

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HAS E/OU DM NA UBS
FRANCISCO PEREIRA BATISTA, COARI/AM**

MARIELA CRISTINA ROMERO PÉREZ

Pelotas, 2016

MARIELA CRISTINA ROMERO PÉREZ

**MELHORIA NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HAS E/OU DM NA UBS
FRANCISCO PEREIRA BATISTA, COARI/AM**

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

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P438m Pérez, Mariela Cristina Romero

Melhoria na Atenção Às Pessoas com HAS e/ou DM na UBS
Francisco Pereira Batista, Coari/AM / Mariela Cristina Romero Pérez;
Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

95 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico neste trabalho nos meus filhos Manuel Alejandro e Williams Adolfo que são minha razão de ser e a meu esposo Reynaldo Vergara o motor impulsor da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela possibilidade de participar no Programa Mais Médicos.

Agradeço as minhas orientadoras Cristina Dutra Ribeiro e Maria Fernanda.

Agradeço aos orientadores o Dr. Ricardo Farias e o Dr. Ecir.

Resumo

ROMERO, Mariela Cristina Pérez. Melhoria na atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Francisco Pereira Batista, Coari/AM. 2016. 102f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A DM e a HAS, são um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, sendo que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Francisco Pereira Batista em Coari/AM. Esta foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastradas 124 (14,7%) pessoas com hipertensão e 57 (27,5%) com diabetes, sendo que 100% destes tiveram avaliação de necessidade de atendimento odontológico, os faltosos as consultas tiveram busca ativa, estavam com registros atualizados, receberam orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Destaca-se que 63 (50,8%) dos hipertensos e 31 (54,4%) diabéticos estavam com exames complementares e estratificação do risco cardiovascular realizados, e que 117 (94,4%) com hipertensão e 56 (98,2%) com diabete usaram medicamentos que se dispensam na farmácia popular. Sendo assim, concluímos, em primeiro lugar que o objetivo da intervenção foi cumprido, pois além de não ter atingido todas as metas os usuários que foram alvos do projeto receberão uma atenção integral o que levou a uma melhora da mesma, no segundo lugar a intervenção foi importante visto que trouxe a integração de toda a equipe, organização do serviço, como melhora nos registros, agendamento, e o encaminhamento a outras especialidades, a população teve um aumento dos conhecimentos com relação a estas doenças. A intervenção foi incorporada na rotina do serviço e deve ser ampliada para outros grupos prioritários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença crônica.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	76
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	76
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	78
Figura 4	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	78
Figura 5	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	79
Figura 6	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	80
Figura 7	Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	81
Figura 8	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	82
Figura 9	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	83
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.	83

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
.....	9
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	28
2 Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	32
2.2.1 Objetivo geral.....	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas	32
2.3 Metodologia.....	33
2.3.1 Detalhamento das ações	34
COBERTURA	34
2.3.2 Indicadores	54
2.3.3 Logística.....	60
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Anexos	90

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista no município Coari estado Amazonas.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Atuo no município do Coari que tem uma infraestrutura de saúde com um Hospital, uma Policlínica um Instituto de Medicina Tropical, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um Laboratório Central e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A UBS onde atuo chama-se Francisco Pereira Batista, mas a população do Coari conhece-a como Chico Enfermeiro, encontra-se na periferia do município no bairro de Chagas Aguiar, à área de abrangência é extensa e atende uma população de 5528 habitantes divididos em duas micros áreas, a micro área na qual faço parte possui uma população de 2678 habitantes. A UBS tem uma estrutura física típica, esta composta por uma sala de espera, recepção, dois consultórios médicos, sala de curativo e nebulização, a farmácia, a sala de enfermeira, sala das agentes comunitários, sala de vacina, sala da microscopista para a realização de teste de Malária, banheiro masculino e feminino, e a cozinha.

Nossa equipe de saúde está incompleta, esta composta pelo médico, uma enfermeira e dois agentes comunitários de saúde (ACS) dos seis que precisa ter, além disso, tem um dentista e um auxiliar de consultório odontológico. Além da dificuldade com a falta de agentes se trabalha para fazer chegar assistência médica a todas as pessoas que moram em nossa área de abrangência.

O trabalho se faz de forma conjunta e integrada com toda a equipe para o acompanhamento dos processos de saúde-doença. Na UBS existe atendimento as crianças, consulta de crescimento e desenvolvimento a menores de dois anos, consulta pré-natal, acompanhamento a idosos, a pessoas com doenças crônicas tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, epilepsia, etc. Também se faz acompanhamento continuado a pessoas com doenças transmissíveis como hanseníase, tuberculose, DST, etc. Também se trabalha para dar atendimento a pessoas doentes, onde se trabalha na prevenção das diferentes doenças por meio de atividades educativas como palestras conversas relacionadas com as doenças e temas de saúde que são de interesse da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Coari é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, região Norte do País. A história de Coari se remonta ao século XVIII. O primeiro núcleo de povoamento em território do atual do município de Coari foi uma aldeia de índios fundada em princípio do século XVIII, pelo jesuíta Samuel Fritz, com a denominação de Coari, por ficar à margem do lago desse nome. Coari, segundo o historiador Ulysses Pennafort, vem das palavras indígenas “Coaya Cory”, ou “Huary-yu”, ou significa respectivamente “rio do ouro” e “rio dos deuses”. A denominação dada ao rio que banha o município estendeu-se ao lago a cuja margem fica a sede municipal e, posteriormente, o município. Habitavam primitivamente a região os índios Catauixis, Irijus, Jumas, Jurimauas e outros. Em dois de dezembro de 1874 foi elevada a Vila de Coari, e em dois de agosto de 1932 é elevada à categoria de município. O município de Coari está localizado no estado do Amazonas, na Mesorregião do Centro Amazonense, que engloba 31 municípios do estado distribuídos em seis microrregiões, sendo que o município pertence à microrregião de mesmo nome, a mais ocidental de sua mesorregião e que reúne seis municípios: Anamã, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari e Codajás. Coari está distante em linha reta a 363 km ao oeste da capital amazonense, e por via fluvial a 463 Km, o município se estende por uma superfície 57921,91 km², com uma altitude de 34 metros, e apresentando uma densidade populacional de 1,3 habitantes por km².

De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o total de habitantes do município em 2014 era de 82.209 mil habitantes, sendo o quinto município mais populoso do estado, de acordo com o censo, 39.476 mil habitantes são homens e 36.489 mil são mulheres. A maior parte da população de Coari é residente na zona urbana (49 651 pessoas), o que representa 65,39% do total de habitantes. Entretanto o número ainda é considerado baixo levando em consideração que 34,61% dos habitantes vivem em área rural e

que a média brasileira de pessoas que vivem em centros urbanos é de 84,4%, sendo superior ao registrado em Coari.

O município expõe em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) uma infraestrutura organizada por níveis integrada por 13 UBS tradicionais com ESF situadas nos bairros do município o que facilita à acessibilidade da população de cada bairro a sua respectiva UBS, e a UBS Ribeirinhas para a atenção da população da zona rural, com a presença de 13 médicos do programa mais médicos que trabalham em conjunto com os colegas brasileiros em unidades de saúde fluviais. O município conta também com o Hospital Regional, onde oferece atendimento de urgências/emergências, que consta com um especialista em medicina intensiva, assim como consultas de cirurgia, ortopedia, neonatologia, obstetrícia, anestesia, uma Policlínica, onde se oferecem consultas das diferentes especialidades, tais quais: pediatria, ginecologia e obstetrícia, endocrinologia, neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, nutricionista, e fisioterapia, o município conta com um centro de atenção psicossocial (CAPS), Laboratório Central, Instituto de Medicina Tropical, Serviço de Fisioterapia, no início de nossa especialização o município não contava com o serviço do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na atualidade temos duas equipes que dão atendimento a todas as UBS incluindo as comunidades rurais, ainda não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para oferecer tratamentos odontológicos de menor complexidade e diagnóstico do Câncer Bucal, mais já temos o serviço de Próteses Dental.

A UBS onde eu trabalho desde novembro do ano 2013, Francisco Pereira Batista ou Chico Enfermeiro como também foi conhecido o Sr. Francisco (que trabalho durante toda sua vida na área da saúde no município) está localizada no bairro de Chagas Aguiar e foi construída para esse propósito, está vinculada à prefeitura e a Instituição de Ensino Superior Pública. Tem 13 anos de construída e se caracteriza por ser uma UBS tradicional com equipe de saúde da família, tem duas equipes de saúde colocadas na mesma unidade em diferentes espaços físicos. A equipe na qual estou trabalhando, está composta pelo médico, a enfermeira que trabalha nas duas equipes a técnica de enfermagem, a equipe de saúde bucal, que também oferece seus serviços para as duas equipes, a técnica de farmácia os agentes comunitários de saúde, o educador físico e o fisioterapeuta que trabalham com as duas equipes, no momento tem falta de dois ACS. Na outra equipe tem falta da enfermagem e mais dois ACS. Atualmente na unidade desenvolvemos atividades de ensino para técnicos de enfermagem em concordância com a Universidade Federal do Amazonas e para janeiro de 2016 deve começar o ensino de medicina.

Estruturalmente a UBS encontra-se em boas condições, está constituída por uma sala de recepção que não é muito ampla, mas oferece conforto para os usuários que esperam pelo atendimento, esta ventilada e com boa iluminação, tem

cadeiras confortáveis para aproximadamente 15 pessoas, mas às vezes quando a demanda de atenção é muito ampla a mesma fica pequena, pois, além disso, os armários onde são arquivados por micro áreas os prontuários das famílias também ficam nesse local, sinalizando que os mesmos não têm acabamento arredondado o que facilitaria a limpeza e evitaria ferimentos nos trabalhadores e usuários.

Tem dois consultórios médicos, que possuem boas condições para o desenvolvimento do trabalho sendo que um deles é compartilhado com a técnica de Microbiologia o que atrapalha frequentemente o desenvolvimento de ambas as ocupações invadindo mesmo assim a privacidade dos usuários que se encontram no consultório médico, o consultório da enfermeira, a farmácia com boa disposição para o armazenamento dos medicamentos, a sala de curativo que compartilha a mesma com a sala de nebulização, a sala dos ACS, local onde se realizam também as reuniões da equipe e de educação para a saúde, a copa/cozinha, dois banheiros que estão aptos para os usuários cadeirantes, mais os funcionários também fazem uso dos mesmos, o consultório odontológico, com uma área específica para o compressor e o depósito para os materiais de limpeza.

Na UBS também conta com a sala de vacina que está localizada fora da unidade não interferindo no fluxo dos usuários que requerem de outros atendimentos nas demais dependências.

Os ambientes estão ventilados com janelas que permitam iluminação natural, na UBS não tem corrimãos em nenhum local da mesma a exceção dos banheiros, os quais têm espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas, também não tem tapetes em nenhuma sala, nem degraus em nenhuma dependência do prédio que impossibilitem o acesso dos pacientes descapacitados. Tem uma rampa ampla na calçada que permite o acesso dos pacientes descapacitados e idosos sem dificuldade, também a não existência de sinalizações de redes sócias em nenhum dos ambientes da unidade, lo que atrapalha o desenvolvimento do processo de trabalho.

Nossa equipe de saúde desenvolve um conjunto de ações que são a promoção, prevenção, diagnóstico tratamento e reabilitação dos diferentes problemas de saúde, o início dessas ações se deu com o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe da UBS o mesmo estava feito anterior a chegada dos profissionais do PMMB, e este vai atualizando-se com frequência.

Desarrolham-se atividades em ação sociais tais como: escolas, igrejas e alguns outros que se encontram na área de abrangência, tais atividades são principalmente palestras e conversas com temas de interesses e acordos na faixa etária do grupo reunido. No mapa da área de abrangência que se encontra na unidade básica temos localizado nas diferentes ruas usuários portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, entre outras, identificadas cada

uma nessas doenças com diferentes cores, assim como famílias e indivíduos expostos a riscos, ou seja, nas casas onde tem usuários portadores de doenças tais como HAS estão identificadas com uma cor, as que têm usuários com Diabetes Mellitus outra cor, e assim sucessivamente.

Este mapeamento foi realizado no ano de 2013, pelos profissionais que trabalhavam na UBS naquela data e continua-se atualizando para manter o monitoramento que dá uma visão bastante ampla de nossa área. Em nossa UBS não realizamos pequenas cirurgias nem atendimentos de urgências/emergências, primeiramente pela escassez de medicamentos e equipamentos para essas práticas.

Essas dificuldades não impossibilita que se prossiga realizando atividades para o cuidado da população como as visitas domiciliares, vacinação, curativos, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento dos problemas de saúde, entrega de medicamentos (aplica-se medicação oral e injetável), revisão puerperal, troca de sonda (a colocação acontece geralmente no hospital), fisioterapia, atividades nas escolas, palestras para população.

Temos uma igreja que apresenta ao redor dela uma área extensa que está permitindo realizar atividades como a “Bailoterapia” nas tardes, e na UBS propriamente dita, com os atendimentos diários, as consultas odontológicas, realização de exames de coleta de Papanicolau e outras.

Os profissionais da UBS médicos e enfermeiro encaminham os usuários a outros níveis do sistema de saúde respeitando fluxos de referência e contra-referência, estes são encaminhados para atendimento nas especialidades embora nem sempre se receba a contra-referência delas ou a internação hospitalar, não são feitos encaminhamentos para pronto-socorro ou pronto-atendimento, e se faz acompanhamento dos encaminhados seja em situações de internação hospitalar ou domiciliar. Além dos médicos e a enfermeira, os ACS e a técnica de enfermagem realizam busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Na UBS realizam-se também atividades de grupo com adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, pré-natal, aleitamento materno, saúde da mulher, prevenção do câncer ginecológico puericultura, planejamento familiar combate ao tabagismo, violência doméstica, saúde bucal e outras, em nessas atividades participam os médicos, a enfermeira, os agentes comunitários de saúde, o odontólogo, a técnica de consultório dentário e a técnica de enfermagem.

Outro aspecto importante é o tema de fortalecimento do controle social, e a participação da equipe na busca de condições e recursos para as ações intersetoriais, os profissionais da UBS que promovem atualmente a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, não temos constituído Conselho Local de Saúde nem Conselho de Gestão Participativa que permita essa

parceria sendo que podemos sinalizar que se está trabalhando para a constituição dos mesmos para desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, já que a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde.

Em relação à participação dos profissionais da UBS em atividades de qualificação profissional exponho que realizamos essas atividades para a gestão e atenção em saúde, a maioria são de atualização técnica e multiprofissional, tais como o uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária, análise de casos clínicos relevantes entre outras, também se realizou o II Fórum de Atenção Pré-natal nessas atividades participam os médicos, a enfermeira, o odontólogo, a técnica de consultório dentário, e os agentes comunitários de saúde.

Na UBS realizam-se semanalmente as reuniões de equipe gerenciadas pela enfermeira, onde se confecciona e organiza a agenda de trabalho, planejam-se as ações, se fazem discussões de casos, assim como o monitoramento e análise dos distintos indicadores e informações em saúde. A população atual cadastrada é de 5528 usuários, tendo predomínio do sexo masculino com 3020 usuários, na faixa etária que compreende aos usuários de 20-39 anos é a que mais usuários envolvem representando o 20,3% da população da área de abrangência com 1123 usuários, ambas as equipes encontram-se em processo de recadastramento no momento, devido a mudanças acontecidas na UBS.

Faixa Etária											
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masc.	35	282	278	258	395	315	792	284	195	186	3020
Fem.	27	294	397	250	436	325	331	213	128	107	2508
Total	62	576	675	508	831	640	1123	497	323	293	5528

Fonte: Relatório da UBS Francisco Pereira Batista/SIAB

O acolhimento é realizado na UBS pelas funcionárias da recepção e demais membros da equipe. Temos na unidade consultas agendadas principalmente para o atendimento dos diferentes programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), ao mesmo tempo o maior fluxo de usuários é de demanda espontânea nos dois turnos de trabalho, de usuários na área de cobertura da UBS, mas também se apresentam usuários residentes fora da área de abrangência, mas isso não constitui em um excesso da demanda. Os profissionais que trabalham na recepção na maioria são novos na unidade, não havendo tido nunca antes contato com os

serviços de saúde, porém desconhecem quais são os usuários que necessitam de atendimento imediato e prioritário. Estes receberam treinamento para sanar as deficiências.

A saúde da criança foi à primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde e foi um fator importante na forte redução da mortalidade infantil. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária. A população estimada em nossa área é de 62 crianças menores de um ano e 276 de zero a 76 meses, sendo que não temos o número específico de cadastrados. Das crianças menores de um ano 57 receberão sua primeira consulta antes dos sete dias representando o 91.9%, e após nessa consulta recebem agendamento para as consultas subsequentes, mais o 100% delas tiveram o teste do pezinho realizado até os sete dias assim como a vacinação em dia a qual também representa o 100% das crianças menores de um ano. Todas as crianças recebem orientação sobre a prevenção de acidentes mais com relação à avaliação de saúde bucal nenhuma foi avaliada pelo odontologista mais são avaliadas pelo médico em consulta de Puericultura ou nas visitas domiciliares e recebem orientação sobre saúde bucal.

A consulta de puericultura na UBS Francisco Pereira Batista é efetuada todos os dias e acontece em todos os turnos (de manhã e de tarde), sem prévio agendamento, mas após a primeira consulta informa-se a mãe quando corresponde a consulta subsequente. Realiza-se atendimento a todas as crianças que pertencem à área de abrangência e também a crianças fora da área, principalmente hoje que o município está em emergência pela enchente, temos 12 crianças que são atendidas na UBS, e que moram fora da área de cobertura, o que representa 7,5%. No atendimento de puericultura participa a enfermeira, o médico geral e os ACS, nesses últimos tendo uma participação muito ativa na busca-a das crianças faltosas.

Na UBS realiza atendimento de demanda espontânea para crianças com problemas de saúde agudo, tanto para crianças da área de abrangência quanto fora desta, desde o início de nosso trabalho na UBS começou-se a educar a população fundamentalmente as mães na conscientização da importância da consulta de puericultura, pois a maioria delas depois de ter completado o primeiro ano de vida das crianças só chegavam a UBS uma vez por ano para realizar exames de rotina aos filhos (entenda-se exame de urina, exame de fezes e do sangue).

Sendo assim, por meio de palestras e conversas foi mudando nesse comportamento, e explicando a importância da puericultura que a mesma não se centra somente na indicação de exames complementares, pois como o próprio nome diz são exames complementares a consulta, visando ao estabelecimento de diagnósticos que a anamnese e o exame físico não são capazes de estabelecer isoladamente, que, além disso, realizam-se outras ações tais como diagnosticar e tratar problemas clínicos em geral, diagnosticar e tratar problemas de saúde bucal,

além de fazer promoção disso, prevenir à anemia e a violência, conhecer o estado das imunizações, promover o aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, insistir na realização do teste do pezinho, avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor, etc. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e na ficha espelho das vacinas.

A UBS possui um arquivo específico para os registros dos atendimentos de puericultura, nesse arquivo é revisado com uma frequência mensal, pela enfermeira e os ACS, e a revisão se fazem com a finalidade de verificar as crianças faltosas, verifica-se a completude dos registros, identificam-se procedimentos atrasados como vacinas, peso e as crianças de risco, permitindo nisso avaliar a qualidade do programa, enviando o relatório a Secretaria Municipal de Saúde.

Não temos protocolo de atendimento de puericultura, mas pelos conhecimentos adquiridos nos anos de trabalho na Atenção Primária de Saúde identificam-se as crianças de riscos e encaminham-se ao pediatra para dar continuidade de atendimento à mesma, encaminhar a outras especialidades ou internação hospitalar.

Durante os atendimentos os profissionais solicitam a caderneta da criança realizando o preenchimento das informações atuais da mesma. Este é um documento que deve ficar de posse da família e que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços. Também nos atendimentos se conversa com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável, explica-se o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, chama-se à atenção sobre as vacinas e sobre o local da caderneta onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, deve-se explicar para os pais como buscar as informações nela.

Na UBS existe o Programa Bolsa Família, sendo a enfermeira e os ACS responsáveis pelo cadastramento das crianças, mas a Enfermeira é quem faz o envio dos cadastros à SMS. Também temos o Programa da Vitamina A e Saúde de Ferro, este último está sendo prejudicado, devido ao fato da entrega do sulfato de ferro para as crianças, não estar sendo disponibilizadas há tempos por não ter existência dele impedindo assim o oferecimento às crianças que tem que fazer uso dele.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura no âmbito da UBS sendo realizado um grupo mensalmente, nas atividades participam a enfermeira, os médicos, os ACS e o odontólogo.

A enfermeira gerente da UBS dedica-se ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, sendo acompanhada nessa tarefa pelos médicos e os Agentes Comunitários de Saúde, realizando semanalmente reuniões

para avaliar e monitorar o programa, produzindo relatórios com os resultados encontrados.

Conhecendo que a puericultura é o conjunto de cuidado que fazem parte da supervisão de rotina de saúde infantil e que tem como objeto a criança sadia e seu alvo é um adulto fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil, posso lhe dizer que devemos continuar trabalhando para a eliminação das deficiências encontradas e assim melhorar o programa de puericultura; pela importância que tem e nossa equipe trabalha em função de atingir um atendimento ótimo iniciado desde a captação precoce do binômio mãe-filho para avaliar todas as ações que devem ser desenvolvidas em relação a saúde da criança.

As UBS devem ser a porta de entrada preferencial das gestantes, porém as ações de saúde nessa área devem ser encaminhadas para acolher suas necessidades proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado da mulher durante a gravidez. Na UBS o atendimento pré-natal é realizado toda a semana de forma planejada, nesse acompanhamento realiza-se quatro dias da semana, dois dias o atendimento é feito pela enfermeira e dois dias pelo médico, e efetua-se nos dois turnos de trabalho. No momento na UBS faz atendimento a 68 gestantes das quais 66 são de nossa área da abrangência e dois fora da área de cobertura da UBS, segundo as estimativas do caderno de ações programáticas deveriam ter 55 grávidas que representam 13 gestantes acima da estimativa, esses dados foram obtidos do registro de gestantes da unidade.

O acompanhamento pré-natal além do médico e da enfermeira é realizado pelo odontólogo, técnicas de enfermagem e de consultório dentário e fisioterapeuta. Após o início do pré-natal a grávida sai da UBS com a próxima consulta agendada, para seu atendimento subsequente, igualmente acontece com o atendimento odontológico e as imunizações, assim como seu encaminhamento para sua avaliação pelo nutricionista. A unidade tem um caderno de planejamento para o agendamento das consultas as gestantes, isso não impossibilita o atendimento de grávidas com problemas de saúde agudos e não existe excesso nessa demanda.

Na UBS não existe protocolo de atendimento pré-natal, e nem regulamentação para o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. O atendimento as grávidas tem como mínimas seis consultas durante sua gestação, uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro, mas, esse atendimento tem suas especificidades já que após a classificação de risco de cada uma delas o acompanhamento torna-se personalizado, nessa classificação a avaliação de risco é feita pelo médico sob a base da classificação da OMS.

Quando as gestantes necessitam de atendimento especializado ou atendimento hospitalar as mesmas são encaminhadas para a Policlínica ou Hospital Regional. Na UBS desenvolve ações no cuidado das gestantes, tais como

diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, assim como saúde bucal e mental, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, também se faz promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividade física entre outras. Os acompanhamentos pré-natais são registrados no prontuário clínico e no formulário especial do pré-natal, o atendimento odontológico é apontado no formulário especial da gestante.

A totalidade das gestantes que recebem atendimento na unidade tanto as da área da abrangência quanto das fora de área recebem as consultas de acordo o calendário do MS, nem todas iniciaram seu atendimento no primeiro trimestre mais tiveram na sua primeira consulta a solicitação dos exames laboratoriais. Sendo que 100% delas foram vacinadas contra a Hepatite B não acontecendo de igual jeito com a vacina antitetânica por não ter existência da mesma em algumas ocasiões no município. Realizou-se exame ginecológico no primeiro trimestre a 100% destas, e nos trimestres posteriores se realiza o exame caso for necessário. Todas receberam prescrição de suplemento de sulfato ferroso, ácido fólico e atendimento odontológico.

Temos existência na UBS do arquivo específico para o registro dos atendimentos as gestantes, o arquivo é revisado semanalmente pela enfermeira com a finalidade de detectar as gestantes faltosas, verificar a completude dos registros e assim avaliar a qualidade do programa. Também temos o Programa SISPRENATAL do MS sendo a enfermeira a responsável pelo cadastramento das gestantes no programa. Recentemente iniciou-se o Programa Rede Cegonha.

Durante os atendimentos o profissional que oferece o mesmo solicita o cartão de pré-natal da gestante, pois a ficha espelho, neste caso o prontuário, já está disponível na consulta e nele se preenche todas as informações atuais da gestante, se conversa sobre alimentação saudável, saúde bucal e mental, explicasse-lhe o posicionamento do peso e chama-se à atenção sobre a data da próxima vacina, promoção à atividade física, o aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido; sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez. Além de o anteriormente relatado informa-se a gestante sobre a anticoncepção no pós-parto, a importância que se realize a revisão puerperal até os sete dias de pós-parto e outra revisão entre os 30 e 42 dias de pós-parto.

A unidade realiza atividades com o grupo das gestantes na própria UBS com uma média de um grupo mensal, o que favorece a criação de vínculo e confiança entre as grávidas e a equipe de saúde, pois nesses grupos tem participação da enfermeira, médico, odontólogo, a técnica de enfermagem, a técnica de consultório dentário e os ACS, contribuindo assim para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Além disso, o percentual que participa de grupos é de 73,9% representadas por 51 grávidas aproximadamente assistindo as atividades, percentual baixo em correspondência com a importância do

grupo, porém o trabalho que está realizando toda a equipe vai encaminhado ao impulsionar e incentivar a presença das gestantes e seus acompanhantes nos grupos. Após a incorporação da fisioterapeuta ao grupo de trabalho à assistência das grávidas e seus acompanhantes esta melhorando.

Na UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal, os profissionais são os médicos, a enfermeira, o odontólogo e os ACS, que se reúnem semanalmente para avaliar e monitorar o programa, utilizando nessa avaliação a fonte de dados do SIAB e confeccionando os relatórios com os resultados encontrados para informar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com uma frequência mensal.

Além do esforço para garantir um ótimo atendimento o programa pré-natal apresenta dificuldades no município para sua efetividade e oferece um atendimento de qualidade tais como escassez de recursos para a realização de exames laboratoriais, que impossibilitam o seguimento das gestantes, sobre tudo aquelas com patologias crônicas fundamentalmente; com a ultrassonografia obstétrica acontece do mesmo jeito que resulta muito difícil sua realização tendo que recorrer às gestantes em algumas ocasiões a sua realização em clínicas privadas. As gestantes com 41 semanas devem ser avaliadas em consulta para conhecer o bem-estar fetal e também não é feito com regularidade, mas continuamos trabalhando para incrementar a qualidade, equidade, e humanidade do programa dentro do município.

Na semana passada realizou-se o II Fórum da Atenção ao Pré-natal onde se estabelecerão pautas para a melhora do programa tais como garantir a realização das ultrassonografias correspondentes segundo o programa de atendimento, preconizado pelo MS, integração de um obstetra para o atendimento das de alto risco, assim como para a realização da consulta de bem estar fetal as 41 semanas, melhora no serviço hospitalar em na sala de alojamento conjunto e com a proposta de construção de um hospital de maternidade.

Nos últimos 12 meses na UBS tiveram 61 puérperas delas o 100% consultou antes dos 42 dias de pós-parto e teve sua consulta puerperal registradas, também 100% recebeu orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre o aleitamento materno exclusivo e sobre o melhor método a utilizar pela puérpera para seu planejamento familiar. Tiveram as mamas, o abdômen e seu estado psíquico avaliado 100% destas puérperas. Também foram avaliadas quanto à intercorrências tivemos duas puérperas que foram encaminhadas ao Hospital Regional para seu atendimento especializado.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que

visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

Em relação à coleta dos exames citopatológico, estes são três vezes por semana, não necessitando de agendamento prévio. São atendidas todas as mulheres com faixa etária entre os 25 e 64 anos correspondente ao programa, temos 779 (67%) mulheres inseridas nesse grupo, mas temos 13 mulheres fora da área da abrangência que também se realizam o exame citopatológico na UBS, acontecimento que foi ocasionado pela enchente que afeta ao município. As usuárias da mencionada faixa etária, ou seja, as 779 mulheres representam um 67% segundo a estimativa do caderno de ações programáticas, que relata um número estimado de 1171 mulheres. As coletas dos exames são feitas pela a enfermeira e o médico geral da UBS

Não existe protocolo de prevenção para o atendimento dos programas de câncer de colo de útero e câncer de mama, mas a experiência obtida durante anos de trabalho na atenção Primária permite conhecer os fatores de risco para nessas doenças e sob eles trabalhar para um bom desempenho do programa.

Na UBS tem disponibilizado um registro onde se anota as mulheres que se realizam a coleta do exame citopatológico, assim como os resultados dos mesmos, além de que o registro não está atualizado com os dados anteriores ao último trimestre temos nesse momento, 11 mulheres com exames alterados e duas mulheres com exame positivo e que foram encaminhadas para o serviço de referência. O registro costuma ser revisado semanalmente com a finalidade de verificar as mulheres com exame de rotina e/ou alterado com atraso, verificar a completude dos registros e avaliar a qualidade do programa, o arquivo é revisado pela enfermeira, o médico e os ACS, mas ainda estamos trabalhando na atualização dos registros.

A equipe da UBS realiza atividades com grupos de mulheres na faixa etária correspondente ao programa de câncer de colo do útero e mama uma vez ao mês, no grupo realizamos ações para orientar as mulheres para o uso do preservativo em todas as relações sexuais, enfatizando aquelas relações casuais, para diminuir a chance de adquirir o papiloma vírus ou outras DSTs, orienta-se sobre os malefícios do tabagismo, e educa-se à mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de útero e mama, nesses grupos participam os profissionais da UBS (a enfermeira, o médico, a técnica de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde). Além disso, esses profissionais dedicam-se à programação, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo de útero, realizando reuniões semanais para avaliar e monitorar o programa, obtendo os dados do SIAB, SISCOLO, prontuários e registros específicos do programa.

Com relação ao programa do câncer de mama o caderno de ações programáticas refere uma estimativa de 272 mulheres entre 50 e 69 anos que são as usuárias sendo que na UBS temos 235 mulheres acompanhadas pelo programa, o que representa um 86,3%, sendo que a UBS realiza todos os dias ações para o rastreamento, reconhecimento dos sinais e sintomas dessa doença, efetuando exames clínicos assim como solicitação de ultrassonografias mamárias e mamografias, essa última começou a se realizar no município há um mês aproximadamente, e é feito a todas as mulheres maiores de 40 anos e os laudos são enviados pela internet emitidos pelos oncologistas. O rastreamento efetua-se oportunístico e organizado nos dois turnos de trabalho tanto as mulheres da área da abrangência quanto as que são de fora da área de cobertura, pois o médico e a enfermeira da UBS, identificando os fatores de risco da doença intervêm para trabalhar na mudança deles. Ao não ter o município mamógrafo ate neste momento se fazia muito difícil ter o controle das mulheres que tenham realizada a mamografia em correspondência com os protocolos estabelecidos, pois somente se realizam neste exame aquelas mulheres que apresentam alguma alteração detectada durante o exame físico ou a ultrassonografia já que a mamografia se realiza em Manaus. Mais e bom sinalar que durante as consultas e nas visitas domiciliares somente se encontrarão 12 mulheres com alterações na mamografia das quais 8 delas estão sendo acompanhadas pelo Mastologista, e se realizam ações para a avaliação das restantes mulheres as quais tem seguimento estrito pela unidade básica.

Após a instalação e funcionamento do mamógrafo começou-se a confeccionar o registro para o monitoramento do programa iniciando o registro com os resultados das mamografias. Ao ter identificadas as mulheres que estão na faixa etária correspondente ao programa em breve vai obter a informação das mulheres com atrasos ou não realização do procedimento, de tal modo se conheceria também aquelas mulheres com alteração da mamografia.

Igualmente que existe um grupo para reunir e abordar temas sobre o câncer do colo de útero na UBS tem constituído um grupo conformado com mulheres para tratar temas referentes ao câncer de mama, o grupo reúne-se todos os meses com a participação do médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS, e abordam temas tais como: o controle do peso corporal estimula-se à prática de exercícios e atividades físicas regularmente, orienta-se sobre fatores de risco como os malefícios do consumo de álcool, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama e outras.

Com relação ao caderno de ações programáticas com o auxílio do prontuário e o registro de exames citológicos se dificulta o preenchimento dos dados com respeito ao programa de câncer de colo de útero, pois a coleta da citologia se faz segundo o programa, mas os resultados como acima se menciona demoram muito

para chegar, às vezes coincide a revisão dos resultados de um exame com a realização do outro, não obstante a todas as mulheres que formam parte do programa tem feita a avaliação de risco para câncer de colo de útero também todas recebem orientação sobre a prevenção das DST e sobre o câncer de colo de útero. Mensalmente realiza-se uma média de exames de mama a 68 mulheres, e de aproximadamente 35 exames de Papanicolau dando uma cobertura suficiente para atender a população alvo, representando um 25% os exames da mama e um 12,8% dos exames de Papanicolau.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade, por tanto o trabalho em correspondência com nesses programas deve ser constante e prioritário.

A DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. O diagnóstico de ambas as doenças não requer tecnologia sofisticada, e nessas doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica. Pela importância do controle nessas entidades na UBS existe o Programa de Hipertensão do MS, onde os ACS são responsáveis pelo cadastramento dos adultos que pertencem ao programa, e é a enfermeira a responsável pelo envio dos cadastros à SMS.

Na UBS tem disponibilizado um dia para a consulta de usuários hipertensos, e também realizado todos os dias de acordo com a demanda espontânea. No atendimento nesses adultos tem participação do médico, a enfermeira, o educador físico, o odontólogo, a técnica de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. Após a primeira consulta o adulto sai da UBS com a próxima consulta agendada para seu problema. Além das consultas programadas para os acompanhamentos existe oferta de demanda de adultos para atendimentos de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM.

Não existe protocolo de atendimento para usuários portadores de Hipertensão Arterial (HAS) nem DM na UBS, também não existe protocolo para regular o acesso dos adultos a outros níveis do sistema de saúde, nesses encaminhamentos já sejam para atendimento nas especialidades ou internação hospitalar se fazem sob a base dos conhecimentos adquiridos durante os anos de trabalho na Atenção Básica.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, e no formulário especial assim como na ficha espelho das vacinas; durante os atendimentos explicam-se aos pacientes como reconhecer sinais de complicação de suas

respetivas doenças, além que são desenvolvidas ações para o cuidado dos adultos portadores de HAS e DM tais como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo, etc.

Na UBS existe um arquivo para os registros dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos, atualmente na unidade temos cadastrados 527 usuários hipertensos, o que representa um 53,6% com relação à estimativa do caderno de ações programáticas que indica um número estimado de 928 usuários maiores de 20 anos com nessa patologia. Igual situação acontece com os usuários que possuem DM onde o número estimado pelo caderno de ações programáticas é de 280 expressando 37% da realidade, pois a unidade atualmente tem cadastrado somente 103 diabéticos, os dados foram recolhidos dos prontuários dos usuários e do arquivo existente na UBS. Dos usuários hipertensos cadastrados 98 tem atrasos na consulta em mais de sete dias representando o 18,5% e 37 usuários diabéticos para um 35,9% nesse fato se apresenta com frequência, pois temos muitos usuários portadores dessas doenças que trabalham no interior do município fundamentalmente nos labores agrícolas.

O arquivo costuma ser revisado com uma periodicidade mensal com a finalidade de conhecer os faltosos do retorno programado, verificar a completude de registros, identificar procedimentos em atrasos, os adultos com HAS e DM de risco e avaliar a qualidade dos programas. Esse arquivo é revisado pela enfermeira, o médico e os agentes comunitários de saúde.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com o grupo de adultos com HAS e DM uma vez por mês no âmbito da UBS, com a participação de profissionais tais como o educador físico, a enfermeira, o médico, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, nessas atividades orientam-se sobre hábitos alimentares saudáveis, realizam-se ações para o controle do peso corporal, estimula-se os usuários para a realização de atividades físicas, os adultos portadores de HAS e DM recebem orientações sobre os malefícios do consumo de álcool, assim como do tabagismo e outras medidas não farmacológicas que são tão importantes quanto às farmacológicas. É bom sinalizar que apesar da realização destas ações ainda temos um baixo número de cadastrados, outros que estão com as consultas em atraso faltando atenção integral.

Em relação aos exames complementares temos também dificuldades em ambas duas doenças com o cumprimento dos mesmos segundo os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 pela demora no agendamento que às vezes tarda até um mês após a data de agendamento para a realização deles, os pacientes hipertensos estão num 68,8% e os usuários diabéticos 69,1% com exames complementares ao dia, somando-se também os problemas apresentados pelo município com as constantes mudanças e a escassez de recursos materiais e humanos para a

realização dos mesmos, mais a totalidade dos adultos hipertensos e diabéticos tem orientação sobre a prática da atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, a avaliação de saúde bucal também apresenta deficiências pela mesma razão anteriormente explicada, porque a UBS não apresenta uma sistematicidade enquanto ao trabalho do odontologista. À totalidade dos usuários diabéticos durante o atendimento se realiza a palpação dos pulsos periféricos e a sensibilidade para a detecção precoce das doenças circulatórias que afetam nesses usuários, nesta atividade se realiza tanto em consulta quanto em as visitas domiciliares.

Na UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos portadores das doenças aqui analisadas, os quais se reúnem mensalmente também a enfermeira que avalia e monitora as ações utilizando fontes de dados como o SIAB, Hiperdia, registros dos atendimentos, de adultos com HAS e DM e os prontuários dos pacientes, da mencionada avaliação se produzem relatórios com os resultados encontrados.

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e pelo cumprimento nesse desafio se trabalha cada dia mais.

O fato mais marcante para a sociedade atual é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido e a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida.

Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia saúde da família têm contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida da população com 60 anos e mais.

Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Com relação ao anterior posso lhe dizer que a UBS Francisco Pereira Batista, realiza o atendimento ao idoso, todos os dias da semana em ambos os turnos de trabalho, geralmente o atendimento é para a população idosa da área de

abrangência embora se algum usuário idoso fora da área precisa de atendimento ele recebe o mesmo, nesse atendimento sempre corresponde à demanda espontânea de problemas agudos, mais não representa uma problemática, pois não existe excesso nessa demanda. Os profissionais que participam nesse atendimento são a enfermeira, o médico geral, o odontólogo, a técnica de consultório do dentista, a técnica de enfermeira, os agentes comunitários de saúde e o educador físico. O paciente idoso sai da consulta com a consulta subsequente já agendada, adunque para os pacientes idosos da área de abrangência também se realiza atendimento de demanda espontânea para problemas agudos. Nas consultas é importante que o idoso venha acompanhado por um familiar o cuidador.

Na UBS não temos protocolos de atendimento para os usuários idosos também tem não protocolo para regular o acesso dos idosos a outros níveis de assistência, apoiados nos conhecimentos adquiridos no transcurso dos anos de trabalho avalia-se ao usuário idoso que precisa de encaminhamento já seja para atendimento por outras especialidades ou encaminhamento para internação hospitalar.

O atendimento dos idosos é registrado no prontuário clínico e nas fichas espelhos das vacinas, pois a unidade básica não tem ficha específica para os idosos isso se faz tanto durante os atendimentos na UBS quanto os atendimentos domiciliares; pois a UBS oferece atendimento domiciliar aos usuários idosos na área de abrangência, os pacientes e seus familiares ou cuidador recebem orientações sobre imunizações, realiza-se promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e saúde mental, entre outras. Também se faz diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de problemas de saúde bucal. Além disso, os profissionais da saúde que participam dos atendimentos aos idosos explicam a ele e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos tais como a HAS, DM, e depressão. Não existe um arquivo específico para o registro dos atendimentos dos idosos. Não existe na UBS caderneta do idoso.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com o grupo de idosos, as atividades realizam-se uma vez por mês no âmbito da UBS, com a participação de profissionais como: educador físico, a enfermeira, o médico, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, nessas atividades orientam-se sobre hábitos alimentares saudáveis, realizam-se ações para estimular aos pacientes para a realização de atividades físicas, e abandono de hábitos como o tabagismo, obesidade, e sedentarismo, assim como os benefícios que brinda para a saúde o abandono dos mesmos.

Além disso, também temos inserido o programa Agita Coari durante o mesmo realizam-se atividades três vezes na semana com os idosos que incluem caminhadas, exercícios físicos palestras etc.

Os profissionais também se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos usuários idosos, os quais se reúnem mensalmente também a enfermeira avalia e monitora ditas ações utilizando fontes de dados como o SIAB e os prontuários, nessa avaliação permitem realizar uma avaliação e produzir relatórios com os resultados encontrados.

Avaliando o Caderno de Ações Programáticas posso lhe dizer que temos cadastrados 293 usuários com idade de 60 anos ou acima nessa faixa etária, sendo que o estimado são 553 idosos para nossa área. Sobre os indicadores da qualidade da Saúde da Pessoa Idosa, que foram avaliados posso lhe dizer que não disponho de algumas das informações solicitadas como: Realizações de avaliação multidimensional rápida, investigação de indicadores de fragilização na velhice e avaliação da saúde bucal em dia, não contaram com o registro de pacientes idosos onde se possa ter um controle de todas as consultas, e o odontologista da equipe não tem disponível os dados que se solicitam no caderno. Com relação ao total de pacientes idosos hipertensos temos 136 (46 %) e diabéticos temos 61 que representa 21% da totalidade, e é de nosso conhecimento que temos que continuar trabalhando na pesquisa nessas doenças em nesse grupo pela fragilidade que representam, porque ao final, envelhecer com saúde é um direito de cidadania. Em relação à orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para prática de atividade física regular temos o 100% dos idosos recebendo nessas orientações.

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, a saúde bucal não está exceta das ações, a incorporação das ações de Saúde Bucal nas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe, com a certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Os profissionais de saúde bucal em nossa unidade realizam atendimento integral da saúde bucal individual e coletiva, a todas as famílias, durante todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho fazendo uma sinalização que isto

acontece quando temos o odontologista na unidade, fato que apresenta muita instabilidade, (a técnica de consultório dentário está presente na UBS para brindar atividades às duas equipes de saúde mais com o odontologista não acontece igual) em na brinda-se atenção a indivíduos e a grupos específicos, dando prioridade aos pré-escolares, escolares, grávidas, idosos, hipertensos e diabéticos, avaliados durante seu atendimento na primeira consulta com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal e definir o plano terapêutico.

Na UBS realiza atendimentos para a população da área de abrangência subdivididas nos diferentes grupos etários que se relacionam no caderno. Em relação às atividades em grupo feitas a dentista da UBS encontrasse trabalhando em esse sentido, agora o grupo priorizado são as escolas, com aplicação de flúor, palestras sobre higiene bucal, já que a maior parte da população só visita ao dentista nos momentos de dor, quando já a dentição está comprometida, e muitas vezes com complicações, pois a cultura da grande massa populacional do Brasil, não é voltada ao cuidado nem preservação da saúde bucal, pelo qual é importante educar sobre a criação de uma cultura de cuidados da saúde bucal e mais importante educar aos pacientes a assistir a consultas planejadas.

Ao realizar o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas posso lhe dizer que temos uma média de procedimentos clínicos por habitantes de 0.5 o que guarda relação com o preconizado pelo Ministério da Saúde,

Com relação à consulta programática segundo os grupos populacionais temos uma grande dificuldade para o atendimento dado pela instabilidade do odontologista anteriormente relatado e a pouca disponibilidade da logística de insumos para os atendimentos, nossa população demanda muito dos serviços de saúde bucal em todos os grupos etários mais quando se brinda este serviço se priorizam grupos de atendimentos como as grávidas, os idosos, e os escolares.

Os percentuais relacionados no caderno de ações programáticas explicam por se mesmos o anteriormente relatado já que os grupos de 15-59 anos e os idosos apresentam um 76 e um 64 por cento respectivamente de atendimentos não programados justificando a chegada dos pacientes para atendimentos de urgências. As grávidas apresentam o 75% dos atendimentos em correspondência com a prioridade dados a neste grupo. As patologias mais frequentes são a carie dental e as doenças periodontais.

A razão entre as primeiras consultas programadas e os atendimentos não programados comporta-se por acima dos 50% em todos os grupos analisados. Atualmente por parte da equipe de saúde bucal em na área de abrangência são feitas atividades educativas sobre as principais doenças bucais, nessas atividades realizam-se na UBS propriamente dita, nas visitas domiciliares assim como nas escolas que se encontram na área, onde se impar tem orientações sobre à

adequada higiene bucal, as técnicas de escovação, a utilização do fio dental, o uso de dentifrícios fluorados, os riscos do uso de álcool e o hábito de fumar entre outras.

Também se está trabalhando com os pacientes que precisam de Próteses Dentárias com a instalação de um laboratório para nesse serviço no município, e adunque o número de próteses dispensadas é ainda insuficiente para abarcar toda a população que precisa de próteses é um passo de avance em relação a melhora da saúde bucal. Além disso, realizou-se um mutirão de cirurgias odontológicas onde se fizeram cirurgias de lábio leporino, cirurgia dental menor e cirurgias dentísticas.

Acho que o trabalho deve melhorar a cada dia temos que manter uma sistematicidade ao continuar desenvolvendo as diferentes atividades com muita responsabilidade por parte de todos os integrantes da equipe e nesse jeito permitirem que os indicadores tenham um avance considerável. Com certeza que pouco a pouco vamos melhorar nessas dificuldades.

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

Na segunda semana de ambientação que tenha o tema da situação da ESF/APS em meu serviço fiz um relatório generalizado nessa situação, envolvendo temas como a infraestrutura geral do município assim como a estrutura física da UBS, sinalizando os programas aos que a UBS da cobertura; mas naquela data só fiz menção dos mesmos e enfatizando o trabalho que se realiza em na prevenção das diferentes doenças por meio de atividades educativas.

Durante o desenvolvimento do relatório aqui feito se faz uma análise mais profunda da situação de saúde da ESF além que ao afundar-nos diferentes programas como atenção pré-natal, saúde da criança, atendimentos a hipertensos, diabéticos e pessoas idosas que constituem uma ferramenta de trabalho que permite a toda a equipe com a participação ativa de toda a população avaliar o desenvolvimento dos mesmos e trazer as mudanças necessárias para cumprir os princípios do SUS (Equidade, Universalidade e Integralidade).

Após fazer a análise destas questões eu pondero que temos toda a equipe da UBS deve trabalhar para o melhor desenvolvimento do trabalho e levar à população um serviço de qualidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A DM e a HAS, são um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Durante o laboro do dia a dia na Unidade Básica se detectou um sub-registro com relação à informação referente aos usuários diabéticos e hipertensos dados por omissão ou não corretos cadastramento nesses usuários, assim como a não integralidade do atendimento nesses usuários, razões pela qual decidi fazer um projeto de intervenção com nesses usuários. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, possui alta prevalência e baixas taxas de controle. No Brasil, os desafios do controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica, apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce.

A DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento dessas pessoas, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais da saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013).

A UBS Francisco Pereira Batista localiza-se no bairro de Chagas Aguiar no município Coari, estado Amazonas tem 13 anos de construção e se caracteriza por ser uma Unidade Básica de Saúde tradicional. Estruturalmente a UBS encontra-se em boas condições construtivas, constituída por uma sala de recepção, dois consultórios médicos, consultório de enfermagem, a farmácia possui boa disposição

para o armazenamento e dispensa dos medicamentos, sala de curativo, sala de ACS, local onde se realizam também as reuniões da equipe e de educação para a saúde, possui também, copa/cozinha, dois banheiros que estão aptos para cadeirantes, consultório odontológico, sala de vacina, apresenta uma rampa que permite o acesso dos usuários com dificuldade de acesso. Na área de abrangência esta composta por uma população de 5528 habitantes dos quais 2678 pertence ao micro área da equipe de saúde onde eu trabalho.

Atualmente na unidade temos cadastrados nas duas equipes, 527 usuários hipertensos, o que representa um 53,6% com relação à estimativa do caderno de ações programáticas que indica um número estimado de 928 usuários maiores de 20 anos com nessa patologia, quanto aos usuários de DM onde o número estimado pelo caderno de ações programáticas é de 280 expressando um 37% da realidade, pois a unidade atualmente tem cadastrado somente 103 diabéticos, os dados foram recolhidos dos prontuários dos usuários e do arquivo existente na UBS.

Para a intervenção utilizaremos os registros do VIGITEL (2011), que se aproximam mais a nossa realidade, onde teremos estimados 841 pessoas com HAS e 207 pessoas com DM. Acredito que a população alvo do foco de intervenção tem bom atendimento e acompanhamento pela ESF, pois se realizam atividades de tais quais: busca ativa de usuários acima de 18 anos com HAS e DM com a verificação da pressão arterial pelo menos uma vez cada ano e exames dos pés pelo menos cada três meses, são feitas palestras sob os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, a importância de uma alimentação saudável, assim como a prática de exercícios físicos, e sobre saúde bucal. Só que estas atividades não são registradas e também não existe uma rotina para a realização das mesmas.

A equipe de saúde já esta se organizando para realizar as ações necessárias para o sucesso da intervenção tentando resolver algumas dificuldades e limitações: não disponibilidade dos equipamentos necessários para a verificação da pressão, glicômetros, existe muita demora com a realização dos exames complementares assim como na entrega dos resultados dos mesmos. O município ainda não conta com protocolos de ação destas doenças dificultando a identificação e trabalho com os fatores de risco cardiovascular na população alvo.

Considerando todos os aspectos acima citados, propõe-se o seguimento associado dessas patologias na rede de atenção básica de saúde (UBS) e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta destes dois fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Com nossa intervenção buscamos melhorar a qualidade no atendimento das pessoas com as doenças alvo da intervenção, levando, por conseguinte uma melhora na qualidade de vida desta população, e construindo assim linhas de trabalho para no futuro e melhorando a universalidade e integralidade da atenção primária.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Francisco Pereira Batista, Coari/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Francisco Pereira Batista, no Município de Coari, estado Amazonas. No período entre novembro de 2015 a janeiro de 2016. Participarão da intervenção os usuários que possuem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de abrangência da unidade de saúde, estimam-se segundo a planilha de coleta de dados que tenhamos 841 pessoas com HAS e 207 pessoas com DM. Para a realização da intervenção utilizaremos os instrumentos

disponibilizados pelo curso (PCD e ficha espelho), assim como material burocrático para a realização das ações.

2.3.1 Detalhamento das ações

COBERTURA

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas é preciso o cadastramento dos usuários a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Contando com a ajuda das ACS se pesquisarão o 100% da população maior de 18 anos portadores das doenças alvos do estudo e o médico e a enfermeira farão o monitoramento desta atividade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: O médico e a enfermeira todas as semanas monitorará a atualização do cadastro destes usuários, onde serão utilizados as fichas espelho e os prontuários clínicos para a verificação dos registros realizados, ficando esta ação sob a coordenação do médico da unidade.

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

Detalhamento: Será garantido a todos os que procurarem a UBS, um acolhimento adequado, e desenvolvido por toda a equipe, onde será acolhido inicialmente pela recepção e encaminhado se necessário para atendimento qualificado para a equipe da unidade de serviço. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanómetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na UBS,

Detalhamento: Para isso será feita contato com a coordenação e o gestor para a compra dos materiais necessários para a intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do medico e da enfermeira da unidade.

Engajamento público

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

Detalhamento: Para isso o médico, juntamente com a coordenação e o gestor em saúde farão uso da radio do município semanalmente, para a difusão do projeto, assim como a utilização de cartazes e folders explicativos na unidade. A mencionada divulgação se vai fazer também na UBS e nas visitas domiciliares por intermédio da equipe na UBS. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico.

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

Detalhamento: Para isso se farão conversas na UBS e nas visitas domiciliares por mediação de toda a equipe de saúde. Ficando esta ação sob a responsabilidade do medico e da enfermeira da unidade.

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

Detalhamento: Para isso se farão conversas na UBS e nas visitas domiciliares por mediação de toda a equipe de saúde. Ficando esta ação sob a responsabilidade do medico e da enfermeira da unidade.

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

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e das intervenções que se farão na radio local, assim como conversas que se farão semanalmente na unidade de saúde. Ficando esta ação sob a responsabilidade do medico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da pratica clínica

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

Detalhamento: Será realizada uma capacitação a nível municipal com todos os profissionais que estão fazem parte da equipe de saúde, utilizando os cadernos de atenção numero 36 e 37 do MS, para a administração das palestras, sobre o foco de intervenção, sendo elaborada uma listagem com os temas a serem abordados nas capacitações na primeira semana da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do

hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será feita pela enfermeira uma capacitação para os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, na primeira semana da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

QUALIDADE

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Serão realizadas em cada consulta, sendo a enfermeira e a médica no final dia após as consultas, verificarão as fichas espelhos analisando os registros feitos se a solicitação de exame de acordo está de acordo com protocolo; se foram verificados nas fichas de acompanhamento, nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados sobre os usuários a solicitação e/ou realização dos exames conforme protocolo do MS. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico, distribuirão a cada membro da equipe a tarefas a serem realizadas, em uma reunião inicial no início da intervenção definido junto à equipe, as atribuições de cada, de acordo com sua qualificação. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de hipertensão e diabetes adotados pela UBS, do MS.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação a nível municipal, no início da intervenção, sendo reforçada semanalmente nas reuniões de equipe, realizada na unidade de saúde com a presença de todos os profissionais de saúde da unidade, palestrando sobre o foco de intervenção, onde os temas terão um cronograma elaborado pela equipe de saúde. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será elaborado no início da intervenção um cronograma com os temas a serem abordados nas atividades educativas, utilizando os cadernos de atenção básica, para o desenvolvimento da ação, a capacitação será feita no início da intervenção e cada semana. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Dispor dos Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 de HAS e DM do MS impressa na UBS.

Detalhamento: A enfermeira solicitará antes do início da intervenção a impressão deles aos gestores na SMS, sendo estes disponibilizados a toda a equipe de saúde.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento: Será desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e conversas na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e conversas na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para HAS e DM.

Detalhamento: A enfermeira e o médico farão a capacitação da equipe de saúde, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Detalhamento: Sendo a enfermeira e a médica no final do dia, após as consultas, verificarão nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados sobre os usuários se todos os procedimentos foram realizados. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: A enfermeira e o médico definirão o membro da equipe a ser responsável pela ação, sendo esta definida, em uma reunião inicial no início da intervenção. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira coordenará com os funcionários da recepção o controle do agendamento com avaliação semanal, de maneira que venha acolher a todos que procurarem a unidade de serviço. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de hipertensão e diabetes adotados pela UBS.

Detalhamento: Será feita no auditório do Hospital Regional do Coari (HRC) uma capacitação municipal no início do foco de intervenção para todos os profissionais envolvidos no projeto pelos médicos que estão fazendo sua intervenção com nesta mesma linha de trabalho e reforço nas reuniões da equipe semanalmente, no nível da UBS. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

Detalhamento: Foi acertado com o gestor da SMS, a necessidade de encaminhamentos especializados, com as diferentes instituições do município. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico da unidade.

Ação: Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Detalhamento: A médica e a enfermeira solicitará a disponibilidade dos monofilamentos aos gestores na SMS. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Atividade esta será organizada pelo médico e desenvolvida diariamente pelo médico e a enfermeira nas consultas, assim como nas visitas domiciliares. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação no nível da UBS com todos os profissionais que estão fazendo parte da equipe de saúde, utilizando os cadernos de atenção número 36 e 37 do MS, para a administração das palestras, sobre o tema a ser abordado na capacitação. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizada semanalmente, onde a enfermeira e a médica farão a revisão dos procedimentos realizados, verificando nos prontuários e fichas espelhos dos usuários se todos os exames foram solicitados e /ou avaliados conforme preconizado nos caderno de atenção básica do MS. Ficando sob a coordenação de médico e enfermeira da unidade de serviço.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a revisão dos procedimentos realizados, verificando nos prontuários e fichas espelhos dos usuários se todos os exames foram solicitados e /ou avaliados conforme preconizado nos caderno de

atenção básica do MS. Ficando sob a coordenação de médico e enfermeira da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares, aos usuários de diabetes e/ou hipertensão.

Detalhamento: O médico diariamente nas consultas e nas visitas domiciliares fará as solicitações necessárias, conforme preconizadas nos cadernos de atenção básica do MS, solicitando junto ao gestor público a garantia da realização dos exames solicitados. Ficando sob a coordenação de médico da unidade de serviço.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no caderno de atenção básica aos usuários de diabetes e/ou hipertensão.

Detalhamento: A médica e a enfermeira solicitará a realização deles no menor tempo possível aos gestores na secretaria municipal de saúde. Ficando sob a coordenação de médico da unidade de serviço.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados, aos usuários com hipertensão e /ou diabéticos.

Detalhamento: Será estabelecida junto à gestão uma alertada sobre a importância dos exames complementares, a ser identificado nos exames solicitados, a necessidade de execução. Ficará a ação sob a responsabilidade do médico da unidade.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e falatórios na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local. Ficando sob a coordenação de médico e enfermeiro da unidade de serviço.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e falatórios na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local. Ficando sob a coordenação de médico e enfermeira da unidade de serviço.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo de HAS e DM adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Será feita no auditório do HRC uma capacitação municipal no início do foco de intervenção para todos os profissionais envolvidos no projeto, utilizando os cadernos de atenção número 36 e 37 do MS, para a administração das palestras, sobre o tema a ser abordado na capacitação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Esta ação será coordenada pelo o médico juntamente com a responsável pela farmácia, onde semanalmente, farão a análise junto a os medicamentos dispensados na planilha de estoque, e nas as fichas espelhos, verificando o acesso dos usuários, e os medicamentos dispensados. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a técnica responsável pela farmácia.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O funcionário da farmácia realizara esta atividade semanalmente, analisando a necessidade de reposição, onde informará esta a responsável pela farmácia.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou cadastrados na UBS.

Detalhamento: O funcionário da farmácia com a enfermeira fará nessa atividade semanalmente, conferindo na planilha semanal de dispensação de medicamentos. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a técnica responsável pela farmácia.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e conversas na UBS, visitas domiciliares e nas intervenções que se farão na radio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da pratica clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A enfermeira e a médica farão a capacitação da equipe de saúde com a colaboração dos demais membros da equipe, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

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

Detalhamento: As capacitações serão realizadas semanalmente, contando com o apoio e participação dos demais membros da equipe, verificando as alternativas de acesso dos medicamentos aos usuários portadores de HAS e DM. Está ação ficará sob a responsabilidade do médico e da responsável pela farmácia.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Sendo a enfermeira e a médica em conjunto com odontólogo no dia a dia nas consultas.

Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: A enfermeira e a médica farão em conjunto com odontólogo, onde serão avaliadas as necessidades dos usuários que necessitam de atendimento odontológico, onde os encaminhamentos serão feitos pelos profissionais de saúde, verificando estes nas fichas de acompanhamento. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a equipe de saúde bucal.

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

Detalhamento: O enfermeiro e o odontólogo em conjunto verificarão semanalmente nos registros realizados na ficha espelho dos atendimentos clínicos realizados, a necessidade de atendimento, e agendando o usuário, onde ficarão vagas para os usuários com DM e HAS. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a equipe de saúde bucal.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e conversas na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade e da equipe de saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico juntamente com a equipe de saúde bucal, farão a capacitação da equipe de saúde, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico, e da equipe de saúde bucal da unidade.

ADESÃO

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no caderno de atenção básica.

Detalhamento: A fiscalização semanal será feita pela enfermeira verificando os usuários faltosos, nas fichas espelhos, fazendo um planejamento em conjunto com ACS para visitar em suas casas. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e/ou diabéticos faltosos.

Detalhamento: A enfermeira informará semanalmente as visitas domiciliares dos usuários hipertensos e/ou diabéticos a serem realizadas, aos ACS. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Informando aos funcionários da recepção a reserva de vagas na agenda para aqueles usuários que cheguem provenientes das buscas ativas, e encaminhados pelos ACS, que deverão ter prioridade da agenda. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico e a enfermeira com o ajuda de palestras e falatórios na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Sendo recolhidas pelos ACS nas visitas domiciliares as diferentes sugestões e analisadas semanalmente na reunião da equipe. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico e a enfermeira com o ajuda de palestras e conversas na UBS e visitas domiciliares. Está ação ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Qualificação da pratica clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A enfermeira e o médico farão a capacitação da equipe de saúde, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

REGISTROS

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Com o auxilio dos ACS e a enfermeira será avaliado semanalmente os registros dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, analisando se todos os registros estão de acordo com o preconizado pelo MS, utilizando os cadernos de atenção básica para desenvolver esta ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS de pessoas com hipertensão e/ou diabetes atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável de informar e encaminhar as informações para digitação na SMS, encaminhando estas semanalmente. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Os funcionários da recepção colocarão junto ao prontuário a ficha espelho dos usuários com HAS e DM, que comparecem a unidade para

atendimento, disponibilizando esta a todos os profissionais da unidade. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será organizado junto à equipe de saúde um sistema de registro, contendo todas as informações necessárias e preconizadas nos manuais do MS, em cada atendimento clínico realizado, e que estes fiquem a disposição de todos os profissionais da unidade de serviço, onde as atividades serão diariamente registradas, pelo profissional que executar a ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis por esta atividade.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta de pessoas com hipertensão e diabetes, 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: O médico e a enfermeira organizarão um caderno específico com estes registros em especial, onde também será estabelecido um sinal de alerta em vermelho nas fichas espelhos dos usuários. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por esta atividade.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Atividade nesta desenvolvida pelo médico a enfermeira e os restantes membros da equipe por intermédio de conversas na UBS e visitas domiciliares, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa e/ou diabéticas.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação, onde no início da intervenção e semanalmente, a enfermeira, o médico e os demais membros da equipe, farão a capacitação, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os

temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção, em reunião na unidade de serviço, será orientado, sobre a importância do preenchimento de todos os registros dos procedimentos clínicos realizados, assim como a avaliação semanal de sua adequada utilização. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

AVALIAÇÃO DE RISCO

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A organização desta ação será feita na unidade, pelo médico e a enfermeira, verificando nas fichas espelhos, quantos usuários fizerem avaliação de risco e quanto dele precisa uma atenção mais especializada. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco, garantindo o atendimento priorizado dos usuários que apresentem em sua avaliação um risco cardiovascular.

Detalhamento: Será feita a verificação dos encaminhamentos realizados, assim como providenciado seu encaminhamento para atendimento especializado. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, garantindo o atendimento destes usuários que cheguem à unidade.

Detalhamento: Será garantindo o atendimento imediato, assim como seu encaminhamento para serviço especializado. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Atividade nesta desenvolvida pelo médico e a enfermeira com o ajuda de palestras e conversa na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico e a enfermeira com o ajuda de palestras semanais e conversa na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação na unidade de serviço, com os médicos que estão realizando o foco de intervenção com nestas doenças, nesta capacitação se entregará impresso aos membros da equipe o escore de Framingham. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico da unidade.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação na unidade de serviço, na reunião de equipe, no início da intervenção, com todos os profissionais da equipe multiprofissional, enfatizando sobre a importância dos registros das ações desenvolvidas na unidade de serviço, demonstrando a ação na ficha espelho para HAS e DM. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico da unidade.

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

Detalhamento: Será realizada uma capacitação na unidade de serviço, na reunião de equipe, no início da intervenção, com todos os profissionais da equipe multiprofissional, em relação a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, utilizando para isto os cadernos de atenção básica do MS, sendo esta

desenvolvida na unidade de serviço, aproveitando as reuniões semanais de equipe, para a capacitação, sobre para HAS e DM. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico da unidade.

PROMOÇÃO DE SAÚDE:

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Através de parceria de o médico com a nutricionista da policlínica para o envio de contra referência dos usuários alvos do estudo que são avaliados por ela, sendo que semanalmente será verificado nas fichas espelhos analisando os registros feitos sobre orientação nutricional, e a necessidade de encaminhamento. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da nutricionista da unidade.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos um café da manhã com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo este realizado na unidade de serviço, mensalmente. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e a nutricionista da unidade de serviço.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será conversado com o gestor público, no início da intervenção, sobre a importância de envolver outras instituições nas ações desenvolvidas. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da nutricionista da unidade de serviço.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Atividade nesta desenvolvida pelo médico, a enfermeira e a totalidade da equipe envolvida neste trabalho com o ajuda de palestras semanais e

conversa na sala de espera na UBS, assim como nas visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local, também serão afixados folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da nutricionista da unidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será feita a capacitação no início da intervenção, pela nutricionista da unidade, enfatizando sobre práticas de alimentação saudável, de acordo com manuais do MS. Ficando esta ação sob a responsabilidade da nutricionista da unidade de serviço.

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

Detalhamento: Será feita a capacitação pelo médico da equipe, no início da intervenção, sobre como devem ser os meios metodológicos, a serem utilizados nas orientações disponibilizadas aos usuários, utilizando os cadernos de atenção de básica, e a mesma linha metodológica, para desenvolver esta ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: No caderno que se utilizará para fins nesta intervenção a enfermeira semanalmente avaliara se os membros da equipe oferecerão a os usuários alvos nesta intervenção as orientações da realização de atividade física e preencherá os dados correspondentes a nessa orientação na ficha espelho. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Mantendo em funcionamento a realização do programa Agita Coari que é municipal, constituído pelas autoridades da prefeitura que está organizado já há alguns meses com a participação dos usuários hipertensos e/ou

diabéticos, onde providenciaremos e garantiremos junto ao gestor público a participação de nossos usuários na ação desenvolvida. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e a enfermeira da unidade.

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

Detalhamento: Mantendo as atividades que se estão desenvolvendo no município nestes momentos.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Atividade esta desenvolvida pelo médico, a enfermeira e a totalidade da equipe envolvida neste trabalho com o ajuda de palestras semanais e conversas na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local, assim como também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico farão a capacitação da equipe de saúde, no início da intervenção, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

Detalhamento: Será feita a capacitação pelo médico da equipe, no início da intervenção, sobre como devem ser os meios metodológicos, a serem utilizados nas orientações disponibilizadas aos usuários, utilizando os cadernos de atenção de básica, e a mesma linha metodológica, para desenvolver esta ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: No caderno que se utilizará para fins nesta intervenção a enfermeira semanalmente avaliara se os membros da equipe oferecerão a os usuários alvos nesta intervenção as orientações sobre os riscos do tabagismo e preencherá na ficha espelho os dados correspondentes a nessa orientação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: Far-se-ão parcerias com o gestor do programa no município para garantir o cumprimento e execução desta atividade. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Atividade nesta desenvolvida pelo médico, a enfermeira e a totalidade da equipe envolvida neste trabalho com o ajuda de palestras semanais e conversas na UBS, nas visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local, fazer parceria com o CAPS, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento: A enfermeira e o médico, juntamente com o apoio do psiquiatra do município, farão a capacitação da equipe de saúde, sendo esta feita no início da intervenção, aproveitando o espaço da reunião da equipe. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

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

Detalhamento: Será feita a capacitação pelo médico da equipe, no início da intervenção, sobre como devem ser os meios metodológicos, a serem utilizados nas orientações disponibilizadas aos usuários, utilizando os cadernos de atenção de

básica, e a mesma linha metodológica, para desenvolver esta ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: No caderno que se utilizará para fins nesta intervenção o médico semanalmente avaliará na ficha espelho, se os membros da equipe oferecerão aos usuários alvos nesta intervenção as orientações sobre higiene bucal, verificando se foram preenchidos na ficha espelho todos os dados correspondentes a nessa orientação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico da unidade de serviço.

Organização e gestão dos serviços

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

Detalhamento: Em parceria com a odontóloga da UBS nas reuniões de equipe de cada semana, a equipe se organizará sobre tempo médio necessário para os atendimentos de saúde bucal, também sobre a necessidade, das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico, da enfermeira, juntamente com a equipe de saúde bucal.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Atividade nesta desenvolvida pelo médico, a enfermeira e a totalidade da equipe envolvida neste trabalho com o ajuda de palestras semanais, e conversas na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local, apoiando-nos a dentista da UBS, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico, enfermeiro e dentista da unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: No início da intervenção, será feita uma capacitação desenvolvida pela equipe de saúde bucal, na unidade de saúde, utilizando o espaço de reuniões semanais para a realização da mesma, orientando e esclarecendo a equipe, que as orientações podem ser fornecidas a cada atendimento clínico e/ou procedimento realizado. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço, juntamente com a equipe de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para o desenvolvimento das ações conseguimos conversar com toda a equipe, e acordamos que durante as reuniões de sextas feiras vamos fazer uma agenda de trabalho com todas as atividades e as ações que vão ser desenvolvidas no decorrer das semanas.

Para realizar a intervenção no programa de Atenção as Pessoas Hipertensas e/ou Diabéticas, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica n 37 Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica n. 36. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Utilizaremos a Caderneta de Hipertensão e Diabetes, utilizando a ficha espelho disponível. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, no dorso da ficha espelho se incluirá a informação correspondente à saúde bucal, pois nas consulta do medico e a enfermeira em conjunto com na equipe de saúde bucal, fara a avaliação odontológica dos usuários alvos do estudo, sendo encaminhados para o serviço naqueles usuários que precisem do atendimento odontológico. Estimamos alcançar com a intervenção o 30% das 841 pessoas estimadas pelo VIGITEL com HAS, onde são estimados cadastrar 252 usuários hipertensos e 40% dos 207 usuários estimados pelo VIGITEL com DM, onde são estimados cadastrar 83 usuários diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as 600 fichas espelhos necessário para o desenvolvimento da intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha manual de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes que vieram ao serviço para consulta de Hipertensão nos últimos três meses. A enfermeira 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.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Atenção as pessoas hipertensas e/ou diabéticas para que toda a equipe utilize esta referência. Esta capacitação ocorrerá semanalmente na própria UBS, no espaço da sala das ACS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual

técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Nessa capacitação será dirigida pelo médico e a enfermeira assim como o odontólogo quando sejam temas da capacitação os referentes à odontologia.

O acolhimento dos usuários que participarão desta intervenção na UBS será feito da seguinte forma: o acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e pelos demais membros da equipe onde serão acolhidos os usuários com hipertensão e diabetes e encaminhados conforme suas necessidades para escuta qualificada com a equipe de saúde com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento. Usuários que busquem consulta de rotina estes terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. Os usuários hipertensos e diabéticos que vierem a consulta de Hiperdia sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas as pessoas hipertensas e diabéticas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para atendimento clínico. Para agendar as pessoas com hipertensão e diabetes proveniente da busca ativa serão reservadas 12 consultas por semana, acordando as datas com os ACS, e a agenda da unidade de serviço.

Também vamos esclarecer e informar a comunidade sobre a importância da realização da consulta de acompanhamento e controle aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes e sobre as facilidades de realizá-la na UBS de forma regular. Esclarecer a comunidade sobre atenção prioritária dos usuários com essas doenças na UBS.

Faremos contato com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da consulta de rotina de diabéticos e hipertensos, na UBS e na escola que fica perto da UBS. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos que não assistem a consulta e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Faremos cartazes e folders para este fim que serão elaborados pela equipe e impressos na secretaria de saúde.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, medicamentos ou vacinas em atraso. Os ACS farão a busca ativa de todas as pessoas hipertensas e/ou diabéticas em atraso, estima-se 10 por semana totalizando 48 por mês. Ao fazer a busca já agendará aos usuários hipertensos e/ou diabéticos para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha manual.

Ter garantido o material para a tomada das medidas antropométricas, da pressão arterial, peso e IMC (esfigmomanômetro, balança, fita métrica, manguito,

calculadora) na UBS, assim como as folhas brancas para a impressão das fichas espelhos, também as canetas. Garantir uma câmara fotográfica para a toma de evidencia fotográfica do projeto e a PC onde será vertida a informação recolhida. Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, peso e medidas antropométricas. A enfermeira preencherá todos os dados na ficha espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e no prontuário. O material necessário para este fim será solicitado para o gestor.

Realizar as pessoas hipertensas e/ou diabéticas a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Orientar os usuários portadores nessas doenças quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco e capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação em quanto à estratégia para o controle dos fatores de risco, modificáveis como alimentação e tabagismo. A enfermeira preencherá todos os dados na ficha espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e no prontuário clínico.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés. Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares. Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada. A enfermeira preencherá todos os dados na ficha espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e no prontuário clínico.

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Orientaremos pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. A enfermeira preencherá todos os dados na ficha espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e no prontuário clínico.

Para a coleta de dados e alimentação da planilha eletrônica dos registros da intervenção de intervenção, realizaremos ao término do expediente onde a cada dia, serão preenchidos os dados da PCD no computador da UBS pelo funcionário da recepção responsável pelo programa. Os resultados serão avaliados e analisados em dia de reunião da equipe no espaço dela e ao término da mesma se conferirá o realizado durante a semana, e se discutirão as ações, atividade nesta que será feito pelo médico ou a enfermeira,

No atendimento a saúde bucal, depois de avaliado na consulta ou nas visitas domiciliares, pelo médico ou a enfermeira os usuários que requeiram de atendimento bucal tenderão priorizado seu atendimento na consulta de odontologia, atividade nesta que será coordenada em conjunto com o odontologista, onde este serão realizado parceria este para o atendimento priorizado aos usuários que necessitem de atendimento bucal.

As atividades coletivas com os usuários se realizarão conversas, cafés de manhãs assim como palestras oferecidas pelo médico ou a enfermeira, também serão realizadas atividades educativas coletivas com a comunidade, se realizará conversas, palestras, jogos de participação educativa no cenário da UBS e nas áreas esportivas da área de abrangência oferecidas pelo médico ou a enfermeira e o apoio dos educadores físicos. O café da manhã será organizado pela equipe de saúde.

Para a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, as responsáveis nesta atividade serão as ACS nas visitas domiciliares, após a identificação destes nas fichas espelhos, sendo feito pelo medico ao final de cada semana.

Os resultados da intervenção serão apresentados aos gestores e comunidade, ao término desta, onde serão apresentados e discutidos os resultados obtidos assim como as ações a concretizar com os gestores e os líderes da comunidade, no cenário da UBS.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Após a definição do foco de intervenção, objetivos e metas, justificativa de intervenção, se definiu a logística que era necessária para a intervenção, tais como esfigmomanômetros, glicômetros, folhas brancas para a confecção das fichas espelhos. Com a logística se apresentaram problemas, pois além de haver tido uma reunião com as autoridades do município antes do início da intervenção onde se solicitou toda a logística ao começo da mesma não tenha-se nada do necessário e solicitado, as folhas brancas e o esfigmomanômetro utilizado foi comprado do meu bolso, e o glicômetro utilizado foi meu glicômetro pessoal. Confeccionou-se também um cronograma das atividades a realizar que nos permitiu de um jeito organizado encaminhar o trabalho.

A primeira ação foi à capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Atenção de Hipertensão e Diabetes, a mesma se efetuou ao início da intervenção e foi muito bem desenvolvida tendo uma boa aceitação por parte dos integrantes da equipe, sendo que apresentamos o projeto de intervenção para eles e posteriormente para os usuários que visitarão a unidade nessa semana.

Durante a capacitação oferecemos uma ampla explicação com relação às doenças alvos da intervenção, se fez uma comprovação de como conferir corretamente a pressão arterial, foi exibida uma apresentação em Power Point com os aspectos fundamentais dessas patologias. De igual forma com o auxílio da técnica de enfermagem se demonstrou o jeito correto de fazer o teste de glicose com o glicômetro. Para avaliar os resultados da capacitação oferecida foi solicitado que todos realizassem a aferição da PA uns nos outros a fim de que verificássemos possíveis erros que poderiam acontecer na realização desse procedimento. Ao final dessa primeira capacitação eu organizei e ofereci a equipe um lanche para que pudessemos confraternizar e trocar ideias.

Conferiu-se também o papel que cada membro da equipe desempenharia durante a intervenção, essa atividade de capacitação continuou se desenvolvendo desde o início da intervenção, também foram colocados cartazes com a publicação

dos objetivos da intervenção, assim como a divulgação pela rádio municipal da realização da mesma.

Durante o acolhimento na sala de espera falamos da importância da intervenção e da atenção prestada a pessoas com hipertensão e diabetes, sendo que estas informações eram passadas sem usar muitas palavras técnicas, pois atendemos uma população com baixo nível cultural, educacional e socioeconômico, assim conseguimos transmitir a mensagem certa e com fácil entendimento, dessa forma conseguimos também que eles atuassem como multiplicadores da intervenção.

Também realizamos a revisão do livro de registro identificando todas as pessoas com hipertensão e diabetes que vieram a consulta de Hiperdia nos últimos três meses, e elaboramos uma estratégia para a busca de todas elas nos 15 dias subsequentes a fim de colocar em dia o protocolo de atenção do MS. As buscas foram realizadas tanto nas consultas de demanda espontânea como nas visitas domiciliares.

Posteriormente iniciamos o cadastro dos usuários da população alvo trabalho que até hoje continuamos fazendo, mas esta tem sido uma das maiores dificuldades da intervenção, pois não temos disponibilidade de equipamentos suficientes para aferir PA, e realizar testes de glicose (esfigmomanómetro e glicómetro), ainda esperamos pela colaboração das autoridades do município que referiram já ter solicitado a compra dos mesmos.

A fim de que a intervenção ocorresse da melhor forma possível eu adquiri um esfigmomanómetro do meu bolso e glicómetro que se utilizo nas visitas domiciliares, foi meu glicómetro pessoal.

Fora nessas dificuldades, no ambiente da UBS sempre ficou muito focado a realização da intervenção, sendo que todos os dias se realizavam os cadastramentos dos novos usuários que vinham da demanda espontânea tinham também o dia específico para atendimento desse público que era nas terças-feiras.

Com relação aos usuários faltosos e a busca ativa, tivemos alguns problemas, pois temos usuários que pertencem à área de abrangência, mas vão para o interior do município para trabalhar na lavoura e ficam lá durante alguns meses, sendo impossível realizar contato com eles.

Realizamos orientações de promoção da saúde todos os dias na sala de espera, sempre abordando algum tema diferente, tirando dúvidas dos usuários, e em alguns momentos contávamos com a participação de algum outro profissional como nutricionista e fisioterapeuta.

Quanto à atividade em grupo para estes usuários não foi possível ser feita devido às mudanças de equipe que tivemos no decorrer da intervenção, sendo que tivemos duas trocas de enfermeiros após o começo da intervenção, pois quando a intervenção estava com um bom andamento a enfermeira saiu por problemas

políticos, e no segundo mês da intervenção tivemos a troca de todos os ACS. Este fato nos levou a usar o tempo disponível para fazer a capacitação dos novos integrantes da equipe, sendo que a partir de agora vamos conseguir dar melhor andamento as atividades.

A capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas foi uns dos objetivos da intervenção que mais afetado resultou devido as constantes mudanças do pessoal encarregado nesta tarefa, pois os Agentes Comunitários de Saúde foram trocados durante a intervenção, por exemplo, tínhamos três ACS mais integrados com a intervenção, pois eram os mais antigos e tinham um melhor conhecimento do seu trabalho, saíram e no seu lugar entraram outros, começou-se a treinar aos novos e aos poucos dias nesses saíram também voltando outros ACS que pertenciam a outra UBS.

Sendo assim, a intervenção precisou um esforço extra, pois às vezes não é suficiente à vontade de fazer, com a chegada das festas natalinas e as mudanças anteriormente mencionadas se adicionou a saída de férias dos ACS (aqueles que vieram de outra unidade), diminuindo assim o número de buscas ativas.

Quanto à busca ativa dos faltosos não conseguimos a totalidade desse indicador na PCD, mas isso é resultado do tempo que eles vão para o interior do município para trabalhar. Geralmente estes usuários ao voltar para suas casas fazem também o retorno das consultas sem a necessidade de realização de busca ativa, mas a fim de monitoramento da nossa intervenção os consideramos como faltosos e com necessidade de realização da busca ativa.

Uma grande dificuldade que tivemos durante a intervenção foi a saída dos ACS, que foram trocados por outra equipe durante a intervenção. Este fato nos causou muita frustração, pois já havíamos realizado a capacitação e eles estavam muito comprometidos com a intervenção.

Logo que os novos ACS entraram tivemos que realizar novamente a capacitação e, além dos mais eles nunca haviam trabalhado nesta função então estavam em fase de aprendizagem, inclusive conhecendo a população de suas micro áreas.

O mês de dezembro foi outra dificuldade enfrentada durante a intervenção, pois durante nesse mês tivemos vários dias feriados o que diminuiu consideravelmente o fluxo de usuários coisa que acontece normalmente com a chegada das festas natalinas e a virada do ano, impossibilitando-nos fazer o outro encontro de educação em saúde com os usuários cadastrados na intervenção.

Com relação à saúde bucal posso relatar que em princípio tivemos uma boa parceria com a equipe, sendo que o trabalho com o odontólogo começou se desenvolvendo como programado. Referenciamos usuários que necessitavam deste serviço, alguns deles nunca haviam consultado com odontólogo apesar de precisarem. Tínhamos disponibilidade de vagas diárias do odontólogo após as consultas médicas ou de enfermagem para os que precisavam.

Só que com a troca de funcionários da UBS o odontólogo também foi retirado, sendo que fazíamos a avaliação de necessidade de atendimento odontológico e tentávamos agendar a consulta para o novo odontólogo que tinha disponível poucos horários para este público e praticamente atendia apenas as emergências.

Um aspecto positivo foi a presença da nutricionista durante praticamente toda a intervenção trabalhando de maneira sistemática na Unidade Básica. Isso foi muito positivo para nossa intervenção, pois os usuários recebiam orientação nutricional especializada, além disso, se deu seguimento naqueles usuários que apresentavam elevados valores nas taxas de colesterol e triglicéridos lhes indicava uma dieta restrita para a diminuição das mesmas, isto foi muito significativo para nós, pois ao serem avaliados em consulta subsequente se conferia a eficácia da dieta indicada pela especialista.

A disponibilidade de medicamentos constitui-o outro grande problema, pois as maiorias dos medicamentos para estes usuários estavam ausentes das farmácias há muitos meses, isso gerou que os cadastrados tinham que comprar os mesmos nas drogarias a preços altos ou abandonar os tratamentos por falta de recursos econômicos para a compra deles. A medida que a intervenção foi avançando a disponibilidade dos medicamentos na farmácia da UBS melhoraram, a farmácia ficou mais abastecida com os mesmos facilitando a aquisição deles pelos usuários pertencentes ao programa.

Ainda a disponibilidade não cobre a totalidade dos usuários, mas a melhora é notável. Além disso, foram inauguradas no município duas farmácias populares aumentando assim a possibilidade de adquirir os medicamentos de graça ou a preço baixo, também, a Central de Medicamentos está disponibilizando medicamentos na mesma Central de Distribuição, ajudando ainda mais ao não abandono de tratamento por falta de medicamentos.

Desde o início da intervenção apresentamos problemas com a realização dos exames complementares pela demora dos mesmos em alguns casos e a impossibilidade da realização de todos os exames em outros casos. Continuamos ainda apresentando esses problemas, mas mesmo assim estamos conseguindo o retorno dos usuários, e nas últimas semanas da intervenção a melhora neste sentido foi considerável o que nos permitiu a avaliação da estratificação de risco cardiovascular, item esse importante na melhora da qualidade da atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que é nosso objetivo.

A intervenção foi discutida com a comunidade tendo muita aceitação por parte desta e sentindo-se agradecida pela atenção obtida, desejando que esse atendimento continue assim. Os gestores do programa Mais Médicos sempre estiveram presentes do desenvolvimento da intervenção e com eles também se discutiram os ganhos e dificuldades. Com os gestores do município não aconteceu da mesma

forma, pois as autoridades da secretaria não estavam focadas na intervenção, sendo difícil o contato com eles e também nunca participaram das atividades da unidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

O trabalho com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da intervenção não se realizou diretamente com os líderes da comunidade, pois não temos identificadas as pessoas com nessas características, aliás nessa dificuldade, e como falamos anteriormente também não foram realizadas as atividades em grupo, visto que a enfermeira foi trocada duas vezes e posteriormente os ACS também foram trocados, o educador físico que oferecia os exercícios nas manhãs também foi embora sendo assim foi difícil fazermos o planejamento das atividades em grupo, pois usávamos o tempo das reuniões para realizar a capacitação dos novos integrantes da equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados e alimentação da planilha de dados eletrônica da intervenção se realizou durante todo o tempo e nessa atividade nos permitia conhecer como se iam comportando os diferentes indicadores e nesse jeito encaminhar nosso trabalho para o sucesso da intervenção. Em princípio tive algumas dificuldades para o preenchimento da mesma, mais sempre contei com a valiosa ajuda da orientadora para solucionar nessas dificuldades, e ao longo da intervenção essa atividade ficou mais fácil de realizar.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Além das dificuldades que foram apresentadas durante a intervenção, o jeito de oferecer atendimento integral aos usuários de doenças como a hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus foi muito bem aceito tanto pelos funcionários da unidade básica quanto pelos próprios usuários, razão pela qual embora tenha terminado o tempo da intervenção continuamos trabalhando com estas premissas. Decidiu-se manter como rotina nos atendimentos da UBS o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes em qualquer horário, também a avaliação da nutricionista a estes usuários, priorizar o atendimento odontológico para os mesmos entre outras ações sempre com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento a estes usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante um período de 12 semanas na UBS Francisco Pereira Batista no município de Coari Estado Amazonas se desenvolveu a intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Para a intervenção utilizamos as estimativas da PCD (VIGITEL, 2011), que se aproximam mais a nossa realidade, onde temos uma população da área de abrangência de 5528 usuários sendo que estimados 841 pessoas com HAS e 207 pessoas com DM.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta. 1.1e 1.2 Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão e 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes

Conseguimos no primeiro mês cadastrar 59 (7,0%) usuários com hipertensão da população alvo, no segundo continuamos aumentando nossas expectativas chegando a 94 (11,2%) e encerramos a intervenção com o 124 (14,7%) pessoas com hipertensão cadastradas dos 527 usuários com hipertensão que tem a unidade básica.

Quanto aos usuários com diabetes cadastramos no primeiro mês 22 (10,6%), no segundo 37 (17,9%), e no terceiro 57 (27,5%), dos 103 usuários com nessa doença que tem atualmente cadastrados na unidade básica.

Isso foi possível graças ao trabalho desenvolvido pela equipe na sua totalidade, pela realização das capacitações e busca ativa desses usuários. E, o fato que dificultou atingir as metas esperadas foi às trocas dos membros da equipe, sendo que a cada troca tínhamos que começar as capacitações do zero.

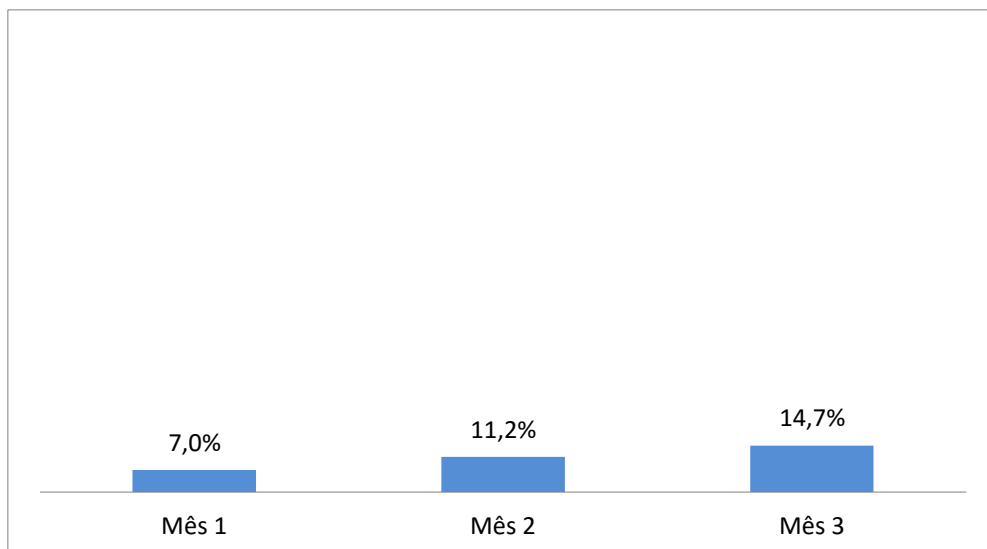


Gráfico 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

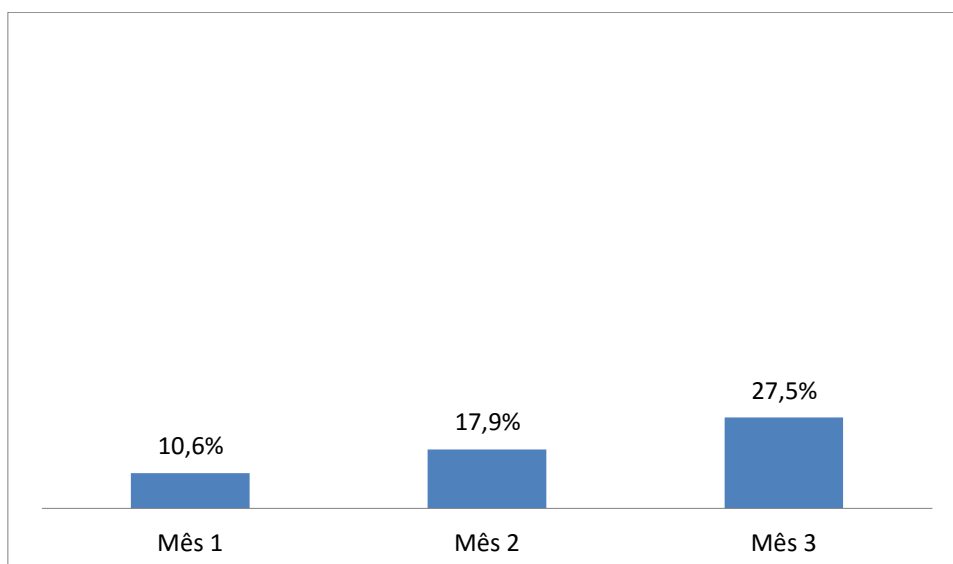


Gráfico 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

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

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

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

No primeiro mês 59 (100%) pessoas com hipertensão tiveram exame clínico apropriado, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram exame clínico apropriado no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Esta meta foi cumprida 100%, pois todos os usuários cadastrados na intervenção saíram da consulta com o exame físico feito, tanto da consulta médica quanto da consulta de enfermagem. Os ACS estavam treinados para realizar a medição da PA nos usuários cadastrados também durante as visitas domiciliares.

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

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram seus pés examinados no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Como parte do exame físico correspondente aos usuários diabéticos se inclui a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade, sendo assim durante as capacitações era instruído sobre a realização correta nesta parte do exame conseguindo assim que todos os usuários cadastrados na intervenção tivessem realizada essa palpação, o que nos permitiu a detecção precoce não só de alterações da pele mais também a detecção de alterações circulatórias.

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

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

No primeiro mês tivemos 10 (16,9%) pessoas cadastradas com exames complementares, no segundo mês 21 (22,3%) e no terceiro mês com 63 (50,8%).

Quanto aos diabéticos no primeiro mês 4 (18,2%) usuários estavam com seus exames realizados, no segundo mês 9 (24,3%) e no terceiro 31 (54,4%).

Todas as pessoas com HAS e DM cadastradas saíram da consulta médica com a solicitação dos exames clínicos complementares de acordo com o protocolo.

Mas, para a realização destes existe uma cota que é liberada pela SMS, sendo que no início da intervenção conversamos com os gestores a respeito da quantidade de exames que provavelmente precisaríamos a cada mês, mas até agora não tivemos retorno da gestão na liberação desses exames e eles são realizados ainda aos poucos.

Esperamos que dentro de alguns meses já tenhamos todos os cadastrados com seus exames em dia.

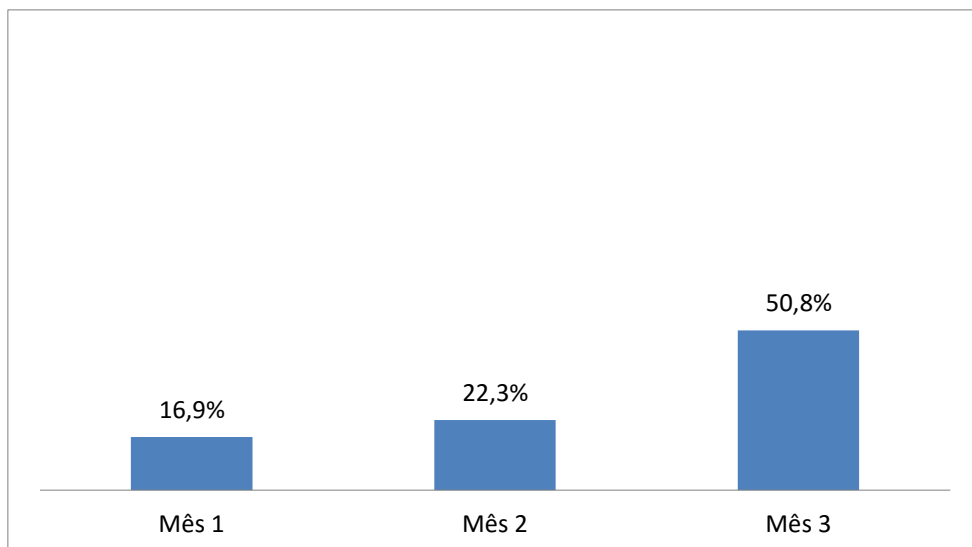


Gráfico 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

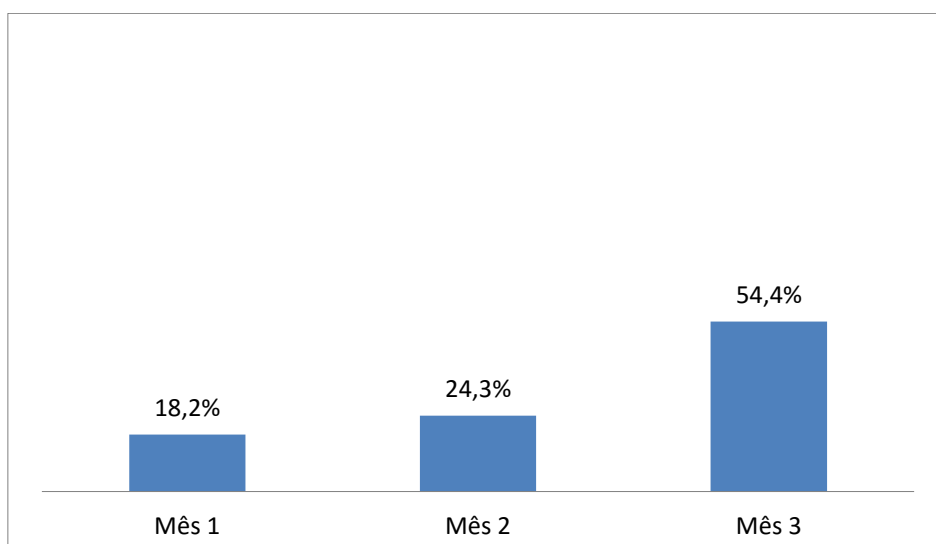


Gráfico 4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

Meta 2.6 e 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

No primeiro mês 56 (94,9%) usuários cadastrados com hipertensão tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 89 (94,7%) e no terceiro mês 117 (94,4%).

Já para as pessoas que possuem diabetes 22 (100%) cadastradas no primeiro mês tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 37 (100%), e no terceiro 56 (98,2%).

Ao início da intervenção alguns usuários usavam medicamentos que não estavam disponíveis na farmácia popular, mas após a realização de conversas

conseguimos a fazer a substituição de algumas medicações, e também à medida que a intervenção foi avançando a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS foi melhorando e aumentando o estoque de medicamentos.

Também foram criadas duas farmácias populares que conseguiu diminuir o número de usuários que abandonava o tratamento por não ter recursos econômicos para a aquisição de medicamentos nas farmácias privadas.

Ainda é bom destacar que a Central de Distribuição de Medicamentos agora localizada na área de abrangência da UBS dispensa igualmente os medicamentos padronizados no quadro de Hiperdia quando nestes estão disponíveis melhorando ainda mais a aquisição deles dos usuários alvos do estudo.

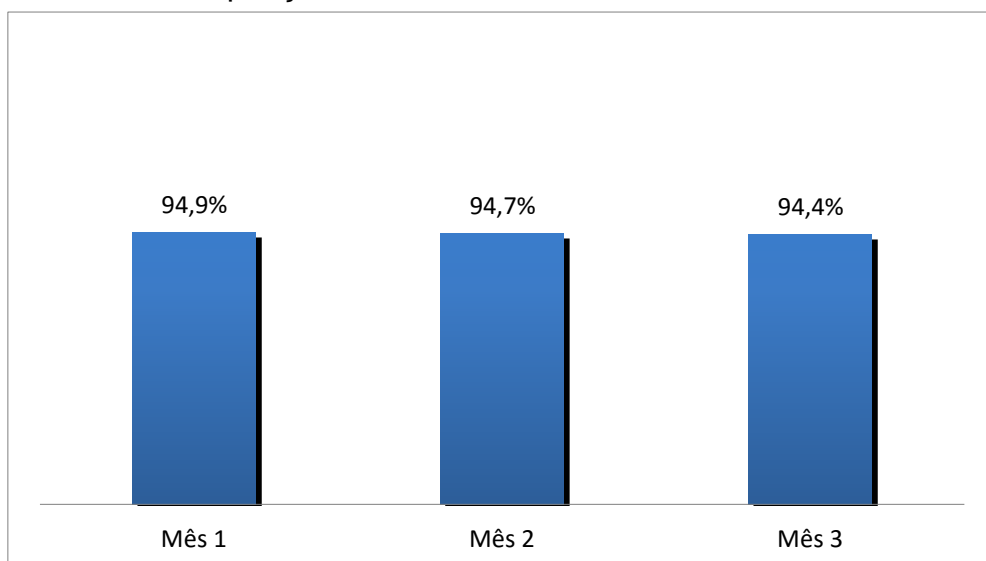


Gráfico 5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

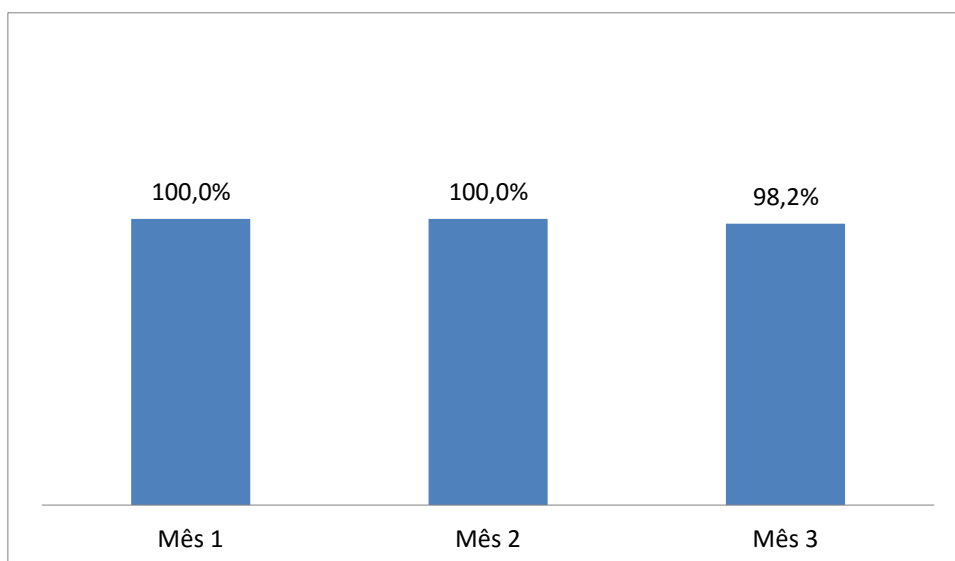


Gráfico 6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

Meta 2.8 e 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês 59 (100%) pessoas com hipertensão tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Para dar cumprimento a esta meta realizou-se uma parceria com a equipe de odontologia, onde inicialmente eles estavam ajudando a realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, mas no segundo mês começamos a ter dificuldades, pois não tínhamos odontólogo fixo trabalhando na UBS sendo que o odontólogo fazia unicamente as emergências, pois as vagas eram poucas. Dessa forma a avaliação odontológica começou a ser feita nas consultas e aqueles usuários que precisavam do atendimento odontológico se agendava a consulta.

No terceiro mês foi incorporada uma nova odontóloga na equipe de trabalho, sendo que apresentamos a ela toda a intervenção e passamos ter o auxílio dessa profissional novamente.

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

Meta 3.1 e 3.2 Buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Quanto a busca ativa, no primeiro mês tivemos 5 pessoas com hipertensão faltosas a consulta, sendo que 2 (40,0%) receberam a busca ativa, já no segundo mês tivemos 8 faltosos e 4 (50,0%) com busca ativa, no terceiro mês foram 13 faltosos e 9 (69,2%) com busca ativa.

Com relação aos usuários diabéticos 3 faltaram a consulta no primeiro mês sendo que 1 (33,3%) recebeu a busca ativa, no segundo mês foram 5 sendo 1 (20,0%) recebeu busca ativa e no terceiro mês 10 faltaram sendo que 4 (40,0%) recebeu busca ativa.

Nesta meta foi impossível cumpri-la aos 100%, embora tenhamos realizado a divulgação da intervenção com catarses e na rádio local, ainda tivemos alguns usuários faltosos que não permanecem na área de abrangência por irem trabalhar no interior do município em época plantio e safra da agricultura sendo impossível fazer a busca ativa.

Vale ressaltar que para todos os usuários foi feita a tentativa da busca ativa, ou por visitas domiciliares ou por contato telefônico, mas consideramos apenas aqueles que realmente retornaram aos atendimentos.

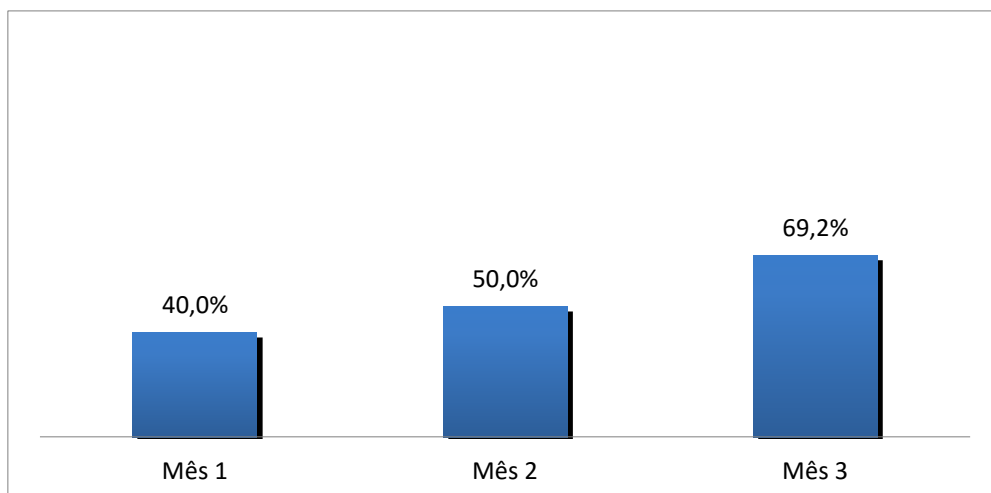


Gráfico 7: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

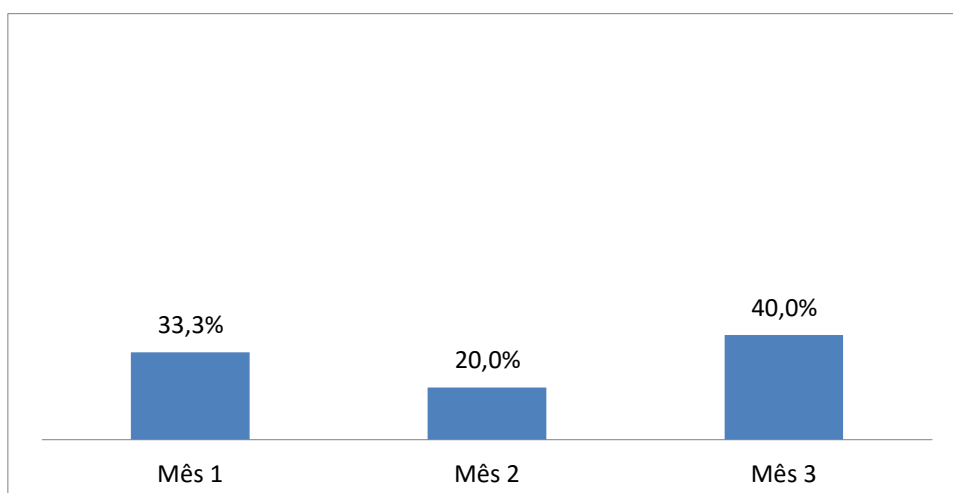


Gráfico 8: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes.

No primeiro mês 59 (100%) pessoas com hipertensão tinham todos os registros na ficha de acompanhamento, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram registro na ficha de acompanhamento no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Ao início da intervenção foi definida a funcionária responsável pela incorporação da ficha espelho nas fichas individuais de cada usuário alvo da intervenção, tanto dos usuários que assistiam a consulta quanto dos usuários que

eram avaliados para a visita domiciliar. Todos os cadastrados tiveram um correto preenchimento da ficha sendo que cada um foi identificado com o número que o usuário tinha na PCD o que facilitava o preenchimento da mesma ao incorporar algum item na PCD. Também foi capacitada a funcionária da triagem para a colocação dos dados necessários para o preenchimento da ficha espelho quando realizava a triagem dos usuários.

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

Meta 5.1 e 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês tivemos 16 (27,1%) usuários hipertensos com estratificação do risco cardiovascular, no segundo 27 (28,7%) e no terceiro 63 (50,8%).

Para os usuários diabéticos cadastrados no primeiro mês 8 (36,4%) tiveram estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês 13 (35,1%) e no terceiro mês 31 (54,4%).

Para realizar a estratificação do risco cardiovascular nos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus é requisito primário ter os resultados dos exames solicitados, pois baseado no escore de Framingham o usuário deve ao menos ter o resultado do exame de colesterol para poder fazer a estratificação de risco cardiovascular, e durante toda a intervenção se apresentou dificuldades neste aspecto dadas fundamentalmente pela demora na realização e entrega dos exames.

No terceiro tivemos um aumento nos indicadores, pois tivemos um maior retorno dos resultados dos exames.

Além desses resultados foram desenvolvidas atividades neste sentido, por exemplo, nas conversas e palestras sempre foi ponto de intervenção a associação das Hiperlipidémias como fator de risco para o desenvolvimento das complicações em ambas as doenças e a necessidade de modificar hábitos e estilos de vida nesse sentido.

Todos os usuários cadastrados foram avaliados pela nutricionista, mas os usuários com Hiperlipidémias associadas eram reavaliados após o tratamento indicado, sendo instaurada como rotina a avaliação 2 vezes ao ano dos usuários sem Hiperlipidémias associadas e três vezes ao ano aqueles usuários portadores de algum tipo de Hiperlipidémia.

Também durante a capacitação passamos para toda a equipe o escore de Framingham e como se fazia a avaliação nesses usuários baseados no escore antes mencionado.

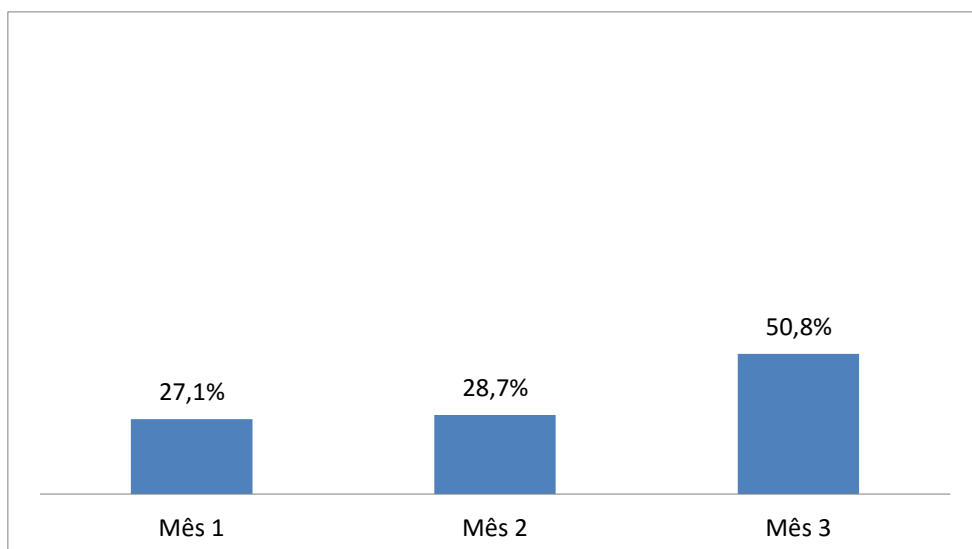


Gráfico 9: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

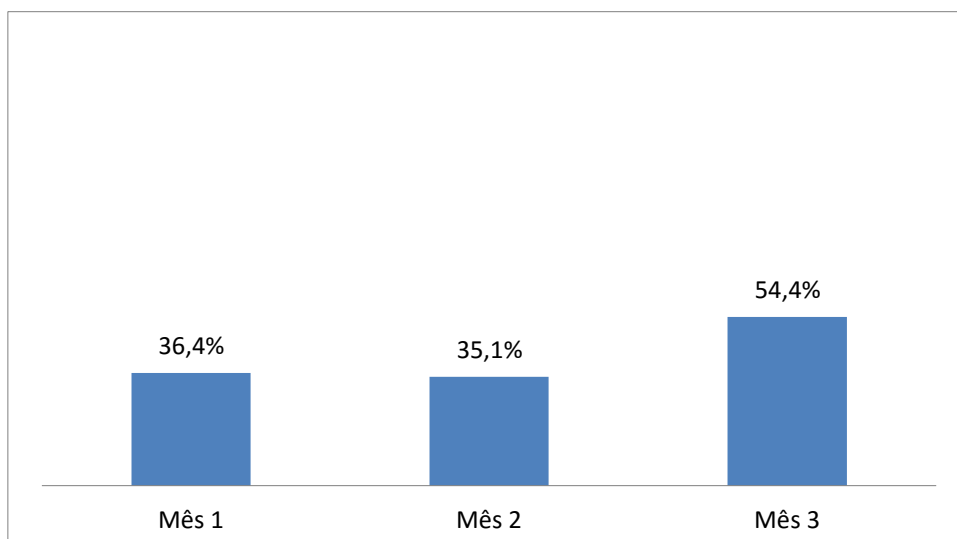


Gráfico 10: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Francisco Pereira Batista. Coari/AM, 2016.

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

Meta 6.1e 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês 59 (100%) pessoas com orientação nutricional, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram orientação nutricional no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Esse objetivo é considerado muito importante nesta intervenção já que a promoção de saúde não somente nas pessoas com a doença já instaurada, mas também aquelas que ainda não estão doentes pode ser um fator de risco para o desenvolvimento dessas patologias.

Esta orientação era realizada nas conversas e palestras realizadas na unidade o tema da nutrição sempre foi debatido, pois ao ter uma nutricionista no apoio à equipe as dúvidas eram sempre esclarecidas.

Nestas atividades tínhamos o cuidado de não usar muitos termos técnicos porque a população que atendemos é de baixo nível cultural, educacional e socioeconômico, razão pela qual para manter a empatia com nesses grupos, se fez uso de um vocabulário não muito técnico, desse jeito se transmite a mensagem certa, se trata de levar a informação sem que seja difícil de entender para eles, pois eles vão ser também multiplicadores dessas conversas nas comunidades para amigos e familiares ajudando assim na divulgação da intervenção. Também fazíamos orientações para os usuários que não podiam se locomover durante as visitas domiciliares se lês dava orientação sobre nutrição.

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês 59 (100%) pessoas com hipertensão tiveram orientação em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram orientação em relação à prática regular de atividade física no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

A totalidade dos usuários alvos do estudo recebeu orientação sobre a importância da prática regular de atividade física. Embora não tivéssemos mais o educador físico que realizava os exercícios físicos três vezes na semana pela manhã na unidade, agora temos o apoio do fisioterapeuta uma vez na semana, que nos auxilia nesta questão. Durante a capacitação inicial se orientou sobre a importância da prática de atividade física tanto nas visitas domiciliares como também os usuários que consultavam na unidade.

Meta 6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês 59 (100%) pessoas com hipertensão receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Durante no período que durou na intervenção e ao fazer a entrevista nos usuários cadastrados observamos que a taxa de fumantes era muito baixa, mas de

qualquer forma todos os participantes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Durante a primeira capacitação e os treinamentos posteriores se orientou na equipe sobre os riscos do hábito de fumar e assim pudesse ser replicado aos usuários alvos do estudo tanto na unidade básica quanto nas visitas domiciliares. Já os usuários que possuem este hábito e expressaram sua vontade de abandonar foram encaminhados ao CAPS para receber atendimento especializado.

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês 59 (100%) pessoas receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 94 (100%), e no terceiro 124 (100%).

Quanto aos diabéticos 22 (100%) tiveram orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 57 (100%) no terceiro mês.

Nesta meta também foi cumprida nos 100% pois todas cadastradas na intervenção foram orientadas sobre a importância da higiene bucal. Além disso, durante as conversas e palestras que foram realizadas na sala de espera da unidade básica a higiene bucal sempre foi um tema debatido, sobre todo entre a população diabética alvo do estudo para esclarecer o jeito de evitar complicações da doença tendo uma boa higiene bucal. Tivemos usuários que nunca tinham ido ao odontólogo e estavam com necessidade desta atenção. Durante as visitas domiciliares também recebiam essa orientação.

4.2 Discussão

Durante a intervenção alcançamos resultados positivos como cadastrar 124 (14,7%) pessoas com hipertensão e 57 (27,5%) pessoas com diabetes. Todos os usuários alvos da intervenção saíram da consulta com o exame físico feito, tanto da consulta médica quanto da consulta de enfermagem, incluindo o exame dos pés nos usuários diabéticos, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade.

Os usuários cadastrados saíram com exames clínicos e complementares de acordo com o protocolo, realizamos prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizamos avaliação odontológica e encaminhamento para o odontólogo para os que precisavam, e também realizamos as ações de promoção da saúde.

Sendo assim, a intervenção permitiu manter uma atualização constante do nível de conhecimento da área de abrangência que trabalho ao interagir continuamente com a população, permitindo oferecer uma atenção de qualidade, em concordância com os princípios do SUS e das políticas e saúde do Brasil, somando

a isso esta também a atualização pessoal sobre essas e outras doenças, baseadas em protocolos atualizados.

Consideramos também que a intervenção foi muito importante para a equipe já que principalmente houve a integração de toda a equipe para a realização de um trabalho conjunto, com o objetivo de atingir as metas propostas, a equipe está agora mais capacitada quanto ao atendimento e seguimento das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além de que permitiu o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento, dessas doenças de um jeito organizado e sistematizado.

Para o serviço também a intervenção resultou de grande importância, pois para os atendimentos realizar esta atenção tivemos que organizar o serviço como melhorar o registro, agendamento, e o encaminhamento a outras especialidades, razão pela qual vão continuar desenvolvendo dessa forma e estendendo a outros atendimentos como o atendimento como da gestantes, puérperas, idosos, entre outros. Também instauramos como rotina a adesão da ficha espelho nas fichas individuais, pois temos todas as informações necessárias para o registro dos usuários resultando uma fácil coleta das diferentes informações relacionadas a esses usuários.

Consideramos que a comunidade foi a maior beneficiada com a intervenção, pois as mudanças acontecidas na UBS tais como as mudanças no acolhimento, o agendamento dos usuários, a avaliação pela Nutricionista y Odontologista, etc, vão manter-se como uma rotina de trabalho, não somente dirigida aos usuários cadastrados na intervenção, como também para outros usuários, obtendo dessa forma uma maior satisfação da população da área de abrangência, pois a integralidade de todos os serviços em função da melhora do estado de saúde remete a incalculáveis benefícios.

Outro benefício obtido pela comunidade foi o aumento dos conhecimentos com relação a estas doenças, já que as conversas e palestras que foram realizadas durante essas 12 semanas foram oferecidas com uma linguagem de fácil entendimento, e que enfatizamos a necessidade de que eles fossem multiplicadores de conhecimento.

Também destacamos que se desde o início da intervenção tivéssemos algumas medidas organizativas o sucesso da intervenção tenderia maior impacto. Pois, como não temos líderes comunitários identificados dificultou-se a extensão da intervenção, também se tivéssemos um apoio maior das autoridades municipais ajudaria na intervenção. Por outro lado a exposição de cartazes em lugares estratégicos da comunidade bem como a divulgação da intervenção na rádio local auxiliou a procura dos usuários.

Tomando como exemplo esta intervenção pretendemos fazê-la para outros programas, como o atendimento pré-natal, as puérperas, aos idosos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro gestor de saúde

Meu nome é Mariela Cristina Romero Pérez, sou médica cubana que atua no Programa Mais Médico (PMM) para o Brasil e desde minha chegada ao município Coari eu estou trabalhando na UBS Francisco Pereira Batista no bairro Chagas Aguiar.

Como parte das atribuições do PMM, realizo uma especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS, sendo que esta trabalha para aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Então inicialmente realizamos uma análise situacional da unidade de saúde e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, pois estavam com um baixo número de acompanhamentos e falta um acompanhamento integral dos mesmos. Diante disso, objetivou-se “Melhorar a atenção dos usuários com HAS e DM da UBS Francisco Pereira Batista, Coari/AM.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Dessa forma realizamos capacitação da equipe quanto ao desenvolvimento da intervenção e protocolos do MS quanto a atenção a este grupo populacional, realizamos grupos de educação em saúde, melhora no acolhimento dos usuários, entre outros aspectos.

Cadastramos 124 (14,7%) usuários com hipertensão arterial e 57 (27,5%) com diabetes mellitus. Podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabete cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Os únicos indicadores que não alcançaram 100% de qualidade foram os usuários com exames complementares em dia onde 63 (50,8%) dos hipertensos e

31 (54,4%) diabéticos estavam com exames complementares e estratificação do risco cardiovascular realizados, e que 117 (94,4%) pessoas com hipertensão e 56 (98,2%) com diabetes usaram medicamentos que se dispensam na farmácia popular.

Isso foi possível graças ao trabalho que desenvolveu a equipe, e da pactuação que foi feita com a comunidade.

Mais durante a intervenção tivemos algumas dificuldades como a constante troca da equipe de saúde que dificulta dar continuidade as ações e também falta de alguns recursos materiais já solicitados aos gestores. Mas mesmo assim, continuamos solicitando o apoio de vocês, pois nosso objetivo é continuar com as ações da intervenção e inclusive expandi-la para outros grupos prioritários, já que pode se apreciar a diferença na satisfação dos usuários antes e depois da intervenção sobre todo pela integralidade do atendimento aos seres avaliados por especialidades com certa dificuldade para chegar a elas dum jeito sistemático como a Nutricionista, a Fisioterapeuta e a Odontologista. É importante sinalar a necessidade de recuperar o professor de Educação Física para retomar as caminhadas e os exercícios de alongamento que se realizavam três vezes na semana na unidade básica.

Estamos sempre abertos para sugestões e apoio.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara comunidade do Bairro Chagas Aguiar

Sou Mariela Cristina Romero Pérez, médica cubana, que veio atuar no Brasil pelo Programa Mais Médico e desde minha chegada ao município Coari estou trabalhando na UBS Francisco Pereira Batista.

Realizo uma especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS, a fim de melhorar a atenção aos usuários dos serviços de saúde. Sendo assim, inicialmente realizamos uma análise situacional da unidade de saúde e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, pois estavam com um baixo número de acompanhamentos e falta um acompanhamento integral dos mesmos. Diante disso, o objetivou-se “Melhorar a atenção dos usuários com HAS e DM da UBS Francisco Pereira Batista, Coari/AM.

Para tanto, planejamos e desenvolvemos diversas ações como capacitação da equipe para melhora do cadastramento e desenvolvimento de uma atenção aos usuários de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pactuação com a comunidade e gestores.

Durante as 12 semanas da intervenção cadastramos 124 usuários com hipertensão e 57 com diabetes. Sendo que todos estes receberam avaliação clínica, avaliações à necessidade de atendimento odontológico e naqueles usuários que precisavam do serviço foram encaminhados e atendidos pelo mesmo, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição e avaliação e seguimento pela Nutricionista, prática regular de exercício físico, pois estamos recebendo apoio semanal da Fisioterapeuta, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Tivemos algumas dificuldades quanto à realização dos exames complementares, pela demora na realização, e com a prescrição de medicamentos da farmácia popular, na qual tivemos a falta de algumas medicações; ambas as questões já foram conversadas com a secretaria de saúde e estamos tentando solucioná-las.

Também não poderia deixar de mencionar as ações a respeito das atividades de promoção da saúde como as rodas de conversa e palestras realizadas onde tivemos um grande apoio da comunidade com a participação de muitos usuários, e

ressalto que esta participação foi muito importante, pois a comunidade é também multiplicadora de conhecimento e informações.

Para finalizar gostaria de enfatizar que a intervenção já foi incorporada a rotina da unidade de saúde e que também pretendemos estender nossas ações para outros grupos, como gestantes e idosos e para isso contamos com o apoio de vocês.

Também estamos à disposição para qualquer esclarecimento e abertos para opiniões.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Com relação ao processo pessoal de aprendizagem posso começar falando que no início estava um pouco apreensiva com a ideia de realizar uma especialização a distância, pois seria a minha primeira como estudante, e em segundo lugar acreditava que os resultados não seriam interessantes. Esse segundo temor foi totalmente destruído na medida em que comecei a desenrolar as atividades do curso de especialização.

No início da especialização foi difícil devido ao sinal da internet do município que atrapalhava a realização deste tipo de curso, este constituiu-se como uma fonte inigualável de superação, ao ter que manter as constantes atualizações não somente dos protocolos no Brasil, como também o aprofundamento dos meus conhecimentos em relação aos diferentes temas proporcionados a cada semana no curso, assim como a troca de informações entre os colegas e orientadores.

Também tenho que reconhecer que no início apresentei dificuldade com as postagens nos fóruns principalmente pela insegurança em postar mensagens em português em um lugar que era lido por tantas pessoas, mas com o decorrer do curso e isso passou a formar parte de minha rotina auxiliando inclusive a ampliar meu vocabulário.

As práticas clínicas e os casos interativos permitiam gerar mudanças sobre condutas de tratamentos e realizar novas abordagens após o aprofundamento e atualização dos temas em questão.

Já possibilidade de fazer uma intervenção me deu a oportunidade de interagir ainda mais com a equipe de saúde, pois se requeria o esforço e a união de toda a equipe para alcançar as metas propostas. E, não foi somente com a equipe o contato direto com a população também foi decisivo.

Tivemos a maioria dos indicadores com ações integrais e fico com esta experiência para continuar trabalhando no caminho correto onde a satisfação e o aumento dos níveis de saúde das pessoas é o objetivo principal.

Avaliando o benefício pessoal da especialização e da intervenção elas marcaram uma linha de trabalho de inestimável valor para o atuar diariamente na atenção primária de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de Medicina Social
UFPEL

Data de ingresso no programa: ____/____/____ Número do formulário: ____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Telefones de contato: _____

Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____ Estatura: ____ cm Perímetro Braquial: ____ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	POSLOGIA	DATA	EXAMES
	Metformina 850 mg		Glicemia de jejum
	Captopril 25 mg		HbA1c
	Insulina 1 mg		Hemoglobina glicosilada
	Enalapril 10 mg		Coeficiente beta
	Losartan 50 mg		HDL
	Propranolol 40		LDL
	Atenolol 20 mg		Triglicerídeos
	Atenolol 50 mg		Coeficiente beta
	Atorvastatina 5 mg		Podalio perfico
	Atorvastatina 20 mg		Triglicerídeos
	Metformina 500 mg		ECG
	Metformina 850 mg		Infecção urinária
	Glibenclâmida 5 mg		Proteína
	Insulina NPH		Coronocoronários
	Insulina regular		Setimela
			Microubimetria
			Proteína de 24h
			TSH
			ECG
			Hemograma
			Hemoglobina
			Hemoglobina
			VCM
			CHCM
			Plaquetas

Anexo C – 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 D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante