estudará uma parte sendo depois exposta para todo a equipe, estabelecendo um sistema onde discutam-se os temas para fortificar os conhecimentos da equipe de saúde para conseguir um melhor trabalho e cumprir os objetivos propostos . Também será capacitada no preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético, no registro adequado dos procedimentos clínicos em

todas as consultas como para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância das estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal.

Será realizado o exame físico completo a todos os usuários hipertensos e diabéticos nas consultas estabelecidas segundo o Caderno Básico de HAS e DM dos 2013 pelo médico e enfermeira incluindo a pesagem monitorando nos prontuários clínicos, ação que deve ser feita diariamente ou cada vez que se tenha agendadas as consultas para usuários portadores de ambas as doenças.

Garantiremos a realização dos exames laboratoriais e avaliar eles nas consultas por mínimo uma vez por ano pelo médico e/ou enfermeira. Será garantido através da coordenação que deve ser feita pela Secretaria de Saúde e o Hospital estadual garantido o material de laboratório necessário para coleta de exames, ação que deve ser solicitada pela Diretora da Unidade e monitorada pela médica e enfermeira.

Confeccionaremos um cartão de medicamentos com os medicamentos que são oferecidos pelo SUS na farmácia Popular pela médica em consulta ou visita domiciliar e monitorar seu uso pelos ACS nas visitas domiciliares e avaliação posterior pelo médico e/ou enfermeira nas consultas estabelecidas com uso dos prontuários e do cartão de medicamentos. Responsáveis: Médica e Enfermeira.

Para poder realizar exame bucal nas consultas médicas e de enfermagem e encaminhar para avaliação odontológica a todos aqueles usuários hipertensos e diabéticos que o precisem e avaliar posteriormente as fichas odontológicas realizaremos capacitações com a dentista. Essas ações serão realizadas pelo dentista, médico e/ou enfermeira sendo os responsáveis da sua execução e monitoramento.

Iremos garantir o acesso do usuário aos medicamentos oferecidos na Farmácia Popular através de confecção de cartão de medicamentos e monitoramento mensal nas farmácias para discutir com os gestores a possibilidade de incluir os mesmos na lista de medicamentos a ser requeridos segundo o Protocolo de Medicamentos estabelecido pelo SUS assim como orientar ao usuário sobre seu direito como usuário para o acesso ao medicamento. Orientações que

serão feitas na consulta médica, visitas domiciliares e na própria sala de espera em palestras desenvolvidas pela médica e enfermeira, assim como pelos ACS nas visitas que realizam a família mensalmente e monitorada a sua execução pela Diretora da Unidade.

Faremos a atualização individual do médico e enfermeiro no tratamento da hipertensão de forma sistemática utilizando as bibliografias fornecidas pelo SUS e por ele disponibilizadas nas próprias casas e na área da Unidade de Saúde diariamente sendo responsável o próprio profissional.

Capacitaremos à equipe de saúde para orientar as alternativas para obter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular nas reuniões da equipe de saúde que são desenvolvidas uma vez por semana com uma duração de duas horas incluindo as Recepcionistas, sendo responsáveis a médica e enfermeira e a diretora da unidade.

Colocaremos no quadro de avisos os horários de atendimento médico e de enfermagem, assim como a importância da realização das consultas, atividade que deve ser realizada pela Diretora da UBS, a recepcionista ou outro membro da equipe de saúde determinado pela direta, ação que deve ser feita por presteza.

Preconizaremos nas visitas domiciliares a usuários faltosos a importância da assistência às consultas médicas por ACS e/ou a equipe de saúde. Realizar reunião com o conselho de moradores para ouvir possíveis estratégias que facilitem o acesso dos usuários que evadam as consultas estabelecidas na procura de soluções factíveis para ambas as partes atividade que pode ser feita pela Diretora do Posto ou médico ou enfermeira ou qualquer membro da equipe designado para cumprir a tarefa, ação que será desenvolvida na unidade de saúde, na sala de reuniões uma vez por mês, sendo a responsável a diretora da Unidade, com uma duração de duas horas.

Informaremos aos usuários nas consultas e visitas domiciliares sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e programar as mesmas. Incluir no Projeto aqueles usuários faltosos que chegam a consultas uma vez resgatadas nas visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde e programar o retorno. Responsáveis: médica e enfermeira e será feito no momento do atendimento tanto domiciliar como na consulta diariamente.

As informações do SIAB serão atualizadas diariamente uma vez terminadas o horário de atendimento na unidade de saúde tanto de consulta como visita domiciliar

com todos os dados preenchidos e com qualidade realizada pela digitadora e supervisionada pela médica e enfermeira.

Implantaremos a ficha de acompanhamento na primeira consulta realizado ao usuário hipertenso e diabético que deve ser monitorada semanalmente na unidade de saúde para avaliar a qualidade do atendimento médico e de enfermagem. Ação que será feita pela enfermeira e supervisionada pela médica.

Pactuaremos com a equipe o registro das informações. A equipe de saúde deve procurar a pesquisa diária de novos casos para acrescentar no número de usuários que precisa atendimento e estratificar. Avaliar aqueles usuários que precisem prioridades de atendimento e conduta que deve realiza-se no acompanhamento domiciliar. Manter feedback de informações de forma rotineira, de preferência diariamente. Sendo as responsáveis a Médica e Enfermeira e executantes todos os membros da equipe em todos os cenários em que atua.

Definiremos responsável pelo monitoramento dos registros. Os registros devem ser monitorados pelas médicas e enfermeira da unidade quinzenalmente e avaliados nas reuniões da equipe com a mesma periodicidade, com uma duração de duas horas. Responsáveis: Médica e Enfermeira. Registro que deve ser informatizado que ajude a avaliação sistemática da qualidade do trabalho e o acompanhamento a ser feito pela equipe de saúde.

Teremos disponível em lugar acessível para o usuário a “Carta de direito do Usuário” de preferência no quadro de avisos onde o usuário possa conhecer os direitos que possui com relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a outras vias de atendimento se necessária sendo a responsável a Diretora da Unidade de Saúde. Realizar palestras na sala de espera antes do início do atendimento médico com uma duração máxima de 20 minutos onde se explique os direitos do usuário assim como explicar os mesmos nas visitas domiciliares e consultas médicas, sendo responsável a Diretora da Unidade ou qualquer membro da equipe de saúde por ela designado.

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário diabético e hipertenso e dos procedimentos clínicos em todas as consultas é responsabilidade das médicas e enfermeira da unidade e deve ser monitorada diariamente no início e fim dos atendimentos diários. A capacitação será feita nas reuniões da equipe de saúde que são feitas uma vez por semana com uma duração de duas horas na unidade de saúde.

A equipe de saúde é responsável na promoção da alimentação saudável para os hipertensos e diabéticos, realização de orientações em relação ao combate ao tabagismo, estabelecendo o papel de cada um e de sua realização em cada encontro com os hipertensos e diabéticos já seja em consultas ou nas visitas domiciliares.

Desenvolveremos atividades para promover orientação nutricional e da prática de atividade física assim como do risco de tabagismo com as famílias que serão monitoradas pelos ACS nas visitas de acompanhamento à família e por toda a equipe da Família. Responsáveis: Médica e enfermeira.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal será feita nas visitas domiciliares e nas consultas feitas na unidade, responsabilidade da equipe de Saúde incluindo a Equipe de Saúde Bucal. Responsáveis: Médica, Enfermeira e Dentista.

Formaremos grupos de hipertensos e diabéticos com objetivo de fomentar a prática de exercícios físicos com a Habilitação da Academia e de hábitos alimentares saudáveis com apoio da Secretaria de Saúde, o IFAC (Centro Federativo de Ensino, Ciência e Tecnologia), solicitando o apoio da nutricionista do próprio centro, pois o município não conta com a profissional. Responsável: Médica, enfermeira e diretora da Unidade Básica de Saúde. Frequência: Semanal. Duração: duas horas. Local: Unidade de Saúde.

O Secretario de saúde no Município será responsável de garantir acesso facilitado à compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" assim como da capacitação dos profissionais. Demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade. Responsável: Médica, enfermeira e diretora da Unidade Básica de Saúde.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção começou a ser desenvolvido de Abril a junho de 2015 com uma duração de 12 semanas, projeto que inicialmente estava projetado para ser executado em 16 semanas, devido a afastamento prolongado durante as férias dos estudantes, em alguns casos por dificuldades da logística de transporte, houve afastamento de alguns alunos até por sessenta dias, o que determinou a necessidade do encurtamento da intervenção.

Todas as ações foram desenvolvidas, algumas em todos os usuários e outras foram realizadas de forma parcial, pois se apresentaram algumas situações que dificultaram seu alcance.

Ao início da intervenção, tivemos muitas dificuldades de implementação das ações, apesar de ter sido bem aceito o projeto pelos gestores e pela comunidade. Depois de o projeto ser apresentado à Secretaria de Saúde e ser aceita sua execução, a resposta sobre os materiais e insumos necessários para dar início à intervenção foi demorada, começando pelas fichas espelhos, pois as recebemos dois meses após a solicitação feita, assim como os materiais didáticos para a realização de exercícios físicos, tendo recebido até o momento 8 bolas número 14 e 8 menores, o resto do solicitado ainda não foi entregue incluindo as blusas de promoção ao projeto, que não têm sido confeccionadas.

Outra dificuldade que ainda estamos enfrentando é a pouca comunicação entre a Secretaria de Saúde e o Hospital Municipal, o que tem dificultado a realização oportuna dos exames solicitados. O acesso aos medicamentos foi outro fator agravante para o sucesso da intervenção, pois estivemos 4 meses pouco abastecidos de medicamentos, situação que promoveu o retorno dos usuários descompensados por abandono dos tratamentos. A atenção odontológica tem também dificultado o desenvolvimento do projeto, primeiro devido à instabilidade do

trabalho da profissional provocando que os usuários faltem às consultas estabelecidas; e depois pelos gestores, que promovem que a dentista trabalhe em outras unidades de saúde.

A intervenção foi apresentada também para os profissionais da unidade, os quais ficaram preocupados, pois as metas propostas de 100% pareciam longe da realidade. A meta aparentemente era alta, mas o trabalho diário está demonstrando que temos muitos usuários sofrendo dessas condições de saúde e que estão sem atendimento e acompanhamento.

Na unidade só tínhamos cadastrados 174 hipertensos, ou seja, 23% da população e 31 diabéticos que seria 14% da cobertura em relação à população estimada, e a nossa meta proposta foi de cadastrar a 50% de hipertensos e 30% dos diabéticos residentes na área de abrangência.

No terceiro mês alcançamos uma cobertura de 39,5% dos hipertensos, 261 usuários hipertensos de um total de 661 residentes no território segundo estimativas. Todos os usuários cadastrados estiveram com o exame físico realizado de acordo com o protocolo, estão com registro adequado na ficha espelho, os usuários faltosos foram procurados na busca ativa, receberam prescrições de medicamentos da farmácia popular foram avaliados segundo o tipo de risco cardiovascular que apresentam, foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, os riscos do tabagismo, a prática de exercícios físicos e sobre higiene bucal.

Alguns indicadores não alcançaram à totalidade dos usuários como exames laboratoriais realizados (35,6%), avaliação odontológica pela equipe de saúde bucal (18,4%). Nos usuários com HAS, 18,4% tiveram a ficha de acompanhamento em dia (98,9%), e exames clínicos nos diabéticos 21,5%, com 48,6% deles com exames complementares de acordo ao protocolo, só 37% deles estiveram com avaliação odontológica pela equipe de saúde bucal.

A intervenção começou devagar, foram entregues para os ACS, os materiais de apoio ao trabalho como esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro e fitas reativas que procuramos em outros postos médicos, pois o município carece das mesmas e são necessárias para o ótimo desenvolvimento do trabalho. Essa atividade estimulou o desenvolvimento da intervenção e o engajamento dos ACS melhorando a comunicação, logrando bons resultados de trabalho, de interação, ficando mais atentos aos usuários que precisam atendimento diferenciado na área de saúde, e ajudou a melhorar o conhecimento que cada um tem da sua própria

área, pois eles apresentam as queixas dos usuários, nas visitas familiares assim como procurar qualquer sintoma de agravo que possam se apresentar e que possam complicar seu estado de saúde.

As consultas continuaram sem dificuldades, mas a falta de medicamentos e reativos para realizar os exames laboratoriais tem sido um problema constante, independente de estar atualmente estável ainda esse atraso que houve no passado continua afetando a qualidade dos atendimentos, pois existe demora na realização dos mesmos, podendo ser de inclusive dois meses de agendamento para a sua realização.

A assistência odontológica continua sendo outro grande problema que estamos tentando resolver, mas ainda não temos uma solução definitiva, no momento a dentista, encontra-se aderida ao programa, mas agora é a população quem não responde de forma positiva. Procuraremos as causas da falta de interesse para poder continuar ou completar as atividades, mas temos o fator tempo em contra, pois a profissional está saindo na próxima semana de licença de pré-natal e as atividades não serão concluídas. Já estamos procurando alternativas com a Secretaria de Saúde, para dar continuidade às ações da intervenção, o tema já foi conversado com os gestores os quais estão procurando alternativas. Depois de 3 meses, encontramos certa melhoria na participação dos usuários à consulta odontológica, mas o atraso continua e sem possibilidades de solução no momento.

Estamos visitando àqueles usuários que por algum motivo, não podem ser avaliados na unidade ou que precisam atendimento devido a urgência médica. Os ACS foram capacitados na aferição de PA, glicemia capilar e nos sintomas e sinais ao exame físico que possam indicar à presença das doenças, na busca ativa de novos casos e dos faltosos a consulta, mas temos dificuldades no uso das fitas reativas, pela ausência das mesmas na farmácia municipal e nos postos de saúde. Segundo o farmacêutico, não têm previsão de recebermos mais fitas apesar de ter sido solicitada desde o início do ano, mas ainda não foram providenciadas.

Todas as semanas nas reuniões da equipe de saúde avalia-se o cadastro dos hipertensos e diabéticos de cada microáreas, revisando o cadastro trazido pelos ACS e o livro de registro para atualizar ambos, porque tem tido chegado usuários de forma espontânea à consulta com sintomas das doenças. Estes iniciam o acompanhamento na unidade e necessitam ficar registrados também na ficha A do SIAB que ainda está sendo utilizada por não ter informatizado o centro, na ficha de

cadastro de domicílio e individual E-SUS. Nas reuniões traçamos estratégias de trabalho a desenvolver. A informação é baseada na ficha espelho e na planilha de coleta de dados, que é preenchida pelo digitador e avaliada pela médica da unidade e a enfermeira.



Figura 2. Capacitação da equipe de saúde Unidade Maria da Luz, Município Tarauacá- AC nos Programas de HAS e DM. Ano 2015.

Outra dificuldade que temos experimentado é a falta de participação dos líderes da comunidade, que não são conhecidos ou não existem. Trabalho com os gestores municipais, a Prefeitura, o IFAC e o Sr. Ivan Barros, dono da quadra onde desenvolvemos as atividades físicas, que disponibilizou a quadra durante duas horas semanais para o projeto e que fica perto da nossa área, mas não pertence a nosso território.

Também estamos tentando desenvolver parceria com o SENTEAC (Sindicato dos Trabalhadores do Ensino. Acre) para realizar hidroginástica na piscina do centro, mas ainda está em projeto e na espera da estabilidade na assistência as aulas dos professores. Neste momento as atividades físicas estão sendo desenvolvida principalmente pela ACS Mirna Fontenele (Presidenta do Conselho Municipal de Saúde) e/ou a enfermeira Merivânia que, em ocasiões apóia à ACS que é quem assume as aulas, situação já discutida na Secretaria de Saúde. Os materiais didáticos utilizados nas atividades físicas na intervenção a grande maioria foram providenciadas pela própria comunidade, outros comprados pelos profissionais da unidade e uma pequena parte pela Secretaria de Saúde, e agora estamos recebendo ajuda da Prefeitura.

O projeto foi batizado como: HIPERVIDA. SAÚDE: BEM-ESTAR. A idéia é transmitir mudanças no estilo de vida de forma subliminal, vendemos a idéia sem fazer tão claro o propósito.

Usamos as camisetas de outra UBS nos dias que desenvolvemos as atividades na quadra, porque até hoje ainda não foram providenciadas pela Secretaria de Saúde, devido à falta de recursos para sua confecção.

A academia começou com uma alta participação, pelo que tivemos que procurar a parceria com o Sr. Ivan. Quando iniciamos o projeto, as atividades eram realizadas na pequena academia que fica na própria unidade, mas pela alta participação de mais de 50 usuários, a academia da unidade ficou pequena. A turma diminuiu de número ficando entre 24-28 participantes por dia, motivo que levou a mudar um tanto as atividades para estimular à participação, procurando novas parcerias, mas ainda não temos tido mudanças nos resultados, no entanto o projeto está estável.

Todas as atividades estão sendo desenvolvidas nas terças e quinta feiras de 7 h às 8 h, e já foram visitadas pelo prefeito e vice-prefeito do município. A turma está pedindo mais dias de exercícios, mas tudo não depende de nós, teríamos que fazer uma nova solicitação ao dono do espaço para reacomodar o tempo e procurar mais estabilidade com a participação dos professores, ficaria como nova proposta a ser avaliada. Quando algum dos professores fica doente ou tem alguma outra atividade programada, os mesmos funcionários da unidade substituem-nos para não perder as aulas, isso acontece frequentemente. Os próprios ACS são protagonistas da intervenção, o resto do pessoal também fica motivado a participar e sugerem boas idéias, como aconteceu na atividade feita pela unidade em horário vespertino com os idosos e familiares, na qual todos participaram, e arrumaram o espaço para providenciar um ambiente festivo.



Figura 3. Atividades físicas com apoio dos funcionários da UBS Maria da Luz. Município Tarauacá- AC. Ano 2015.

Na unidade foram desenvolvidas palestras de diversos temas:

- Saúde Bucal
- alimentação saudável
- Prática de exercícios físicos.
- Tabagismo

As atividades desenvolvidas na unidade, assim como os temas que precisamos que sejam conhecidos pela comunidade são difundidas pelos blogs da cidade, pela televisão local e rádio, assim como pelo próprio blog da Secretaria Municipal de Saúde. Esses temas são:

- Importância de realização das consultas dos usuários diabéticos e hipertensos, e a periodicidade preconizada para a realização das consultas, as estratégias para evitar evasão das consultas dos usuários faltosos,
- Orientações sobre os direitos dos usuários em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Atividades que estão sendo desenvolvidas na unidade na procura da saúde da comunidade.



Figura 4. Palestra sobre Saúde Bucal desenvolvida pela dentista com apoio da médica na Unidade Maria da Luz, Município Tarauacá- AC. Ano 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na intervenção a única ação que ficou sem ser realizada, foi o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes Mellitus solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias implementadas. Eles não foram contatados por não ser conhecido por nenhum dos ACS e funcionários administrativos da unidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção nem com o fechamento das planilhas de coletas de dados ou cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção tem sido bem aceita pelos profissionais e pelos próprios usuários, os quais consideram a intervenção como parte da rotina da unidade, realizando e comparecendo de forma sistemática as atividades programadas com pontualidade e estabilidade e convidando a participar a outros usuários. Por parte dos usuários, existe boa aceitação, pois diversas são as opiniões positivas referidas pelos usuários, os quais indicam se sentirem mais considerados, incluídos e visíveis. Os gestores do município e o próprio prefeito têm assistido em duas ocasiões e tem participado nas atividades que temos desenvolvidos na academia, reconhecendo a importância da ação programática.

Temos encontrado dificuldades, mas a vontade e constância de trabalho existem assim o trabalho está melhorando mesmo devagar, mas o importante é que fiquem na rotina do trabalho da unidade, os nossos resultados indicam isso. Temos que continuar implementando-a e melhorando as ações.

Inserir a intervenção à rotina do serviço não tem sido difícil, porque já estávamos trabalhando nele desde a chegada do Programa “Mais Médicos” na unidade. Ganhamos muito em organização e planejamento das ações. A prática de exercícios físicos tem espaço e horário estabelecido e funciona com sucesso com apoio da comunidade, dos gestores e do próprio Prefeito da cidade. As consultas continuam sendo agendadas sem interferir no resto dos atendimentos. A nossa única dificuldade é o serviço odontológico e procuraremos dar solução.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A Unidade Básica de Saúde “Maria da Luz” encontra-se localizada no município Tarauacá, localizada na periferia da cidade, no bairro “Senador Pompeu”, no estado de Acre. Conta com uma população cadastrada de 4345 usuários, população que é itinerante, pois costuma ter duas moradias, situação que dificulta o acompanhamento. Geralmente os habitantes moram nas comunidades rurais e passam tempo nas cidades onde têm outra moradia.

Segundo a planilha de coleta de dados, 2911 usuários têm 20 anos a mais, existindo na área uma estimativa de 661 usuários com HAS e 163 usuários com Diabetes Mellitus.

Antes da intervenção estavam cadastrados 174 usuários (23%) com HAS e 31 diabéticos que representa 14% segundo o Caderno de Ação Programática, motivo pelo que decidimos realizar a intervenção na área de abrangência com a finalidade de ampliar a cobertura de atendimentos de usuários diabéticos e hipertensos.

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

Metas 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos ampliar a cobertura de hipertensos residentes na área de abrangência. De 661 usuários estimados de apresentarem HAS no primeiro mês foram cadastrados 134 usuários (20,3%). No segundo mês foram cadastrados 189 hipertensos representando 28,6% e no terceiro

mês foram cadastrados 261 alcançando 39,5% do total, não atingindo a meta proposta de alcançar 50% (Figura 1).

As ações que facilitaram a obtenção desses resultados foram a capacitação realizada na unidade para a equipe de saúde sobre os principais sintomas que podem sofrer os usuários que nos indiquem a presença da Hipertensão arterial assim como os sinais no exame físico e conferir a PA com a utilização de esfigmomanômetros, estetoscópios que melhorou a qualidade das atividades realizadas pelos ACS na comunidade o que é refletida no incremento dos usuários encontrados na pesquisa ativa, mas não cumprimos a meta de acompanhar o 50% da população hipertensa e a causa principal é o curto tempo para pesquisar e apresentar os resultados do projeto, mas com tempo as cifras estimadas serão alcançadas.

Outras ações que auxiliaram no planejamento e execução da intervenção no início e durante a intervenção foram o monitoramento semanal do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a melhoria no acolhimento do hipertenso na unidade desde a recepção até o momento do atendimento e a entrega de materiais para o ACS para a busca ativa dos usuários com cifras tensionais elevadas e sintomáticos assim como a realização de palestras na unidade de saúde com o objetivo de informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, também sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão assim como da existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão. Atividades desenvolvidas e supervisionadas pela médica e enfermeira da unidade. Foram colocados no quadro de avisos os horários de atendimento médico e de enfermagem, assim como a importância da realização das consultas, atividade que foi orientada pela Diretora do Posto e feito pelos ACS e/ou recepcionista.

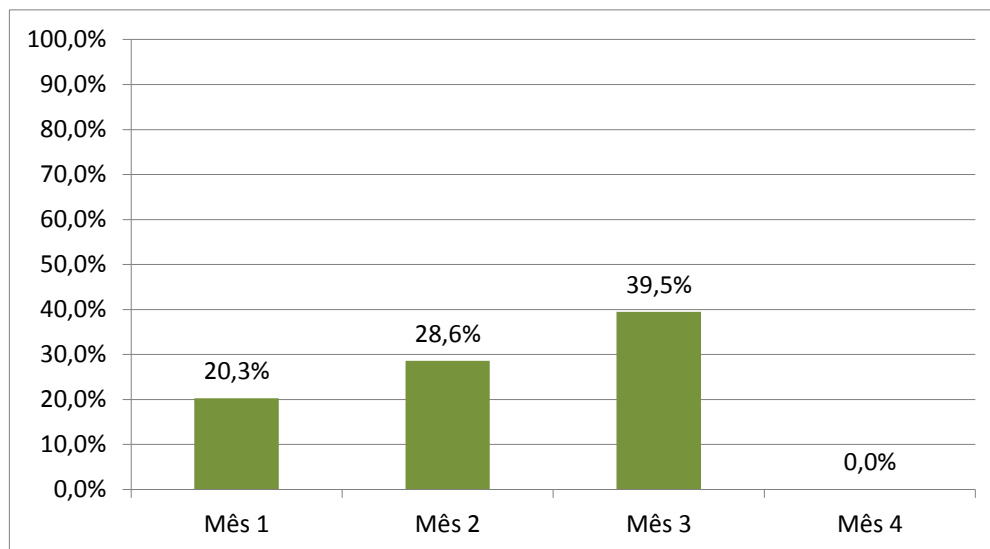


Figura 5 - Gráfico da cobertura da proporção de atenção ao Hipertenso, UBS “Maria da Luz”, Tarauacá, Acre, 2015.

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

Meta. 1.2. Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos ampliar a cobertura de diabéticos residentes na área de abrangência. De 163 usuários estimados de apresentar diabetes, no primeiro mês foram cadastrados 18 usuários (11%), no segundo mês foram cadastrados 25 usuários diabéticos representando 15,3% e no terceiro mês 35 usuários foram cadastrados alcançando uma meta de 21,5%, não atingindo a meta proposta de alcançar 30% (Figura 2).

Algumas ações que dificultaram o alcance da meta incluíram a falta das fitas reativas necessárias para conferir a glicemia capilar na unidade e nas visitas domiciliares, apesar de ser entregue a cada um dos ACS dos glicosímetros. Todos os ACS foram capacitados para realizar o cadastramento dos portadores de diabetes da área de abrangência da unidade de saúde e na realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para conseguir melhoras no serviço monitoramos semanalmente o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à

Diabetes Mellitus da unidade de saúde, melhora do acolhimento dos diabéticos na unidade desde a recepção até o momento do atendimento dando prioridade aos casos segundo a classificação de risco. Foram desenvolvidas palestras com o objetivo de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg assim como os fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes. Todas as ações são desenvolvidas e supervisionadas pela médica e enfermeira da unidade de saúde. Finalmente, a intervenção foi planejada para ser realizada em 16 semanas, mas houve uma redução do tempo de intervenção para 12 semanas, motivo que pode ter interferido no alcance da meta.

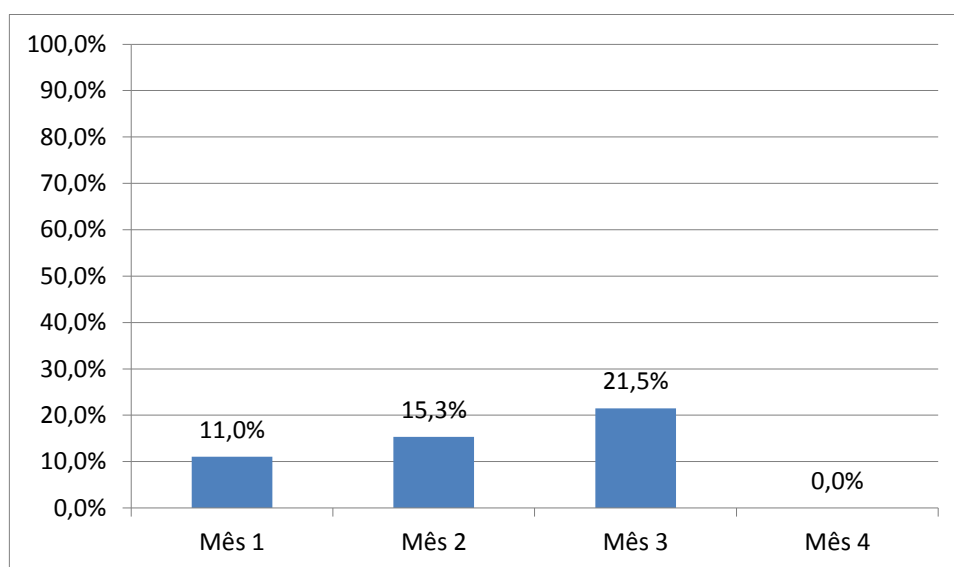


Figura 6- Gráfico da cobertura da proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético, UBS "Maria da Luz", Tarauacá, Acre, 2015.

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

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção a hipertensos. No primeiro mês foram realizados exames clínicos apropriados de acordo com o protocolo a 134 usuários dos 134 hipertensos residentes na área de abrangência representando 100%. No segundo mês os 189 hipertensos cadastrados realizaram exame clínico apropriado representando 100% e

no terceiro mês os 261 usuários (100%) atingindo a meta proposta de 100% de usuários com exame clínico apropriado.

Todos os usuários avaliados nos domicílios e nas consultas médicas foram examinados integralmente com qualidade sendo examinados 100% dos casos, ação que não se desenvolvia antes do programa “Mais Médicos”, geralmente se proporcionava tratamento e em poucos casos um exame físico superficial. Também não eram realizados os agendamentos dos atendimentos médicos dos programas priorizados, ação que se está realizando com sucesso. O trabalho usando um livro de registro permite manter atendimento médico integral em 100% dos usuários. O uso das fichas espelho facilitou também a realização do exame clínico dessa forma evitar esquecimentos de alguma das ações a realizar.

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

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

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

No primeiro mês foram realizados exames clínicos apropriados de acordo com o protocolo nos 18 usuários diabéticos cadastrados residentes na área de abrangência representando 100%. No segundo mês foram examinados os 25 usuários diabéticos cadastrados residentes na área representando 100% e no terceiro mês foram examinados um total de 35 usuários diabéticos dos 35 cadastrados residentes na área alcançando uma meta de 100%, atingindo a meta proposta.

Todos os usuários diabéticos foram examinados de forma integral segundo o estabelecido no protocolo logrando alcançar o 100% dos exames clínicos, ação que não era desenvolvida anteriormente, o exame era realizado de forma superficial e atualmente fica como rotina do serviço pelo menos uma vez por ano. Dentro do exame incluímos o exame dos membros inferiores na procura de úlcera e perda da sensibilidade como prevenção à aparição do pé diabético sendo providenciadas dicas para evitar a complicação. Também foram realizadas palestras onde foram convidados os usuários e seus familiares com o objetivo de educar na procura de sinais que possam interferir na boa saúde do usuário e apreender a conviver com a doença além de esclarecer as dúvidas que foram aparecendo durante a atividade levando a debate e expor as experiências individuais. Os ACS da unidade foram

capacitados no exame físico do diabético, conheceram os principais sinais a procurar no exame físico e os sintomas que podem aparecer e que presume complicações da doença.

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

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

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

No primeiro mês, de 134 usuários hipertensos residentes na área da UBS só 50 usuários hipertensos conseguiram realizar os exames complementares indicados, que representa 37,3%, no segundo mês foram avaliados 70 usuários hipertensos com exames complementares em dia dos 189 usuários hipertensos residentes na área representando 37% e no terceiro mês 93 usuários hipertensos estiveram com exames complementares em dia dos 261 usuários hipertensos residentes na área da UBS cadastrados representando 35,6%, não atingindo a meta de 100% (Figura 3).

Nos atendimentos médicos, independentemente da modalidade, foram indicados os exames complementares a 100% dos usuários, mas por fatores externos, principalmente de capacidade no hospital municipal e pelo aumento dos serviços médicos, o município ficou com grande demanda de prescrições de exames, sendo que a quantidade de reagentes para a realização dos exames é menor a esta e sem possibilidades atualmente de mudanças devido ao planejamento anual serem menor ao esperado. Devido a esse motivo existiram atrasos na realização dos mesmos os que atrapalharam na qualidade dos atendimentos diminuindo a quantidade de exames avaliados no período em execução terminando com um 35,6% de exames avaliados, questão que foi discutida na secretaria de saúde e sem possibilidades de resolução.

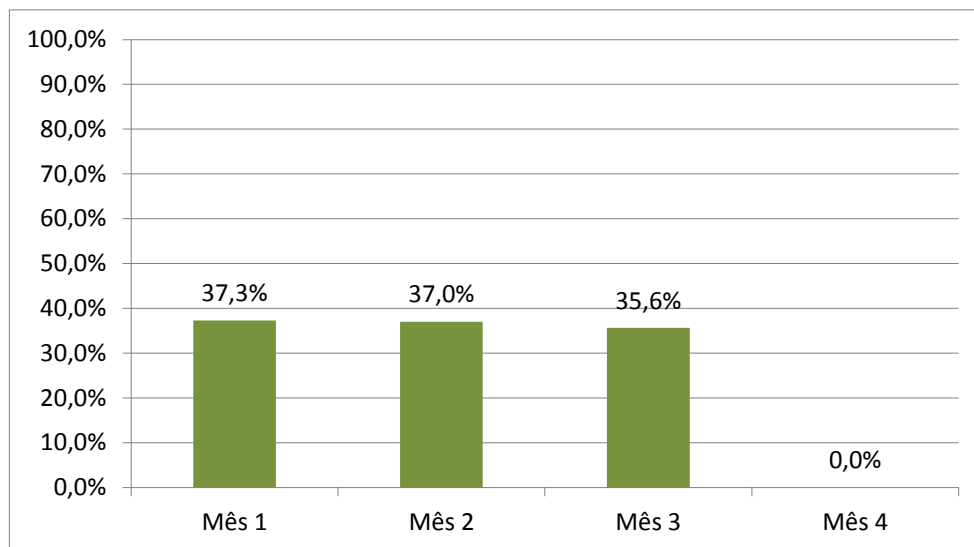


Figura 7 - Gráfico da proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS "Maria da Luz", Tarauacá, Acre, 2015.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 12 usuários diabéticos com exames complementares em dia dos 18 usuários diabéticos residentes na área da UBS representando 66,7%, no segundo mês realizaram exames complementares 14 usuários dos 25 usuários diabéticos residentes na área, representando 56%, no terceiro mês realizaram exames complementares 17 usuários dos 35 usuários diabéticos residentes na área representando 48,6%, não atingindo a meta (Figura 4).

Nas diferentes modalidades de atendimento médico foram solicitados exames complementares em 100% dos usuários avaliados, mas somente foram recebidos 48,6% dos exames solicitados por atrasos no hospital na realização dos exames complementares. Como aconteceu no caso dos exames complementares para hipertensão, houve aumento da demanda do serviço e pouca disponibilidade dos reagentes, situação que promoveu atrasos na realização dos exames assim como a necessidade de remarcar os exames. No início da intervenção, conhecendo a realidade no município, foi solicitado aos gestores a possibilidade de realizar parceria com o hospital, com o objetivo de separar 4 vagas diárias para os usuários aderidos ao projeto de intervenção, mas a gestão não teve sucesso.

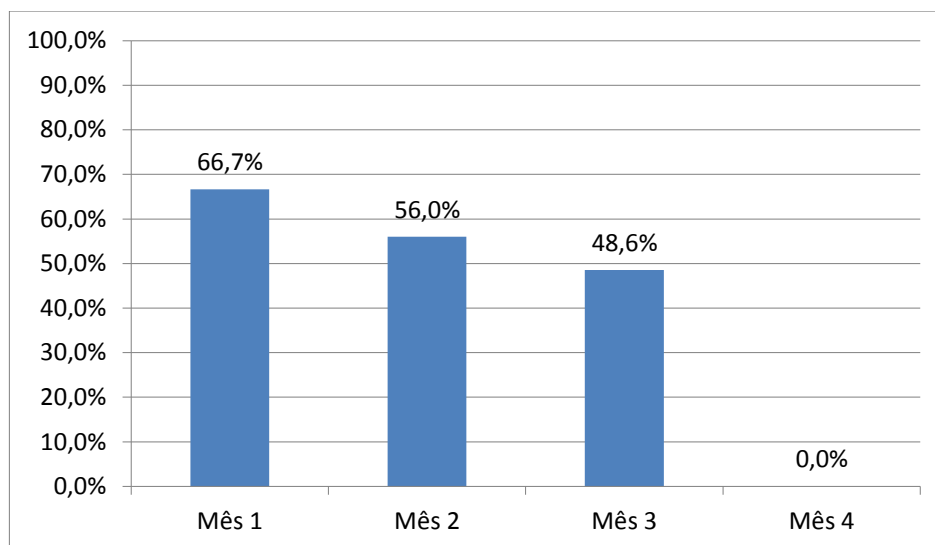


Figura 8 - Gráfico da proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS "Maria da Luz", município Tarauacá, Acre, 2015.

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

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

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

No primeiro mês dos 134 usuários hipertensos residentes na área de abrangência e avaliados na unidade, os 134 receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, sendo confeccionados os respectivos cartões de medicamentos controlados representando 100%, no segundo mês, de 189 usuários hipertensos residentes na área de abrangência 189 (100%) receberam prescrições de medicamentos da Farmácia Popular no terceiro mês de 261 usuários hipertensos residentes na área de abrangência os 261 usuários hipertensos receberam as prescrições.

Atendendo as características de nossa comunidade que apresenta baixa renda familiar, sendo uma população que mora na periferia da cidade, procedentes principalmente de seringais e zonas indígenas, consideradas as áreas mais pobres da cidade, dependentes a maioria deles de bolsa de família, área populosa em um espaço reduzido, dependente da farmácia popular, foi oferecido em 100% dos casos o uso dos medicamentos genéricos dispensados no município. Existe instabilidade em relação à estocagem da farmácia, motivo que promove que muitos dos usuários

voltem à unidade descompensados quando existe ausência de medicamentos promovendo a mudança de tratamento. Todo isto é de conhecimento da Secretaria de Saúde e sem respostas até o momento. Atualmente temos estabilidade na entrega de medicamentos pela farmácia, dando uso ao cartão de medicamentos. Também confeccionado o cartão de medicamentos com os medicamentos que são oferecidos pelo SUS na farmácia Popular e monitoramento de seu uso pelos ACS nas visitas domiciliares e avaliação posterior pelo médico e/ou enfermeira nas consultas estabelecidas com uso dos prontuários e do cartão de medicamentos assim como o monitoramento mensal nas farmácias para discutir com os gestores a possibilidade de incluir os mesmos na lista de medicamentos a serem requeridas segundo o Protocolo de Medicamentos estabelecido pelo SUS, assim como orientar ao usuário sobre seu direito como usuário para o acesso ao medicamento, orientações que serão desenvolvidas na sala de espera da unidade ou nas próprias consultas.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção, os 18 usuários diabéticos cadastrados receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular representando o 100%, no segundo mês, os 25 usuários diabéticos cadastrados foram prescritos com medicamentos da Farmácia Popular representando 100%, no terceiro mês, 35 usuários diabéticos foram prescritos com medicamentos da Farmácia Popular dos 35 usuários diabéticos residentes na área representando cadastrados atingindo a meta de 100%.

Nas consultas e visitas domiciliares foram oferecidos medicamentos prescritos pela farmácia de saúde, e no caso dos diabéticos mantemos estabilidade na entrega dos medicamentos pelo que 100% dos mesmos se encontram usando medicamentos genéricos. Também são confeccionados os cartões de medicamentos com os medicamentos que são oferecidos pelo SUS na farmácia Popular e monitoramento do seu uso pelos ACS e pelo médico e/ou enfermeira nas consultas estabelecidas mediante os prontuários e o cartão de medicamentos.

Estamos realizando o monitoramento mensal nas farmácias para discutir com os gestores a possibilidade de incluir os mesmos na lista de medicamentos seguindo o Protocolo de Medicamentos estabelecido pelo SUS e orientando ao usuário sobre seu direito de acesso aos medicamentos.

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

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

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

Durante o processo de intervenção com duração de três meses, foram avaliados no primeiro mês 134 hipertensos dos 134 usuários hipertensos residentes na área de abrangência com necessidades de atendimento odontológico representando 100%, no segundo mês foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico nos 189 usuários hipertensos cadastrados residentes na área de abrangência representando 100%, e no terceiro mês foram avaliados os 261 usuários hipertensos cadastrados e residentes na área de abrangência representando 100%. A meta foi atingida

Nas consultas médicas realizamos 100% dos exames bucais e determinamos a necessidade odontológica nos usuários. Isso foi possível devido a capacitação feita pelo dentista à equipe para que todos possamos realizar a avaliação, assim como os treinamentos para preencher as fichas de avaliação e a organização do tempo de consulta. Na unidade foram realizadas palestras sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal periódica, especialmente dos hipertensos com o objetivo de melhorar a adesão dos usuários ao serviço. Todos os usuários com necessidade odontológica foram encaminhados para avaliação odontológica e confecção posterior das fichas odontológicas pelo dentista, sendo avaliados após 3 meses 18,4% pela equipe de saúde bucal.

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

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

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

Durante o processo de intervenção, foi realizada a avaliação de necessidades de atendimento odontológico no primeiro mês nos 134 usuários com diabetes mellitus cadastrados na UBS representando 100%, no segundo mês os 189 usuários diabéticos cadastrados na UBS (100%) e no terceiro mês nos 261 usuários diabéticos representando 100%, atingindo a meta de 100%.

Para atingir a meta, na unidade foram desenvolvidas palestras para a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal periódica e a assistência oportuna às consultas e foi feita a capacitação da equipe na avaliação das necessidades de atendimento odontológico nos diabéticos, de forma que todos os profissionais pudessem realizar essa ação. No entanto, dos 100% de diabéticos avaliados em consultas médica, após 3 meses somente 37,1% dos casos receberam atendimento nas consultas odontológicas.

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

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

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

Foram procurados nas diferentes microáreas os hipertensos faltosos no primeiro mês 93 usuários hipertensos dos 94 usuários hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram à consulta representando 98,9%, no segundo mês foi feita a busca ativa de 128 hipertensos faltosos a consultas dos 129 usuários hipertensos que faltaram à consulta representando 99,2%, no terceiro mês foram procurados em busca ativa 176 dos 177 usuários hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram à consulta representando 99,4%, não atingindo a meta. A evolução do indicador pode ser observada na Figura 5.

A busca ativa dos usuários hipertensos faltosos foi positiva na maioria dos usuários. No último mês, foi feita a busca do único usuário faltoso que faltava, mas ele não se encontrava na área no momento da busca ativa. Apesar de não ter conseguido alcançar a meta, consideramos que os resultados foram positivos, pois conseguimos realizar a busca de todos os usuários no último mês. Esses resultados foram alcançados devido à capacitação realizada e a avaliação periódica realizada durante as reuniões da equipe. Os ACS, médica, dentista e enfermeira participaram

das buscas. Os ACS diretamente nas visitas e o resto dos profissionais durante as consultas. Também foram feitas as orientações durante as visitas domiciliares aos usuários faltosos sobre a importância do comparecimento às consultas médicas pelos ACS e/ou a equipe de saúde.

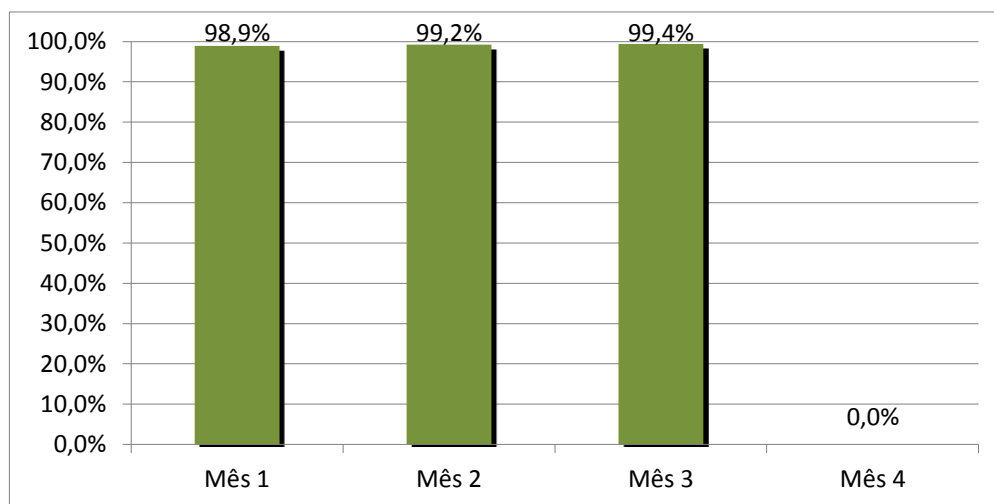


Figura 9 - Gráfico da proporção de hipertensos com busca ativa às consultas com busca ativa, UBS "Maria da Luz", Tarauacá, Acre, 2015.

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

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

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

Durante o processo de intervenção, foram procurados nas diferentes micro áreas mediante busca ativa no primeiro mês os 7 usuários diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram à consulta representando 100%, no segundo mês foi feita a busca ativa dos 12 usuários diabéticos faltosos a consultas residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram á consulta representando 100%, no terceiro mês foram procurados em busca ativa 19 usuários diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram à consulta representando 100%, atingindo a meta de 100%.

O trabalho feito pelos ACS foi fundamental para poder alcançar esses resultados. Acredito que colaborou também com o sucesso desse indicador, a capacitação da equipe de saúde na busca ativa de usuários diabéticos faltosos, especialmente dos ACS, e a avaliação periódica nas reuniões da equipe o

cumprimento da periodicidade das consultas médicas para usuários hipertensos e diabéticos previstos no protocolo com os ACS, dentista e enfermeira na procura de usuários faltosos, ação que foi avaliada pela médica e enfermeira.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Durante a intervenção foram registrados na ficha de acompanhamento de forma adequada no primeiro mês 103 usuários hipertensos dos 134 cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS representando 76,9%, no segundo mês 158 usuários hipertensos dos 189 residentes cadastrados e acompanhados na UBS representando 83,6% e no terceiro mês 258 usuários hipertensos (98,9%) dos 261 cadastrados estiveram com registro adequado nas fichas de acompanhamento, não atingindo a meta. A figura 6 apresenta os resultados durante os 3 meses de intervenção.

Quando iniciamos a intervenção, não foram providenciadas todas as fichas de acompanhamento individual, assim não conseguimos que todos os usuários estivessem com registro em dia, mas no decorrer do tempo e estabilização da presença das fichas e a parceria com a Secretaria de Saúde, conseguimos aumentar o número de fichas preenchidas alcançando ao final da intervenção um 98,9%. Este procedimento não era realizado no município antes da intervenção pelo que foi necessário capacitar à equipe de saúde no preenchimento da mesma. Atualmente as fichas estão sendo usadas e são preenchidas como parte da rotina diária de atendimento.

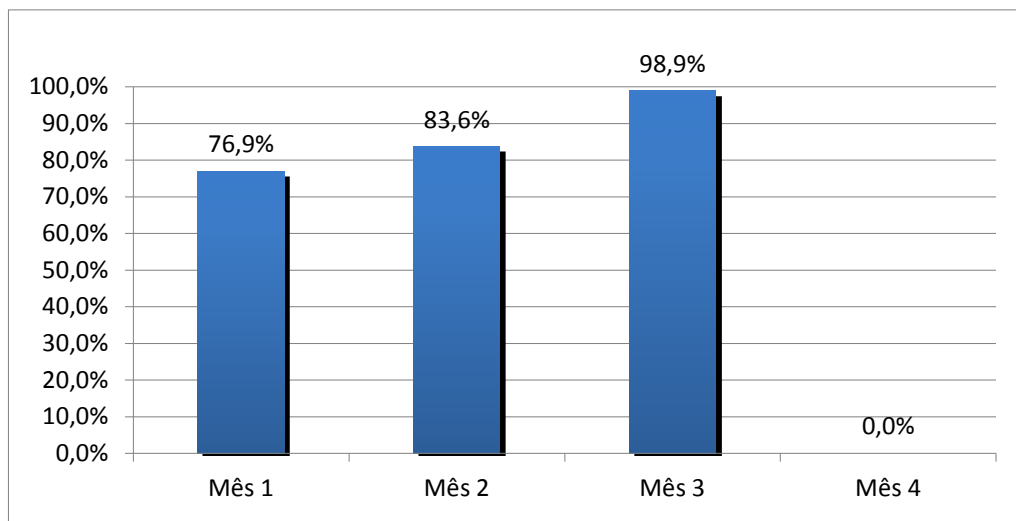


Figura 10 - Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS “Maria da Luz”, Tarauacá, Acre, 2015.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Durante a intervenção foram registrados na ficha de acompanhamento no primeiro mês 11 usuários diabéticos dos 18 usuários diabéticos cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS representando 61,1%, no segundo mês 18 usuários diabéticos estiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento dos 25 usuários diabéticos cadastrados residentes na área e acompanhado na UBS representando 72%. No terceiro mês, 35 hipertensos apresentaram o registro adequado nas fichas de acompanhamento dos 35 usuários diabéticos cadastrados representando 100%, atingindo a meta. A evolução do indicador pode ser observada na Figura 7.

Quando iniciamos a intervenção, não conseguimos preencher algumas das fichas de acompanhamento individual devido à falta dessas, mas no final da intervenção conseguimos a quantidade necessária de fichas, sendo todas preenchidas, monitoradas e atualizadas de forma sistemática, semanalmente e nas consultas programadas por enfermeira e médicas.

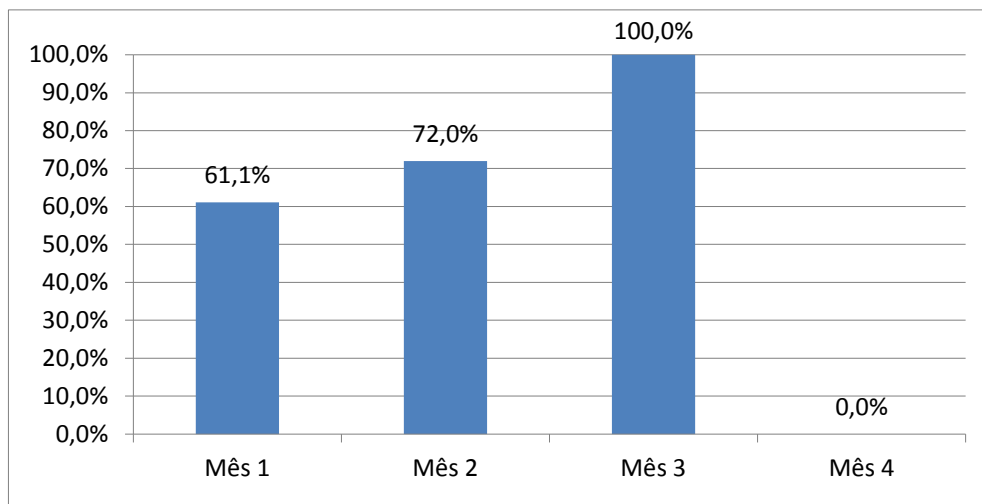


Figura 11 - Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS "Maria da Luz", Tarauacá, Acre, 2015.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção, 134 usuários hipertensos foram classificados segundo o grau de risco cardiovascular dos 134 usuários hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS representando 100%, no segundo mês 189 usuários hipertensos foram classificados segundo o grau de risco cardiovascular dos 189 usuários hipertensos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS representando 100%, no terceiro mês 261 usuários hipertensos foram classificados segundo o grau de risco cardiovascular dos 261 usuários hipertensos residentes na área de abrangência representando 100%, atingindo a meta de 100%.

Todos os usuários hipertensos cadastrados foram avaliados segundo o risco cardiovascular clinicamente, mas não em todos os casos apresentaram os exames completos. Isso foi possível pela capacitação dos profissionais da unidade sistematicamente nas reuniões da equipe de saúde na realização de exames clínicos do usuário mediante uso do Caderno Básico de HAS e DM.

Objetivo 5. Melhorar o registro das informações.

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

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

No primeiro mês da intervenção, 18 usuários diabéticos foram classificados segundo o grau de risco cardiovascular dos 18 usuários diabéticos cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS representando 100%, no segundo mês 25 usuários diabéticos foram classificados segundo o risco cardiovascular dos 25 usuários diabéticos cadastrados residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS representando 100%, e no terceiro mês os 35 usuários diabéticos cadastrados foram classificados segundo o risco cardiovascular representando 100%, atingindo a meta.

Todos os usuários diabéticos foram avaliados segundo o risco cardiovascular e as ações que facilitaram o alcance da meta foram a capacitação dos profissionais da unidade sistematicamente nas reuniões da equipe de saúde na realização de exames clínicos do usuário principalmente na avaliação da coloração e mudanças que possam ocorrer na pele dos membros inferiores dos usuários e sintomas neurológicos assim como a organização do tempo de consulta para poder conseguir realizar todas as atividades preconizadas pelo ministério.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção, os 134 usuários hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável representando 100%, no segundo mês os 189 usuários hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável representando 100%, e no terceiro mês os 261 usuários cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável representando 100%, atingindo a meta.

Nas consultas e visitas familiares foi oferecida a 100% dos usuários hipertensos e familiares orientação nutricional sobre alimentação saudável. Antes de

cada atendimento, o usuário era avaliado antropocentricamente para conhecer o índice de massa corporal(IMC) o que ajudou na avaliação do estado nutricional e adesão do usuário à dieta, levando a curva de peso. Antes do início do programa “Mais Médicos” os usuários eram avaliados superficialmente e em muitos dos casos não tinham referência dos alimentos que podem beneficiar e danificar a saúde. Os usuários foram avaliados e um dos nossos maiores desafios era mudar os hábitos nutricionais. Atualmente todos tem conhecimento dos alimentos a consumir. Foram realizadas palestras sobre o tema, onde foram convidados os familiares e usuários para tentar mudar os erros nos hábitos alimentares respeitando a tradição culinária local. Nas diferentes capacitações realizadas na unidade, os ACS receberam orientações sobre nutrição adequada aos usuários hipertensos e seus familiares.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção, 18 usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 18 usuários diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS representando 100%, no segundo mês 25 usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 25 usuários diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS representando 100%, no terceiro mês 35 usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável dos 35 residentes na área de abrangência representando 100%, atingindo a meta.

Nas consultas e visitas familiares foi oferecida orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários diabéticos e familiares. Os usuários eram avaliados antropometricamente para conhecer o IMC e depois recebiam orientações sobre hábitos alimentares. Para conseguir mudanças nos hábitos alimentares, foi necessário capacitar primeiro à equipe de saúde que são os multiplicadores das ações, logo foram convocados os usuários a participarem em palestras realizadas na unidade e atualmente as atividades estão inseridas no trabalho diário da UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção a hipertensos. No primeiro mês 134 usuários hipertensos foram orientados em relação à prática regular de atividade física dos 134 hipertensos residentes na área de abrangência representando 100%. No segundo mês 189 usuários hipertensos foram orientados em relação à prática regular de atividade física dos 189 residentes na área representando 100% e no terceiro mês 261 usuários hipertensos foram orientados em relação à prática regular de atividade física dos 261 residentes na área alcançando uma meta de 100%, atingindo a meta proposta de alcançar os 100% de usuários examinados.

Nos diferentes âmbitos de atendimento, foi orientada aos usuários hipertensos e familiares a prática de exercícios físicos. Promovemos a prática de exercícios físicos, promovendo conjuntamente com os gestores públicos, a habilitação da academia existente na unidade e que não estava funcionando. a academia ficou pequena pelo que precisamos de criar uma parceria com um comerciante local, para usar um outro local, e atualmente realizamos exercícios na quadra com o apoio de um professor de educação física do IFAC e uma orientadora física da Secretaria de Saúde. Essa atividade nunca antes tinha sido desenvolvida na unidade e atualmente funciona de forma permanente e com horário bem estabelecido, sem limites de participantes nem idade.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção, 18 usuários diabéticos foram orientados em relação à prática de atividades física dos 18 usuários diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS representando 100%, no segundo mês 25 usuários diabéticos foram orientados em relação à prática de atividades física dos 25

diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS representando 100%, no terceiro mês 35 usuários diabéticos foram orientados em relação à prática de atividades físicas dos 35 residentes na área de abrangência representando 100%, atingindo a meta.

Os usuários foram orientados constantemente sobre a importância da realização de atividade física. A capacitação dos membros da equipe foi fundamental para tal ação. Foi realizada também a habilitação da academia existente na unidade e que atualmente está sendo desenvolvida em parceria com um professor do IFAC e com uma orientadora física da Secretaria de Saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção a hipertensos. No primeiro mês 134 usuários hipertensos foram orientados sobre o risco do tabagismo dos 134 hipertensos residentes na área de abrangência representando 100%. No segundo mês 189 usuários hipertensos foram orientados sobre o risco do tabagismo dos 189 residentes na área representando 100% e no terceiro mês 261 usuários hipertensos foram orientados sobre o risco do tabagismo dos 261 usuários hipertensos residentes na área alcançando uma meta de 100%, atingindo a meta proposta de alcançar os 100% de usuários examinados.

Foi orientado a todos os hipertensos e familiares sobre os riscos do tabagismo sobre a saúde, e essa ação foi possível graças às capacitações realizadas, para que todos os membros da equipe realizem as orientações. Foi solicitado à Secretaria de Saúde a implementação de um projeto sobre abandono do tabagismo e a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono do tabagismo”, mas aguardamos aprovação do Ministério de Saúde para programar a mesma.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção 18 diabéticos foram orientados sobre os riscos do tabagismo dos 18 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS representando 100%, no segundo mês 25 usuários diabéticos foram orientados sobre os riscos do tabagismo dos 25 usuários diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS representando 100%, no terceiro mês 35 diabéticos foram orientados sobre os riscos do tabagismo dos 35 residentes na área de abrangência representando 100%, atingindo a meta de 100%.

Essa meta foi alcançada graças às capacitações realizadas, as palestras e orientações dadas a toda a comunidade durante as consultas e na sala de espera ou atividades realizadas, assim como o registro adequado das ações.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção a hipertensos. No primeiro mês 134 usuários hipertensos foram orientados sobre higiene bucal dos 134 hipertensos residentes na área de abrangência representando 100%. No segundo mês 189 usuários hipertensos foram orientados sobre higiene bucal dos 189 residentes na área representando 100% e no terceiro mês 261 usuários hipertensos foram orientados sobre higiene bucal dos 261 residentes na área alcançando uma meta de 100%, atingindo a meta proposta de alcançar os 100% de usuários examinados.

Essa atividade não estava sendo desenvolvida na unidade e atualmente faz parte da nossa rotina. Foram muito importantes as capacitações realizadas e o registro adequado das ações para monitorarmos essa meta. Os usuários hipertensos e familiares foram orientados sobre a importância da higiene bucal nas visitas de saúde, consultas programadas e em palestra desenvolvida na unidade pela dentista e médica.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção 18 diabéticos foram orientados sobre higiene bucal dos 18 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS representando 100%, no segundo mês 25 usuários diabéticos foram orientados sobre higiene bucal dos 25 usuários diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS representando 100%, no terceiro mês 35 usuários diabéticos foram orientados sobre higiene bucal dos 35 residentes na área de abrangência representando 100%, atingindo a meta de 100%.

Para alcançar a meta, as capacitações realizadas e o registro adequado das ações foram fundamentais, assim como a organização do serviço para garantir que durante todas as atividades clínicas ou educativas realizadas a realização das orientações sobre a importância da higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção desenvolvida na unidade de saúde “Maria da Luz” propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, o uso da ficha espelho, a coleta de dados e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, ampliação dos exames para usuários diabéticos e hipertensos, a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, a avaliação odontológica dos mesmos, orientação de medidas preventivas. Foi institucionalizada a prática de atividades físicas com a abertura da academia HIPERVIDA com o objetivo não só de fomentar a prática de exercícios físicos, mas mudar de estilos de vidas. Ao final de cada aula sempre se orienta sobre a importância e objetivos dos exercícios realizados no dia, convertendo os usuários em multiplicadores.

A intervenção teve uma duração de três meses e durante esse tempo foram avaliados 261 hipertensos dos 661 usuários hipertensos residentes na área da UBS representando 39,5% de cobertura do programa de atenção ao hipertenso, e 35 usuários diabéticos dos 163 usuários diabéticos residentes na área da UBS representando 21,5% de cobertura do programa ao diabético. Todos os usuários

cadastrados hipertensos e diabéticos estiveram com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, com prescrição de medicamentos da Farmácia Municipal/ Hiperdia priorizada, foram buscados os faltosos, estiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento, tiveram avaliação de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, e estiveram em dia com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Alguns indicadores foram avaliados, mas não alcançaram a todos os usuários, como a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo; avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A intervenção causou um impacto positivo na equipe, pois inicialmente houve a necessidade de realizar capacitações aos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, desde a recepção do usuário no momento da entrada à unidade pela recepcionista responsável por orientar ao usuário sobre a prioridade dos atendimentos, a procura ativa dos usuários faltosos as consultas, de casos novos assim como possíveis complicações nos hipertensos e diabéticos pelos ACS e resto da equipe de saúde. A intervenção promoveu uma maior adesão da equipe aos Programas e o trabalho integrado da médica, enfermeira, técnica de enfermagem e recepcionista. A intervenção permitiu revisarmos as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários.

Quanto aos benefícios obtidos para o serviço, houve a necessidade de melhorar e organizar a agenda, atualizar todos os registros e promoveu-se o monitoramento e avaliação das ações realizadas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, permitiu organizar e planejar as estratégias a ser desenvolvidas para um ótimo atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, a realização de novas atividades dirigidas a este grupo, como a orientação prática de exercícios físicos com parcerias com

outras instituições, a Prefeitura e com apoio da Secretaria Municipal de Saúde. A implementação das consultas odontológicas para avaliar aos usuários hipertensos e diabéticos com necessidades de atenção odontológica organizando a agenda do serviço para priorizar o atendimento o que provocou um impacto positivo no serviço.

O impacto da intervenção na comunidade ainda é pouco percebido pelo recente do início da mesma, mas já temos experiências positivas, refletidas nas opiniões dos usuários hipertensos e diabéticos assim como dos familiares, ganhando em prioridade, qualidade e integralidade no atendimento, sem afetar a demanda espontânea ao ser explicado desde a recepção do usuário a prioridade que o grupo tem no atendimento, até o momento não temos tido dificuldades com a população por esta causa.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos usuários diabéticos e hipertensos sem cobertura, por isso continuamos trabalhando na pesquisa de este grupo. A equipe de saúde recebeu desde o início da apresentação do projeto o apoio da Secretária de Saúde Municipal na entrega de materiais e insumos necessários na execução da intervenção pelo que facilita dar continuidade do mesmo, só apresentamos dificuldades serias na ausência das fitas reativas que atrapalha a captação e acompanhamento no usuário diabético na unidade e nas visitas domiciliares, na realização em tempo oportuno dos exames complementares solicitados assim como a avaliação odontológica por ausência da profissional no serviço, a instabilidade no abastecimento dos medicamentos na Farmácia Municipal o que atrapalha na qualidade nos atendimentos em muitos dos casos. A adesão da comunidade ao projeto também é um dos fatores que atrapalha na qualidade da execução do mesmo, pois ainda não tivemos contato com líderes da comunidade que seria uma das primeiras atividades que faria se iniciasse a intervenção neste momento.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está engajada, e como já temos incorporado a intervenção na rotina do serviço, estamos em condições de resolver algumas das dificuldades encontradas. Assim pretendemos ampliar o trabalho na conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aqueles de alto risco.

As fichas dos hipertensos e diabéticos estão preenchidas adequadamente e em dia para poder coletar e monitorar todos os indicadores previstos no projeto e

contamos com os materiais, menos fitas reativas, e profissionais suficientes para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

A intervenção poderia melhorar neste momento se os gestores conseguiram melhor comunicação com os diretivos do Hospital Municipal “Dr. Sansão Gomes” para procurar vagas na realização oportuna dos exames ou planejar com antecipação a quantidade de reagente que se precisaria para aumentar a realização dos exames evitando os atrasos assim como estabelecer um horário de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos nas consultas odontológicas.

A partir dos resultados obtidos, também pretendemos implementar os Programas de atenção ao Pré-Natal e Puerpério e o Programa de Puericultura na UBS.

5 Relatórios da intervenção para os gestores

Na Unidade Básica de Saúde Maria da Luz no município Tarauacá-Acre foi realizada uma intervenção durante 12 semanas desde 20 de Abril dos 2015 até 11 de julho dos 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos portadores de hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Procuramos melhorar a adesão dos usuários e gestores aos programas de Diabetes e Hipertensão, os registros das informações dos usuários do programa, monitorar e mapear usuários de risco para doenças cardiovasculares procurando a melhora e mudanças na qualidade e estilo de vida dos mesmos, para evitar futuras complicações que promovem grande desgaste à sociedade e ao estado.

A unidade de saúde encontra-se localizada na periferia da cidade, no bairro mais densamente povoado do município e mais carente. A população total residente na área de abrangência é de 4345 habitantes. As estimativas indicam que dessa população, 2911 usuários são maiores de 20 anos, e aproximadamente 661 são usuários com HAS e 163 usuários com diabetes.

Antes da intervenção, estavam cadastrados 174 usuários (23%) com hipertensão e 31 usuários com diabetes (14%). Após a intervenção, conseguimos em 12 semanas, cadastrar 261 usuários hipertensos que representa 39,5% e 35 usuários diabéticos representando 21,5% do total estimado. Durante este período avaliamos indicadores que permitiram organizar e melhorar o atendimento ao usuário, melhorando a qualidade do serviço e humanizando o mesmo. Avaliamos 100% dos usuários cadastrados, todos utilizam os medicamentos da Farmácia Popular e os cartões de medicamentos fornecidos pelo SUS. Todos os usuários hipertensos e diabéticos (100%) estiveram com exames clínicos em dia e receberam exames dos pés de acordo com o protocolo, os usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas receberam busca ativa; todos estiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento, receberam estratificação de risco

cardiovascular, foram orientados quanto à nutrição e alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.

A equipe encontra-se engajada na melhora dos serviços. Melhorou a atenção aos usuários, sendo mais resolutivos e efetivos quanto às necessidades e à saúde da população. A própria equipe levou o papel principal no sucesso do projeto e no mantimento do mesmo. Acompanha e procura soluções quando na academia HIPERVIDA ficamos sem professores, por algum motivo tornando-se às vezes a professores de educação física.

Para conseguir os resultados foram feitas capacitações das quais todos os profissionais participaram. Usamos os protocolos de HAS e DM seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, desde a recepção do usuário no momento da entrada à unidade pela recepcionista responsável por orientar ao usuário sobre a prioridade dos atendimentos, a procura ativa dos usuários faltosos as consultas, de casos novos assim como possíveis complicações nos hipertensos e diabéticos pelos ACS e resto da equipe de saúde. A equipe comprometeu-se 100% com todas as atividades realizadas em todos os Programas e conseguimos realizar um trabalho mais integrado, de forma que foi viabilizada a atenção a um maior número de usuários e a melhora da qualidade da prática clínica dos profissionais da unidade.

Melhoramos o serviço, melhorando a forma de registro e o agendamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos, otimizando a agenda para a atenção à demanda espontânea, organizando e planejando estratégias para melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, a realização de novas atividades orientadas a este grupo, como a realização de exercícios físicos com parcerias com outras instituições, a Prefeitura e com apoio da Secretaria Municipal de Saúde. A implementação das consultas odontológicas para avaliar aos usuários hipertensos e diabéticos com necessidades de atenção odontológica, melhorou graças a uma reorganização da agenda do serviço para priorizar o atendimento.

Para conseguir esses resultados positivos foi fundamental o comprometimento da equipe e o apoio da Secretaria de Saúde que ofereceu materiais como esfigmomanômetros, estetoscópios e glicômetros, permitindo

melhorar o trabalho dos ACS, aumentando a resolutividade e melhorando a opinião dos usuários. Recebemos também apoio da Prefeitura em doações de materiais didáticos e da Secretaria de Saúde uma caixa de som que permitiu desenvolver com qualidade as atividades físicas que são realizadas e que é referência no município. Para desenvolver registros adequados, as fichas espelhos foram providenciadas pela Secretaria de Saúde e que foram preenchidas em 100% dos casos. Também usamos como registro de atendimento e a ficha de coleta de dados disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas e dos Cadernos de Atenção Básica à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus providenciados pelo Ministério de Saúde e que é de uso cotidiano e disponível em formato digital para todos os profissionais no computador na unidade, assim como materiais que guiam o atendimento.

Não conseguimos cumprir com a totalidade de metas como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa e registro adequado na ficha de acompanhamento.

Conseguiríamos melhores resultados e poderíamos melhorar ainda mais o serviço ampliando as ações da intervenção, se existisse uma comunicação entre os diretivos do Hospital Municipal “Dr. Sansão Gomes” e a Secretaria de Saúde para garantir vagas para a realização dos exames complementares em dia, assim como promover a estabilidade dos profissionais de Saúde Bucal na unidade para conseguir avaliar aos usuários. Dessa forma poderia também ser garantida a melhora da saúde bucal da área e em relação às outras ações programáticas.

A intervenção está inserida na rotina de trabalho da unidade e pretendemos continuar e ampliar a cobertura do atendimento a todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área. Também pretendemos melhorar a qualidade do Programa de atenção Pré-Natal e Puerpério a as Puericulturas, que apesar de estar sendo executados na unidade com a prioridade estabelecida, ainda não está sendo bem planejado e executado, tendo usuárias faltosas e captações tardias assim como desconhecimento da importância da puericultura, pois existe o falso conceito que só se precisa atendimento quando o menor de 6 ano encontra-se doente e não como prevenção de doenças ou acompanhamento do desenvolvimento psicomotor do menor, e a população não tem o conhecimento suficiente sobre a importância dos programas, pois são de vital importância para medir o desenvolvimento das regiões.

Precisamos da ajuda e apoio dos gestores para poder continuar com a implementação da intervenção e de outras ações programáticas e convidamos a sua participação e apoio com as atividades que continuaremos desenvolvendo, pois com seu apoio estamos tendo sucesso e reconhecimento pelos usuários, para que fique na rotina da unidade, apoiando na melhora do nível científico dos profissionais e assim aumentando a qualidade dos serviços e garantindo o maior nível de satisfação da população que é nossa razão de existir.

6 Relatórios da Intervenção para a comunidade

Cara comunidade.

Na UBS “Maria da Luz”, estamos desenvolvendo desde Abril, uma intervenção orientada a melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos residentes no Bairro “Senador Pompeu”, área de abrangência da unidade básica.

A equipe de saúde decidiu melhorar o Programa de Diabetes Mellitus e HAS devido ao alto número de pessoas na região que sofrem das doenças e que estavam sendo atendidas de forma superficial. Observamos que um alto número dos usuários encontrava-se descompensados, mal acompanhados, com desconhecimento das formas de controle da doença e de prevenção destas para poder evitar as possíveis complicações, como infartos, amputações ou problemas nos rins, que trazem sequelas sérias e que não tem cura.

Dessa forma, foram priorizados os atendimentos aos usuários com hipertensão e diabetes e conseguimos incluir no programa a 261 usuários hipertensos (39,5%), pois somente 174 usuários (23%) estavam cadastrados antes da intervenção, e registramos 35 usuários diabéticos, sendo que apenas 19 eram atendidos antes da intervenção.

Foram várias as atividades realizadas. Conferimos o cadastramento, para poder ativar a busca daqueles usuários faltosos a consultas e procurar novos casos na população sem acompanhamento. Implantamos as visitas domiciliares, todos os usuários foram e continuam sendo avaliados clinicamente, foram indicados exames complementares, os quais devem ser realizados uma vez por ano como mínimo, todos foram classificados segundo o risco cardíaco, receberam prescrições de medicamentos na Farmácia Municipal/ HIPERDIA, com a confecção da carteira de medicamentos e foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico. Todas as ações foram registradas em fichas específicas e livros de registros para garantir a continuidade das ações e acompanhamento continuam.

Com nosso trabalho, orientamos aos usuários hipertensos e diabéticos sobre como melhorar os hábitos alimentares adequando à cultura culinária local; mau hábito de fumo; higiene bucal que foi realizada pela dentista que também realizou uma palestra para os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares; e a importância da prática de atividade física regular com a inauguração no mês de março da academia para a saúde do usuário hipertenso e diabético: HIPERVIDA, BEM-ESTAR, que está funcionando todas as terças e quintas-feiras às 7 horas, na academia TK- BIKE.

A participação nesse projeto ficou disponível desde o início da intervenção para a comunidade sem restrição de idade. Contamos com a colaboração de um professor de educação física nas quintas-feiras e a prefeitura e Secretaria de Saúde também brindaram seu apoio na melhora das atividades na academia oferecendo materiais de apoio para as atividades físicas. Recebemos o apoio de comerciantes locais que ofereceram materiais para a academia o que propiciou sua inauguração.

Todas as atividades desenvolvidas na unidade não teriam sido possíveis sem a participação da comunidade, que está presente ativamente nas aulas desenvolvidas na quadra sintética, apóiam com materiais quando estamos em falta para que as atividades sejam desenvolvidas com qualidade, comparecem as consultas quando são convocados, atuam como promotores e divulgadores das atividades desenvolvidas na unidade e na procura de usuários faltosos às consultas.

Apesar de toda a participação, ainda não conseguimos ter contato com os líderes da comunidade e precisamos ajuda dos usuários para conseguir esse contato que é importante para a comunidade.

Com a realização deste projeto, além de melhorar a qualidade do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência incorporamos as ações desenvolvidas durante a intervenção a nossa rotina de trabalho, incorporamos ao agendamento programado outros programas vitais como a puericultura que precisa ainda mais articulação para um melhor sucesso, pois ainda existe desconhecimento da importância do Programa, o Programa Pré-Natal e puerpério que ainda sendo bem planejado e executado precisa ainda maior aprimoramento e organização.

Temos certeza à comunidade participará ativamente nas atividades desenvolvidas na unidade. A UBS é da população, procuramos aumentar a qualidade no serviço, mas para poder conseguir mudanças precisamos de seu apoio, críticas, que se integrem à unidade, que acompanhem nosso trabalho do dia

a dia aportando novas ideias e sendo os melhores auditores. Precisamos que a comunidade trabalhe conosco. A equipe garantirá os direitos dos usuários que se encontra disponível no mural da unidade e que é de uso coletivo.

A intervenção permitiu melhorar a qualidade do atendimento proporcionando mudanças no estilo de vida e melhoria na qualidade de vida em muitos dos usuários.

Agradecemos a colaboração da comunidade para o desenvolvimento da presente intervenção, pois sem seu apoio teria sido impossível realizar as ações com a qualidade esperada. A sua compreensão e a paciência com o tempo das consultas às quais precisam de detalhamento e tempo adequado, para garantir a qualidade.

Convidamos à comunidade a continuar participando das diferentes atividades que estamos desenvolvendo na unidade, a academia tem as portas abertas para todos. Precisamos que sejam multiplicadores das ações que são desenvolvidas, em benefício da comunidade com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de todos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha expectativa ao fazer o curso no início foi aumentar meu nível de conhecimento e nível científico sobre o trabalho com a família para poder realizar o melhor trabalho possível com as equipes a fim de ajudar a melhorar os indicadores de saúde da população. Também interagir com outros profissionais e aprender das experiências, fazer novas amizades, adquirir novas formas de pensar e de agir ante diferentes situações que poderiam ocorrer e seriam novas para nós, além de contribuir com o bom funcionamento da nossa ESF com o objetivo de promover mudanças na população, e no pessoal de saúde e tornar reais os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O curso de especialização tem como vantagens a flexibilidade de horário permitindo organizar o tempo de acordo as nossas necessidades, não precisava estar no ambiente virtual em horários determinados para realizar minhas atividades, podendo assim cumprir com meu trabalho e compromissos e acessar em tempo disponível. A metodologia de ensino a distância permitiu-me como profissional, inserir um curso em minha rotina diária de maneira que era possível estudar e usar os conhecimentos em função de meu trabalho na UBS por meio da Análise da Situação de Saúde, que é a ferramenta mais importante para desenhar a estratégia de intervenção na comunidade, para aumentar a qualificação da nossa APS/SUS.

Inicialmente foi difícil conseguir incorporar à rotina as ações programáticas, existiu resistência da equipe de saúde. O trabalho na unidade ficava desorganizado, sem planejamento nem agendamento dos atendimentos. Mas com o tempo, tornou-se mais claro e fácil planejar as atividades para melhorar o engajamento da equipe as ações.

Com a realização da análise situacional e com a rotina de trabalho, ficou evidente a necessidade de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, realizando um trabalho exaustivo, bem planejado com

ações que envolveram a equipe de saúde como uma unidade, permitindo o sucesso da intervenção com a elaboração posteriormente do TCC.

Quanto a minha prática profissional, a realização do curso tem promovido aumentar minha qualificação científica nos protocolos de doenças utilizados no país, facilitando melhorar a qualidade da atenção à população. Com uso das ferramentas fornecidas pelo SUS como os Protocolos, Cadernos de Atenção Básica para as diferentes patologias, o Caderno de Ação Programática e bibliografias de apoio, pude ajudar a aprimorar o trabalho da equipe de saúde, aumentando a qualidade que prestam pela melhoria científica, planejamento das atividades e melhor vínculo com a população assistida. Permitiu-me obter maior autonomia e/ou governabilidade na solução de problemas concretos no espaço onde atuo, e promover mudanças na equipe de saúde. Graças às atividades realizadas consegui estabelecer uma boa relação com os gestores no desenvolvimento das ações a serem desenvolvidas na unidade, assim como com a universidade, interagindo, colaborando, avançando a partir das diferentes atividades propostas. Promovendo a capacidade de gestão e de organização de serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família. Consegui realizar com qualidade as tarefas propostas pela universidade, envolvendo nela a equipe de saúde, aprendendo com os diferentes espaços virtuais oferecidos nesta modalidade de ensino a distância, aprofundando os conhecimentos científicos e/ ou diagnósticos através de estudos orientados. Foi possível também realizar parcerias com comerciantes e entidades locais na procura de soluções na melhora da qualidade de vida dos usuários da nossa unidade, promovendo a participação ativa da comunidade, aderindo novas atividades que antes não eram desenvolvidas na unidade e valorizando o trabalho dos profissionais da unidade, conseguindo melhorar o engajamento da equipe e da comunidade, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da população adstrita a nossa unidade.

Dentro dos aprendizados mais relevantes decorrentes do curso, posso citar primeiramente o aumento do conhecimento sobre os indicadores de saúde prioritários do SUS, que permitiu planejar, projetar e executar ações que possibilitaram mudanças nos indicadores de saúde, sempre considerando os princípios do SUS, Protocolos de atendimentos para os diferentes programas que não existiam nas unidades de saúde e que no momento se encontram sendo implementados e usados diariamente na rotina de trabalho.

Utilizamos e encontra-se em um sitio visível e acessível para a população, os Direitos dos Usuários. Trabalhamos com o agendamento de consultas, melhorando o acolhimento da Demanda Espontânea. Aprendemos a promover o engajamento público através de ações de promoção e educação da comunidade, o trabalho com grupos específicos e seus familiares.

Ao trabalhar com as estimativas de saúde para cada Programa segundo os indicadores de morbidade, possibilitou-se o planejamento, a avaliação, organização e execução de ações que permitiram melhorar os diferentes indicadores e projetar ações para o futuro com objetivo de alcançar as metas propostas, melhorando e profissionalizando o trabalho dos funcionários da unidade.

Cada um dos temas dos casos clínicos foi de muita ajuda para melhorar os conhecimentos de medicina, considerando os protocolos já que são situações do nosso dia a dia.

Com a especialização também melhorei meus conhecimentos sobre a língua portuguesa, que constituía uma verdadeira barreira de comunicação e aprendizagem.

Referências

BRASIL, Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n.37. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

SBC, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p.1–51, 2010.

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-Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS



Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____
Nome completo:_____ Data de nascimento: __/__/____
Endereço:_____ Telefones de contato: _____/_____/_____
Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
Tcm HAS? () Sim () Não Tcm DM? () Sim () Não Tcm HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tcm: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica __/__/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Table with 10 columns and 17 rows under the header 'MEDICACIONES DE USO CONTINUO'. The first column is 'DATA'. The second row is 'POSOLOGIA'. The following rows list various medications such as Hidroclorotiazida 25 mg, Captopril 25 mg, Enalapril 5mg, Enalapril 10 mg, Losartan 50 mg, Propranolol 40, Atcnolol 25 mg, Atcnolol 50 mg, Anlodipina 5 mg, Anlodipina 10 mg, Metformina 500 mg, Metformina 850 mg, Glibenclâmida 5 mg, Insulina NPH, and Insulina regular.

Table with 10 columns and 17 rows under the header 'FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS'. The first column is 'DATA'. The following rows list various laboratory tests including Glicemia de Jejum, HGT, Hemoglobina glicosilada, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, Creatinina Sérica, Potássio sérico, Triglicéridos, EQU, Infecção urinária, Proteinúria, Corpos cetônicos, Sedimento, Microalbuminúria, Proteinúria de 24h, TSH, ECG, Hemograma, Hematócrito, Hemoglobina, VCM, CHCM, and Plaquetas.

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

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

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

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

Nome

Contato: Kacatherine Josefa Román Tamayo

Telefone: (068-9996 7948)

Endereço Eletrônico: kathytuti@yahoo.es

Endereço físico da UBS: Rua Antônio Pinto. Bairro Senador Pompeu. Tarauacá-AC.

Endereço de e-mail do orientador: terius8@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante