

**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 da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS Dídimo
Pires, Tabatinga/AM**

Ernesto Ricardo Cervantes Machado

Pelotas, 2016

Ernesto Ricardo Cervantes Machado

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS
Dídimo Pires, Tabatinga/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: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M149m Machado, Ernesto Ricardo Cervantes

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS Didimo Pires, Tabatinga/Amazonas / Ernesto Ricardo Cervantes Machado; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

92 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. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, à meus pais, que ainda longe de mim, sempre são fontes inesgotável de inspiração, a minha esposa pelo apoio incondicional, meus filhos, que todo o esforço é para o seu futuro.

Agradecimentos

Agradeço profundamente aos companheiros de trabalho, a equipe toda, pelo interesse no trabalho e o apoio constante, ao povo de Tabatinga, sua liderança, e especialmente a secretaria municipal (SEMSA) em parceria com a prefeitura do município.

Resumo

MACHADO, Ernesto Ricardo Cervantes. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS Didimo Pires ,Tabatinga/Amazonas.** 2016 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano. 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças que causam inúmeros prejuízos não apenas para a saúde das pessoas, mas também para a família, a comunidade e o sistema econômico e social dos países. Apesar dessas doenças serem passíveis de prevenção, elas levam à diversas sequelas e complicações. Com o intuito de ampliar a cobertura e qualificar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica Dídimo Pires, nossa equipe desenvolveu uma intervenção, durante três meses. Participaram as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para coletar as informações foram utilizadas as fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pela Universidade Federal de Pelotas. Nossa meta foi de cadastrar 70% das pessoas com HAS e/ou DM, no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, uma população alvo de 793 usuários com HAS e 196 com DM na área de abrangência. Após as 12 semanas, os indicadores de cobertura alcançados foram 31,2% (354) e 45,9% (129), respectivamente para o programa de atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus,. O número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica com exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo foi alcançado 100% para os dois programas, assim como o exame dos pés das pessoas com Diabetes Mellitus. Foi garantido a realização dos exames para 100% das pessoas participantes da intervenção. Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia popular, 94,1% (334) e 93,8% (121) das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou DM beneficiaram-se deste serviço. Além disso, 100% dos participantes receberam atendimento odontológico. Além disso, a intervenção possibilitou a reorganização do processo de trabalho da equipe, a qualificação da prática clínica dos profissionais, o aprimoramentos dos registros, a integração da equipe com a comunidade e o fortalecimento do controle social. Os benefícios alcançados favoreceu um sistema de trabalho muito positivo que beneficiou tanto a equipe, o serviço e a comunidade, tornou muito mais viável nossa atenção de prevenção e promoção da saúde, criou expectativas maiores para os nossos usuários e à nossa ação fosse mais ampla e os atendimentos mais eficientes e integrais.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde arterial na unidade de saúde	51
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde	51
Figura 3	Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 4	Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 5	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia	54
Figura 6	Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	55
Figura 7	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	55
Figura 8	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.	56
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada	57
Figura 10	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	58
Figura 11	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	58
Figura 12	Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa	59
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes, faltosos às consultas com busca ativa	60
Figura 14	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento	61
Figura 15	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento	61
Figura 16	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico	62
Figura 17	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico	63
Fotografia 1	Visitas domiciliares de pesquisa Bairro São Francisco com equipe de saúde	78
Fotografia 2	Visitas domiciliares de pesquisa Bairro Dom Pedro II com equipe de saúde	79
Fotografia 3	Visitas domiciliares no Bairro Guadalupe	80
Fotografia 4	Modelo complementar de acompanhamento familiar	81
Fotografia 5	UBS Fluvial Tabatinga	82
Fotografia 6	UBS Dídimo Pires de Oliveira	83

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS/DM	Hipertensão Arterial/Diabetes Mellitus
PPCU	Programa de prevenção contra Câncer Colo do Útero.
HGut	Hospital de Guarnição de Tabatinga
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	37
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados.....	49
4.2 Discussão.....	65
5 Relatório da intervenção para gestores.....	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Referências.....	73
Anexos.....	75

Apresentação

O presente volume apresenta os aspectos relacionados com a intervenção que foi desenvolvida na nossa UBS em um período de três meses, visando a melhoria da atenção À saúde das pessoas com HAS e/ou DM.

Este documento é dividido em várias partes, sendo que a primeira é constituída pela análise situacional, momento que foi detalhado as características da nossa área de abrangência com dados que caracterizam nossa população e serviços de forma geral.

A segunda parte é composta pela análise estratégica. Esse item contempla o projeto de intervenção que foi construído após escolher o foco de atenção relacionado com HAS e DM. Há a descrição da justificativa, objetivos, metas, metodologia e cronograma.

A terceira parte é o relatório da intervenção. Esse momento foi explorado os aspectos facilitadores e dificultadores quanto ao desenvolvimento do estudo.

Os resultados e a discussão da intervenção estão inseridos na quarta parte desse volume. É possível verificar os resultados obtidos e os benefícios que foram levados para a comunidade, a equipe e a gestão.

Logo em seguida, o volume apresenta os relatório da intervenção para os gestores e a comunidade. Esses documentos foram apresentados a todos os atores envolvidos, buscando integrá-los cada vez mais.

A última parte do volume é formada por uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem e as informações da referências bibliográficas onde podem consultar o nosso apoio para à intervenção e diferentes documentos e fotos que foram suporte para o sucesso do nosso trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade básica de saúde (UBS) Dídimo Pires encontra se situada no município de Tabatinga que pertence ao estado do Amazonas, localizada na fronteira triplo com a cidade de Leticia, Colômbia e Iquitos, República do Peru. A área de abrangência da UBS é composta por uma população total de 7502, conformada por pequenos negociantes, agricultores e pescadores com formas e estilos de vida característicos e culturais da região.

Na UBS funcionam três equipes de saúde, um que atende o Bairro Centro, outro encarregado do Bairro Dom Pedro I e um terceiro que atende ao Bairro São Francisco onde nós atuamos e constitui nossa área de abrangência para nosso trabalho de curso. No município funciona o SAMU, encontra se funcionando um centro de reabilitação e em fase de conclusão a UBS fluvial para o atendimento das populações ribeirinhas. No município funcionam neste momento sete UBS todas com ESF e com ACS vinculados as equipes.

A UBS tem uma estrutura física adequada, considerando os padrões estabelecidos por normas regulamentares de funcionamento para a saúde; conta com duas áreas de espera para clientes, uma fica na frente destinada as pessoas que aguardam pela triagem, a marcação na sala de agendamentos e área de farmácia. Nesses locais é onde desempenham os técnicos de enfermagem e pessoal treinado como acontece no caso da área de marcação para serviços especializados. Logo após essa área vem a recepção onde as consultas e atendimentos são agendadas para odontologia, enfermagem e medicina, também

com uma área muito espaçosa para aguardarem o horário para o atendimento marcado, é a área destinada também para o acolhimento dos pacientes não só na marcação ou agendamentos, também para orientação dos pacientes e esclarecimento de dúvidas e necessidades dos usuários.

A UBS conta também com uma diretoria, dois consultórios médicos, dois consultórios para a consulta de enfermagem, uma área de curativos, uma área para nebulizações, uma sala onde realiza se os eletrocardiogramas (ECG), área ou departamento de vacinação, área para realização de teste rápido para malária, um laboratório clínico, uma cozinha e copa. A unidade de saúde apresenta as áreas necessárias destinadas a banheiros para pessoas de ambos sexos e nas consultas destinadas aos exames que precisarem deste local. Funciona como referência no município o tele saúde e vídeo - conferência em tempo real.

A unidade de saúde apresenta equipamentos adequado para executar os atendimentos, recebe os insumos e materiais necessários, mas as vezes esses equipamentos encontram se afetado dificultando os atendimentos. Precisa se também de megascópio para avaliação de exames radiológicos, não é totalmente suficiente a retaguarda hospitalar mas no município funciona um hospital militar e uma UPA junto a uma maternidade que fazem parte do atendimento em rede mas na região é muito instável a permanência de profissionais especialistas que reforcem o atendimento e de fato essa falta aumenta o fluxo de encaminhamentos até a capital do estado, Manaus.

A nossa população, alvo do nosso trabalho, encontra se no Bairro São Francisco, com uma população de 3343, a equipe conta com 11 agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um técnico em saúde bucal, um técnico de enfermagem e um médico. Na nossa população predomina a faixa etária de mais de 60 anos de idade, seguido dos adolescentes, população com muitos problemas na dinâmica das famílias. Estas são pouco funcionais, apresentam epidemiologia complexa pelas características ambientais e climatológicas, em que a gravidez na adolescência constitui uma das principais dificuldades encontradas. A incidência das doenças não transmissíveis como a diabetes e a hipertensão, as dislipidemias e síndromes metabólicas tomam conta dia a dia na população por incorretas práticas de alimentação, além das doenças parasitárias e gastrointestinais que também são motivos muito frequentes de consulta.

A atividade do dia a dia começa com o acolhimento dos usuários e o agendamento para os diferentes serviços que oferece a unidade tais como as consultas de medicina ou clínica geral 3 vezes por semana aplicando a classificação de risco, segundo o caso problemático, queixa ou demanda usando os protocolos vigentes. Encontra-se funcionando as consultas para odontologia, que tem os agendamentos para os diversos grupos como grávidas, usuários com doenças crônicas e atendimentos priorizados para crianças e consulta de atendimento geral nos diferentes dias da semana, realização de exames laboratoriais os eletrocardiogramas, realiza-se diferentes atividades de promoção e prevenção em saúde direcionadas aos principais problemas de saúde identificados nas diferentes consultas e nas visitas domiciliares. Essas são realizadas duas vezes por semana, maiormente no horário matutino, além das consultas a grávidas (pré-natal) uma vez por semana, puericultura e exames preventivos (PPCU).

Nos encontros mensais da equipe agenda-se pontos no programa para discutir com os líderes comunitários problemas que afetam nossa área em termos de saúde e programa de atividades no mês encaminhadas a melhorar o estado de saúde das crianças, homens, mulheres e idosos, além das palestras para a população em geral. Assim, a relação da equipe com a comunidade é boa e a população participa de algumas atividades no serviço de saúde.

Na UBS funciona o programa melhor em casa, para a avaliação de pessoas com dificuldade na locomoção, pessoas idosas, puérperas, em recuperação por cirurgias e necessidade de reabilitação. Nas visitas domiciliares pesquisa-se as necessidades oftalmológicas, a hanseníase, nutrição, o tracoma e doenças geohelmínticas.

A unidade conta também com equipe do NASF, serviços e pessoal que em conjunto funcionam para aprofundar e ampliar os alvos além dos curativos, a prevenção e promoção, como direito fundamental da sociedade, a saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Sempre que nós pensamos em saúde da família, pensamos num instrumento para chegar a ela com os recursos necessários e com o pessoal capacitado para oferecer o atendimento de qualidade, o conhecimento na abordagem da família em APS nos garante que nesse processo possamos utilizar todas as ferramentas que o sistema propõe e melhorar ainda mais os métodos para garantir o que achamos, é o objetivo principal, a prevenção, sempre em benefício da

sociedade, a família e as populações como se fala no documento do projeto pedagógico.

Como objetivo da ESF encontra-se fundamentalmente diminuir a morbidade, a mortalidade por doenças preveníveis, reduzir a mortalidade infantil, e oferecer às populações de todas as faixas etárias as ferramentas para uma correta prevenção e garantir uma qualidade na forma e estilo de vida, que seja o nível primário a verdadeira porta onde as pessoas encontrarem o caminho para evitar a doença e não precisarem da atenção secundária ou resolver com sucesso seu problema na própria área de saúde.

Tabatinga é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, localizado na região norte do país. Pertence à mesorregião do sudoeste amazonense e microrregião do alto Solimões. Tem uma área de 3.222.064 km², sua população, de acordo com o último estudo demográfico era de 59.684 habitantes, sendo o município mais populoso de sua microrregião e de sua mesorregião, e o sétimo mais populoso do Amazonas (IBGE, 2014).

Há no município sete UBS e um total de 14 equipes de saúde, das cinco UBS são tradicionais, conta com um NASF, não tem disponibilidade de CEO nem com todas as especialidades necessárias no município pelo que os encaminhamentos são muitos frequentes para a capital do estado, Manaus.

O município conta com um serviço hospitalar (HGut), Hospital da Guarnição de Tabatinga que ajuda muito no atendimento populacional mas está dirigido ao atendimento da população militar que está destacada no território, funciona também um serviço de reabilitação, recentemente foi inaugurada uma UPA com uma maternidade e funciona o SAMU, conectado ao sistema de saúde primário, além de encontrar em implantação a UBS fluvial que fará os atendimentos das populações ribeirinhas.

O município está localizado no oeste do estado do Amazonas, na tríplice fronteira entre o Brasil, a Colômbia e o Peru, tendo sido criado em 1983. Apresenta uma conturbação com a cidade colombiana de Letícia.

Nossa unidade básica de saúde (UBS) Dídimo Pires é composta por uma população total de 7.502 habitantes que são pequenos negociantes, agricultores e pescadores e dessa forma, apresentam estilos de vida característicos e culturais da região.

Há três equipes, bairro centro, bairro Dom Pedro I e bairro São Francisco onde atuamos e constitui nossa área de abrangência. Nossa unidade tem uma bom vínculo com as instituições de ensino do município, e funciona como uma UBS Tradicional.

Eu trabalho com a população referente ao bairro São Francisco, com uma população de 3.343. A equipe conta com 11 agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um técnico em saúde bucal, um técnico de enfermagem e um médico. Na nossa população predomina a faixa etária de mais de 60 anos de idade, seguido dos adolescentes, população com muitos problemas na dinâmica das famílias.

A estrutura física da nossa UBS apresenta não apenas dificuldades nas questões construtivas, mas também na ausência de muitos insumos necessários para o correto funcionamento da unidade e o atendimento que possa garantir o nível sanitário das nossas populações.

Aprimorar substancialmente a saúde da população que de fato fica prejudicado sem a presença dos recursos e insumos, das ações para fazer funcionar todo o sistema interno e da rede básica de atendimento primário, a falta de medicamentos de primeira linha de tratamento de muitas doenças como hipertensão, diabetes, asma bronquial e outras, por causas evitáveis.

Isso ocorre quase sempre devido ao mal funcionamento do transporte, pedidos incorretos dos medicamentos e recursos, sem o devido estudo epidemiológico, a desqualificação da gestão e retraços, sem dúvida alguma afetam nosso atuar diário e atenta diretamente com o estado de saúde da população, além de piorar a imagem de nosso serviço destruindo a confiança em nossa capacidade por velar pelos indicadores necessários que permite nos mostrar o positivo de nosso trabalho.

O principal problema fica precisamente nessa dificuldade, os medicamentos e insumos que chegam atrasados e em quantidades insuficientes ou acima da necessidade em algum caso, tudo isso piorado pela distância e as limitações da região amazônica onde tudo fica mais difícil de transportar pelo rio ou é muito dificultoso os envios por via aérea, fato que já faz parte de debate em vários estratos da gerencia pública de saúde do município e do estado.

Embora nos últimos meses houve uma melhora bastante significativa precisa ainda demais ações que garantam o correto funcionamento dos recursos que

precisamos para trabalhar com qualidade e conseguirmos o engajamento e funcionamento necessários em nossa missão social.

Entre os equipamentos, materiais de consumo, instrumental, insumos e vacinas deficientes, destacam-se: lanternas, negatoscópio, otoscópio, instrumental para sutura e cirurgias menores, modelos de requisição de exames e atestados médicos, protetor solar e caixa de som, médios de locomoção, filmadora, câmara fotográfica, projetor e manequins.

Já entre os materiais bibliográficos na UBS com dificuldades e relevantes para a qualificação do nosso processo de trabalho, destacam-se: avaliação/classificação de risco biológico, cuidados/procedimentos de enfermagem, doenças prevalentes da infância, doenças respiratórias, prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas, saúde mental, reprodutiva, na escola e sexual, livros didáticos de dermatologia, diagnóstico diferencial por sinais e sintomas, ginecologia e obstetrícia, pediatria.

Sobre as atribuições dos profissionais, a equipe realiza os atendimentos de usuários hipertensos e diabéticos, saúde do idoso e consulta geral todas as segundas-feiras de manhã e a tarde, assim como as quartas-feiras onde pela tarde realiza-se a puericultura, as visitas domiciliares são feitas todas terças e nas quintas-feiras de manhã, as consultas para gestantes puérperas e controle e prevenção do câncer cervico-uterino e de mamas, nas terças de tarde.

Algumas dificuldades são identificadas como possíveis de atrapalhar o correto desenvolvimento da atividade em equipe na atenção básica em saúde. Entre esses, encontram-se o mapeamento e a territorialização das áreas em nossas comunidades que não são detalhados suficientemente, visando conhecer todos e cada um dos problemas e dificuldades que apresentamos em nossas áreas de abrangência.

Além disso, os locais para realizar a primeira tarefa da atenção básica, a prevenção, encontra-se sem local definido. É preciso, uma sala ampla com os materiais necessários e equipamentos visuais para oferecer todas as atividades necessárias visando envolver a comunidades e seus líderes no primeiro lugar.

Em nosso posto existem muitas dificuldades com os materiais que precisa-se para oferecer atendimentos que resolvam situações de urgência/emergência, pequenas cirurgias ou procedimentos mais complexos, a fim de aumentar a

resolutividade da unidade de saúde e chegar junto com os outros níveis de atendimento no sistema a satisfazer as necessidades da população.

As visitas domiciliares não devem ser apenas um fato por necessidade casual, por pedido em uma situação especial, deve sim ficar encaminhada a procura dos verdadeiros problemas e fazer a pesquisa ativa de todos eles, capacitar o pessoal que atua nestas atividades e tentar desenvolver essas visitas da maneira mais integral possível onde todos tenham uma ação para fazer ou um dado que recolher de interesse para a comunidade e para a equipe de saúde.

Como estabelece o documento da Atenção à Demanda Espontânea e aparece na apresentação do Caderno de Ações Programáticas é de fato uma expectativa muito positiva chegarmos ter um cadastro atualizado das populações nas equipes da ESF, em nossa pesquisa na UBS de forma geral apresentam dificuldades de igual forma, pois além das características de nossa população flutuante mais de 10% da população adstrita ainda fica fora desse cadastro.

Nossa equipe trabalha com uma população de 3.343 habitantes o número de equipes no serviço de saúde é 3 e cada uma delas possui entre 2000 e 3500 pessoas para atender na UBS. Assim, é aceitável pelos padrões que são oferecidos para o atendimento por UBS.

O perfil demográfico da nossa população é caracterizada por um 50,4% do sexo masculino e 49,5% do sexo feminino. Já em relação à faixa etária 1,5% é menor de um ano, 37,8% de 0-19 anos, 53% de 20-59 anos e 10,1% da população da nossa área é maior de 60 anos.

Em nossa UBS existem ainda insatisfações com a demanda espontânea, temos dificuldades com a marcação das consultas e teve melhorias com o incremento do pessoal médico incorporado à unidade recentemente, mas ainda temos dificuldades na resolutividade dos problemas e queixas que chegam a nós.

Os usuários são triados antes das consultas e seus dados recolhidos no momento da marcação. Os atendimentos de hipertensão e diabetes, saúde do idoso e consulta geral são desenvolvidas todas as segundas-feiras de manhã e à tarde, assim como as quartas-feiras onde pela tarde realiza-se a puericultura, as visitas domiciliares são feitas todas terças e nas quintas de manhã, as consultas para gestantes puérperas e controle e prevenção do câncer cervico-uterino e de mamas, nas terças de tarde.

É importante melhorar na escuta das necessidades dos usuários desde que chega procurando ajuda e as informações, colocar pessoal capacitado nestas tarefas é hoje uma prioridade, pessoas engajadas ao atendimento público com sentido de humanidade, sensibilidade aos problemas de forma geral, é prioridade continuarmos melhorando os cuidados prestados à demanda por atendimento, seja para problemas agudos ou com acompanhamentos mais prolongados, faltam ações sob estudos mais profundos da situação epidemiológica para atingir um acolhimento, baseadas em fatos científicos da nossa população e à realidade da UBS.

A puericultura permite nos organizar e garantir um correto acompanhamento do desenvolvimento das crianças desde o momento do nascimento até setenta e dois meses, junto com a atenção pré-natal visa diminuir ao máximo a morbimortalidade infantil e tem um incalculável valor na atenção primária de saúde como ente mais perto da família, onde o acompanhamento e tratamento de situações da maneira mais preventiva possível é e continuará sendo o nosso objetivo principal.

Preparar as mulheres para a gravidez desde idades adequadas, para o momento do parto e para receber esse bebê que já faz parte da família e a sociedade, nos garante um desenvolvimento e dinâmica positiva da criança com o meio em que ele vai crescer e assim prepara-lo para enfrentar sua vida junto a sua família com a maior qualidade de saúde possível, acompanhar as medidas antropométricas, o crescimento dos órgãos vitais, a alimentação, o desenvolvimento psicomotor, a dentição podem nos dar informações oportunas e reais do estado dessa criança e possibilita a atuação certa na hora certa.

Acompanhar de perto a totalidade das crianças, fazer as mães perceberem a importância da sua assistência a consulta e as visitas programadas pela equipe serem cumpridas possibilita que problemas futuros não sejam ou virem realidade palpável.

Segundo o caderno de ações programáticas, em nossa área de abrangência temos 67 crianças menores de um ano acompanhados nesse momento. Dessas, 85% (57) com as consultas em dia, 34% (23) com atraso da consulta agendada acima de sete dias, já que as mães não assistem na data programada ou dão prioridade a outras situações.

A triagem auditiva, o monitoramento do crescimento na última consulta, do desenvolvimento, as vacinas em dia, o programa de saúde bucal, as orientações

sobre aleitamento materno junto as feitas sobre prevenção de acidentes foram desenvolvidas na totalidade dos casos, isto é, em 100%. Já o teste do pezinho que por causas diversas foram realizados até os sete dias em 97% (65) das crianças.

Analisando os dados identificados podemos afirmar que se comporta de forma adequada a cobertura da puericultura com os menores de um ano já que nos casos das consultas acima dessa idade até os 72 meses torna se dificultoso o acompanhamento dos meninos e meninas, são mais avaliados, na maioria dos casos, quando visitam nossas consultas por alguma situação especial, maiormente doenças já estabelecidas, as consultas agendadas geralmente não são realizadas nas datas programadas.

De forma geral, nós avaliamos como necessário envolver a totalidade dos profissionais nos programas e especialmente no atendimento as crianças. Além disso, é preciso aprimorar a administração do sulfato ferroso após completar os 6 meses até os 24 meses, aumentar as atividades em grupo com as mães no pré-natal e após o parto, favorecer e melhorar a conhecimento das mães sobre todos os fatores que podem atrapalhar a saúde de seus filhos e da família.

Quanto ao processo de trabalho, verifica-se a necessidade de melhorar o monitoramento de forma eficaz e efetivo das ações desenvolvidas e completar os atendimentos logo de chegar ao primeiro ano de vida supervisionando todos os indicadores do correto avanço das crianças no desenvolvimento geral.

Em nossa área de abrangência, segundo o caderno de ações programáticas, 55% das gestantes são acompanhadas. Destas, 74% realizaram o pré-natal no primeiro trimestre, 58% tem as consultas em dia, 32% tiveram o exame ginecológico e 100% recebeu a vacina para hepatites B, a anti tetânica, suplementação de sulfato ferroso e receberam orientações sobre o aleitamento materno e avaliação de saúde bucal.

Segundo o caderno de ações programáticas, a nossa unidade atende um total de 69 gestantes. Destas, 38 são atendidas pela equipe. Já em relação as puérperas, há na unidade o cadastro de 132 partos nos últimos 12 meses, mas o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério foi 67, sendo a cobertura de 51%.

Na nossa unidade são desenvolvidas várias ações em saúde toda semana com as gestantes e puérperas, Ainda não contamos com registros adequadamente organizados que permita nos organizar e planejar ainda melhor o trabalho, segundo

o protocolo tendo dificuldades no monitoramento das atividades como as visitas domiciliares e as consultas, participando destas a maioria dos profissionais da UBS.

Entre as 67 que são acompanhadas, 93% (62) foram consultadas antes dos 42 dias, 100% delas apresentam sua consulta puerperal registrada e receberam orientações sobre os cuidados ao recém-nascido. Além disso, 94% (63) receberam orientações sobre aleitamento materno, 79% (53) tiveram as mamas examinadas, 100% (67) tiveram o abdome examinado.

Identificamos que as vezes as mães depois do parto não procuram a unidade de saúde para continuar o seu cuidado e realizar a avaliação antes dos 42 dias. Muitas puérperas mudam de endereço e outras são avisadas para assistirem ao unidade de saúde, mas não assistem a consultas.

A nossa unidade de saúde não apresenta registros sobre o controle do câncer de útero e de mama. Os prontuários foram as ferramentas que proporcionaram a identificação de alguma informações.

A cobertura das ações de controle do câncer de colo de útero na nossa unidade de saúde é de 47%, isto é, de 1.597 mulheres entre 25-64 anos residentes na área, apenas 743 são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero.

Dessas mulheres, 232 (31%) estão em dia com o exame citopatológico para o câncer de colo de útero. A principal causa deste problema é a migração existente no município e a quantidade de mulheres faltosas no programa que ainda insistindo na importância dos exames não se conscientizam completamente do risco, a maioria procura ajuda profissional só quando apresentam algum sintoma.

Além disso, 197 (27%) apresentam o exame cito patológico com mais de 6 meses atrasados, 11 com exame alterado, 347 (47%) com avaliação de risco para o câncer 576 (78%) receberam orientação sobre prevenção de câncer de útero e DSTs e 221 (30%) tiveram exames coletados com amostras satisfatória e com celular representativas da junção escamo colunar.

Nossa equipe realiza mutirões para promover os cuidados preventivos nas mulheres nas idades férteis na prevenção do câncer do colo do útero e do câncer de mamas. Realizamos os exames cito patológicos todas as semanas e mutirões para pesquisa e palestras. Nós também utilizamos os protocolos, mas existem dificuldades com os registros o que dificulta muito o monitoramento o controle do

programa e a avaliação das ações. A maioria dos profissionais participa destas atividades todas.

Para o controle do câncer de mama, nossa unidade apresenta 335 mulheres cadastradas entre 50-69 anos residentes na área. Destas, 169 são acompanhadas na UBS para a prevenção do câncer de mama, sendo que a cobertura é de 50%.

Dessas mulheres que são acompanhadas, 82 (49%) estão com a mamografia em dia, 32 (19%) apresentam mamografia com mais de 3 meses em atraso, 82 (49%) receberam avaliação para o câncer de mama, e 169 (100%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

As estratégias planejadas para melhorarmos a atenção à esse grupo prioritário, é a qualificação dos registros para o acompanhamento da conduta dos exames que são positivos de câncer até o final do tratamento, procurando uma estreita relação em parceria com o nível secundário em que for atendida de onde a maioria das vezes o retorno destas pacientes nem se conhece e deveria ser uma retroalimentação entre os níveis do sistema de saúde quem reforce o acompanhamento seguro das pacientes.

Para os usuários com HAS, desenvolvemos várias ações, como por exemplo, palestras, mutirões, pesquisas na comunidade por meio das visitas domiciliares. Essas ações são desenvolvidas pela maioria dos profissionais da equipe. Utilizamos os protocolos estabelecidos para as doenças crônicas, e encontramos fragilidades quanto aos registros para o monitoramento e avaliação das ações.

Estavam cadastrados pela equipe 137 pacientes que são acompanhados na totalidade, deles somente 47 pacientes (34%) realizaram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e deles 97 pacientes apresentam atraso na consulta, ou seja (71%) , apresentam exames periódicos em dia um total de 123 usuários que representam um (90%) e só aparecem com avaliação da saúde bucal completa 36 hipertensos acompanhados que representam da totalidade o (26%) não acontecendo da mesma forma com as orientações sobre práticas pouco saudáveis de alimentação nem com as orientações das práticas de exercícios físicos regulares onde a totalidade dos pacientes 137 (100%) receberam as pelas diversas atividades desenvolvidas na unidade, na comunidade ou nos contatos nas próprias consultas com enfermagem e consulta médica.

No caso dos usuários com DM realiza se as mesmas ações como no caso dos pacientes com HAS, temos do mesmo jeito dificuldades com os registros, existe o protocolo para o acompanhamento das pessoas com DM, mas não realizamos o monitoramento e avaliação das ações e todos profissionais envolvidos na equipe participam destas atividades.

Em nossa área de abrangência aparecem cadastrados e acompanhados 46 pacientes, muito em baixo da estimativa pelo número da nossa população, deles foram estratificados pelo risco cardiovascular segundo o critério clínico somente 18 pacientes que representam o (39%), com atraso nas consultas agendadas aparecem 37 pessoas (80%) dos usuários acompanhados com DM, sendo do total 38 deles quem apresentam com um (83%) os exames complementares periódicos em dia, de igual forma como acontece nos casos com Hipertensão Arterial, somente 12 pacientes receberam avaliação bucal (26%) não acontecendo do mesmo jeito com a realização dos exames físicos nos últimos 3 meses, a palpação dos pulsos pediosos e triviais, a procura da sensibilidade dos pés no mesmo período e as orientações sobre as práticas de exercícios físicos regulares e a nutrição saudável onde a totalidade dos pacientes 46 (100%) receberam as ações em saúde correspondentes, em nossa área foram encaminhados 2 pacientes com complicações renais, 1 deles com uma retinopatia já severa e não temos registros de complicações de tipo cardiovasculares nem pacientes amputados.

A principal dificuldade na atualidade continua sendo a deficiente pesquisa dos casos pelos agentes de saúde, a programação das visitas atingindo a totalidade da população, a correta monitorização dos programas e o correto acompanhamento da totalidade dos casos, toda semana a equipe continua avaliando o progresso dos indicadores dos diferentes programas, já começou a visita nas micro áreas e desenvolvermos uma programação de mutirões cada 15 dias para aprimorarmos os resultados e chegar a conhecer a totalidade das pessoas com estes e outros problemas de saúde, toda semana realiza se atividades com hipertensos e diabéticos, já começaram a aparecer os primeiros resultados com todos os programas priorizados pelo Ministério da Saúde.

Em nossa unidade, o total de idosos cadastrados é 468, acima da estimativa considerada pelo caderno de ações programáticas. No entanto, somente temos em acompanhamento 248 pessoas idosas, que representa a totalidade 53%. Isso pode

ocorrer principalmente devido à falta de pesquisa ativa que ainda é insuficiente além dos faltosos que representam um número alto de pacientes desta faixa etária.

Neste sentido, nós conseguimos avaliar como negativo o trabalho desenvolvido até agora já que faltam ações a serem realizadas e condutas a serem organizadas para maior sucesso do programa. Do total de idosos cadastrados e acompanhados pela nossa equipe, 100% (248) possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa, 50% (123) delas apresentam a avaliação multidimensional rápida e 77% (192) estão com o acompanhamento em dia.

Todos eles com investigação de indicadores de fragilização da velhice. No posto de saúde realizamos atividades de promoção de saúde, mutirões para avaliações das pessoas idosas e as consultas todas semanas. Existem na UBS o protocolo de atendimento as pessoas idosas, nas atividades desenvolvidas participam os profissionais da equipe, mas não existem registros para o monitoramento e avaliação das atividades.

Analisando os indicadores no acompanhamento dos idosos com doenças crônicas, conseguimos identificar em acompanhamento completo, tratamento em dia, 127 pessoas que representam um 51% e com Diabetes Mellitus 47 pessoas que representam um 19% do total cadastrado, 100% das pessoas acompanhadas na UBS pelas diferentes equipes de saúde apresentam a avaliação do Risco de Morbidade. A totalidade dos usuários acompanhados acima dos 60 anos são orientados sobre os hábitos alimentares e a atividade física para obter uma vida saudável, somente 192 idosos (77%) fizeram ao menos uma avaliação em saúde bucal, mas a maioria deles não concluiu o tratamento.

Nossa equipe já começou a fazer as mudanças necessárias para nós enfrentar ao maior desafio de todos, conseguirmos completar todos os registros de dados dos diferentes programas desenvolvidos na nossa população, identificar a totalidade dos problemas da comunidade e monitorar e avaliar todas as ações desenvolvidas para atingir os alvos que precisamos e aprimorar nosso atendimento de forma integral. Contamos com os recursos em média necessários e com o pessoal que deve continuar o processo de engajamento, começado desde os inícios de nossas conversas identificando as dificuldades que temos de forma geral.

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

Segundo as reflexões feitas e as análises realizadas da situação da nossa equipe na UBS é vista de forma mais superficial no primeiro texto e de forma aprofundada no segundo.

Cada situação em particular já desenvolvida nos textos acima proporciona comparar a grande diferença que existe entre o que é uma imagem a distância da realidade e entre as dificuldades identificadas que nos permitiram refletir e atuar em conjunto para resolvê-las com ações dirigidas em cada caso que seja, sendo um grande desafio ainda para nos aprimorar ainda mais o nosso trabalho em equipe.

Por meio do relatório de análise situacional é possível identificar as fragilidades e as potencialidades que o nosso serviço, a comunidade bem como a equipe apresentam. A partir disso, é possível estabelecer um planejamento de um plano de ação, visando superar essas dificuldades e proporcionar uma maior organização nas atividades em geral e em direção a saúde integral da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Na unidade de saúde um dos problemas mais significativos é representado pela baixa cobertura existente nos diferentes programas priorizados pelo Ministério da Saúde, principalmente devido à pouca adesão das pessoas nos diferentes programas e muito particularmente no caso das pessoas com HAS e DM. Essas doenças são muito frequentes no Brasil e no mundo, provocam muitos óbitos que na imensa maioria seriam evitáveis com as medidas e terapias certas em conjunto com o acompanhamento para garantir a esperada qualidade de vida da população e como desenvolver atividades para melhor ainda, evitarmos as doenças cheguem a afetar outros indivíduos (BRASIL, 2013).

A UBS Dídimo Pires possui com 4 salas para atendimento, recepção, sala de espera, farmácia, enfermagem, laboratório, triagem, espaço para nebulização, a tele saúde e a diretoria além de uma sala para a marcação de exames e consultas no segundo nível da atenção de saúde que não podem ser realizados no município. É composta por uma população total de 7.502, a maioria negociantes, agricultores e pescadores, conta com três equipes. Nossa equipe, do Bairro São Francisco, conta com 11 agentes comunitários de saúde, um Odontólogo, um técnico em saúde bucal, um técnico de enfermagem, uma enfermeira e um médico, estrutura muito completa que pode garantir o desenvolvimento das ações pertinentes para a pesquisa ativa e os acompanhamentos das pessoas afetadas pela diabetes mellitus e a hipertensão.

Desde o começo de nosso trabalho identificamos a baixa cobertura oferecida para população afetada por HAS e/ou DM. Temos cadastrados na UBS 242

peças com HAS e 123 com DM, o que representa uma cobertura, respectivamente de 21,3% e 43,7%. Nosso objetivo é atingir 70% das estimativas geradas que foram, respectivamente, para pessoas com 20 anos ou mais com HAS 1141, enquanto que para DM, 281, ou seja, no caso da atenção à pessoa com HAS pretendemos acompanhar 793 pessoas com HAS e 196 no caso dos usuários com DM.

Para nossa população alvo é oferecido agendamento para consulta toda semana exceto as terças feiras, de tarde, que são desenvolvidas as consultas para as gestantes e as puericulturas. Além das consultas de Hipertensão e Diabetes que são realizadas todas quintas-feiras de manhã e de tarde com a revisão dos exames indicados para novos casos, para nosso trabalho temos meia jornada dedicada de manhã todas quartas-feiras para as pesquisas no ambientes das visitas domiciliares, também desenvolvidas de forma programada por micro áreas todas terças-feiras no horário matutino. Todo mês realiza-se encontros com os grupos priorizados e encontros com os líderes das comunidades e programa-se atividades de promoção e atenção a saúde em cada bairro, dirigidos também a pesquisa ativa dos casos e a explicar a importância das medidas de prevenção e a realização de exames e testes na procura de sinais das doenças que ocupam nosso trabalho.

Consideramos muito importante a realização desta intervenção, pois garante a atenção oportuna da totalidade dos casos de pessoas afetadas pela HAS e/ou DM e nos ajudará a prevenir as doenças com nossas ações de saúde. Entre os aspectos que viabilizam a intervenção, está o fato da aceitação pela população com muita positividade e onde a equipe toda junto à comunidade encontra-se comprometida com os resultados que até este momento já são perceptíveis por todos os membros da nossa equipe e comunidade. Também podemos contar com o apoio recebido pela gestão da unidade de saúde e a gestão do município por meio de materiais que precisaremos, conforme citados na logística para o cumprimento do cronograma programado para nossa intervenção a modo de obter os melhores resultados para o trabalho projetado. A nossa intervenção melhorará a atenção à saúde da população-alvo, uma vez que o nosso processo de trabalho será (re)organizado, a cobertura da atenção será ampliada, considerando os princípios da universalidade e integralidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Dídimo Pires, Tabatinga-AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1- Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- 2- Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- 3- Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.
- 4- Melhorar o registro das informações.
- 5- Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

1.1- Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

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).

2.4- Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5- Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.8- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.9- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1- Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Dídimo Pires, no Município de Tabatinga, AM. Participarão da intervenção as pessoas residentes na nossa área de abrangência da UBS, (7.502 população total) e será desenvolvido pela equipe do bairro São Francisco com os usuários identificados e cadastrados com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento:

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sobre supervisão do médico e da enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

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

Detalhamento

Para o acolhimento dos hipertensos e diabéticos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais (com uma média de doze consultas agendadas por dia). O cadastramento dos usuários será realizado pelas ACS através das visitas domiciliares e o cadastramento dos dados no SIAB será realizado pelo médico e enfermeira. (Este cadastramento será semanalmente). Para isso, faremos um registro que permita avaliar a totalidade dos mesmos priorizando o atendimento destes usuários, utilizaremos a ficha espelho oferecida pelo curso, pois a mesma contempla as informações necessárias para alimentarmos os indicadores.

Essas fichas serão revisadas mensalmente pelo médico para serem monitorados o número dos usuários cadastrados no programa e o registro adequado dos dados. Será garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

A equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de HIPERDIA. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, dentista, para garantir uma velhice mais saudável, também comunicaremos através de visitas domiciliares, encontros com a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

Detalhamento:

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no

intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira da unidade de saúde 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. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeiras, sobre como realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, e mensalmente durante a intervenção nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

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

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

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

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

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Monitorar os usuários com diabetes com exame dos pés a cada 03 meses.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sobre supervisão do médico e da enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

A técnica de enfermagem da equipe vai ser responsável pela verificação dos sinais vitais e da glicemia do paciente, as demais atividades do exame clínico ficam a cargo do médico.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento:

A capacitação vai ser realizada durante a reunião de equipe, e vamos utilizar os protocolos adotados pela unidade como referencia.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento:

As atualizações vão ser realizadas a cada dois meses durante a reunião de equipe e o tema a ser trabalhado vai ser definido previamente com os demais membros da equipe.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

Solicitar ao gerente distrital responsável pela unidade os cadernos de saúde pública Nº 36 e nº37 que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e tratam dos temas hipertensão e diabetes.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento:

Conversar com o gerente distrital responsável pela unidade acerca da importância dos exames complementares em dia.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento:

Conversar com o gerente distrital responsável pela unidade acerca da importância da agilidade para a realização dos exames complementares em dia.

- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Adotar uma folha de registro dos exames complementares solicitados com a data de solicitação e a previsão de retorno do paciente.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento:

Realizar o levantamento dos estoques de medicamentos mensalmente além de realizar o registro dos medicamentos que estão perto de vencer a validade, priorizando sua disponibilização.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

Realizar o registro dos medicamentos de acordo com as necessidades.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Conversar com o dentista da unidade sobre a importância da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e organizar um momento durante as atividades de grupo para a realização da avaliação.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Pactuar com o dentista da unidade uma agenda para a realização dos atendimentos a hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação de necessidade de atendimento odontológico, levando em conta os dias em que o paciente tem consulta agendada com o médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações**

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

A equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de HIPERDIA. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, dentista, para garantir uma velhice mais saudável, também comunicaremos através de visitas domiciliares e encontros com a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações**

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

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira da unidade de saúde 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. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeiras, sobre como realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, e mensalmente durante a intervenção nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Monitorar semanalmente pelo médico e pela enfermeira o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) assim como o número de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Serão organizadas visitas domiciliares com os ACS uma vez por semana para buscar os indivíduos faltosos á consulta. A agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares vai ser de acordo com as datas e horários disponíveis.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

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

Detalhamento:

A comunidade receberá informação da equipe durante as visitas domiciliares, consultas e atividades de grupo, sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade em que devem ser efetuadas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

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

Detalhamento:

Os ACS serão capacitados pelo médico para realizar a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas. Também receberão capacitação para orientá-los quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ação:**

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

Detalhamento:

O monitoramento dos registros específicos será realizado uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados de hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, sob supervisão do médico e da enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ação:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento:

Para manter as informações do SIAB atualizadas, o médico e enfermeira, solicitarão ao gestor municipal materiais e fichas específicas que garantam um trabalho eficaz e confiável.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento:

Os ACS devem revisar a existência da ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, assim como o monitoramento do registro das informações deles.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento:

O médico e enfermeira devem fazer um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento:

O médico vai ser responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Vamos adotar uma lista de pacientes que não compareceram nas consultas e uma lista com a data da solicitação dos exames complementares aonde vai constar a previsão para a chegada dos resultados, também vai ser utilizado uma ficha espelho com os demais registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

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

Detalhamento:

A enfermeira irá esclarecer aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre seus direitos de manutenção de seus registros de saúde na UBS, sobre a disponibilidade de solicitar segunda via quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

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

Detalhamento:

O médico capacitará a equipe sobre como preencher os registros e sobre a importância de mantê-los atualizados.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação:

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

Detalhamento:

O médico deve monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano de acordo com os registros da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação:

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

Detalhamento:

Será organizada uma agenda pela enfermeira para atender os indivíduos hipertensos e diabéticos. O médico priorizará o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Neste caso eles serão atendidos todos os meses na consulta do programa de HIPERDIA.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação:

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

Detalhamento:

Os usuários serão orientados pela equipe quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular durante as consultas.

Os usuários e a comunidade serão esclarecidos durante as visitas domiciliares, consultas e atividades de grupo quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação:

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

Detalhamento:

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico e enfermeira para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento:

Mediante o registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e consultas médicas, iremos monitorar as atividades de promoção de hábitos saudáveis, mudanças de estilos de vida, sob supervisão do médico, enfermeira e dentista.

Mediante o registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e consultas médicas, iremos monitorar as orientações para a prática regular de atividades físicas a 100% dos hipertensos e diabéticos. Será responsabilidade do médico e enfermeira.

Mediante o registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e consultas médicas, iremos monitorar as orientações sobre riscos do tabagismo a hipertensos e diabéticos. Será responsabilidade do médico e da enfermeira.

Através do registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e as consultas médicas e odontológicas iremos monitorar as orientações sobre a higiene bucal para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento:

Cada consulta terá um tempo para orientação nutricional a hipertensos, diabéticos e seus familiares. A enfermeira solicitará ao gestor municipal a

participação de um nutricionista à consulta de HIPERDIA uma vez ao mês.

Cada consulta ou atividade de promoção de saúde disponibilizará um tempo para as orientações a hipertensos, diabéticos e familiares sobre a prática de exercícios físicos, sob a responsabilidade do enfermeiro e médico. Procuraremos garantir junto ao gestor municipal, profissionais qualificados para realizar essa atividade que será feita semanalmente.

Procuraremos demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Durante a consulta médica e odontológica será disponibilizado um tempo para as orientações sobre a higiene bucal. Solicitar se ao gestor municipal a disponibilidade de kits de higiene bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da alimentação saudável, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prática regular de atividades física, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

A equipe de saúde orientara aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Os hipertensos, diabéticos e familiares, receberão orientação pelo médico, enfermeira e dentista sobre a importância da higiene bucal. Podemos utilizar um espaço no mesmo folder sobre alimentação saudável para estimular o cuidado bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

A equipe receberá capacitação sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita pela enfermeira.

A equipe receberá capacitação sobre a promoção da prática de atividade física regular em hipertensos e diabéticos e metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita pela enfermeira.

A equipe receberá capacitação sobre o tratamento de pacientes tabagistas e metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita pelo médico e enfermeira.

A equipe será capacitada para oferecer orientações de higiene bucal, sob responsabilidade do médico e dentista.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.2- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.7- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.8- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, adotaremos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e de Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha espelho fornecida pelo curso que possui campos referentes à classificação de risco do usuário, exames laboratoriais, mas não acerca da saúde bucal. Assim, para poder coletar todos os dados necessários para monitorarmos os indicadores da intervenção, o médico e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar. Pretendemos alcançar com a intervenção 70% de nossa cobertura atual, ou seja, 793 pessoas com HAS e 196 com DM. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos dados e recursos que forem necessárias e para imprimir as 1000 fichas complementares que

serão anexadas ao trabalho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

O acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que procurarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Pessoas com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências da hipertensão e/ou diabetes. Usuários que procurarem consultas de rotina relacionadas ao programa de hipertensão e/ou diabetes terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. As pessoas com hipertensão e/ou diabetes que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os hipertensos e/ou diabéticos em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará ao paciente para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para organizar o registro do programa, a enfermeira revisará o livro de registro de Hiperdia que os agentes acompanham para o trabalho diário. A profissional localizará os prontuários deles e transcreverá as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso.

Para as ações de qualificação da prática clínica, reuniões semanais na própria UBS, as quintas-feiras, antes da intervenção e durante a mesma serão realizadas para conversar sobre o protocolo adotado. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e no momento da reunião de equipe será apresentado. Todos irão expor o conteúdo aos outros membros da equipe, de forma dialógica, proporcionando trocas de informações e esclarecer as dúvidas, se houver.

Para as ações de engajamento público, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade no bairro e na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto e estabeleceremos uma agenda nesses locais para as ações serem desenvolvidas. Nos encontros de engajamento público utilizaremos material de leitura com conteúdo impressos, pôsteres e projeções

digitais que serão providenciados com apoio da secretaria municipal de saúde. Os encontros serão realizados por meio de palestras e rodas de conversa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações previstas no projeto foram desenvolvidas, conforme planejamos. Isso foi possível devido ao comprometimento da equipe, ao trabalho com a comunidade e o apoio da gestão. É claro que encontramos algumas dificuldades, conforme mencionarei em alguns parágrafos abaixo.

As conversas e capacitação com a equipe toda foi muito importante para convenceremos todos da importância na organização do trabalho para obtermos verdadeiros resultados na pesquisa e acompanhamento dos nossos usuários de forma integral no programa de atenção a saúde da pessoa com HAS e/ou DM.

Nós tivemos dificuldades com alguns recursos no princípio como, por exemplo, o papel para os impressos de modelos para acompanhamento familiar, os computadores e até com o espaço para nós desenvolvermos a nossa reunião semanal. Mas ao longo do tempo, superamos essas limitações e conseguimos obter resultados satisfatórios da nossa investigação.

A população já aproveita do novo sistema de visitas em relação com a avaliação clínica e investigativa do nosso trabalho. No início da intervenção, os membros da nossa equipe combinou de fazer as visitas domiciliares por micro área de saúde, tarefa que foi desenvolvida pelos ACS, o médico e o enfermeiro, segundo o caso. Foram visitadas a maioria das casas dos usuários e identificados aqueles que precisavam do atendimento do programa e outros foram avaliados por semanas nas consultas com o propósito de identificar as doenças em questão.

Com cada usuário, foi desenvolvida uma consulta de avaliação integral da doença levando em conta todos os itens da investigação e os objetivos de cada

meta da investigação. Assim que cada usuário completar o acompanhamento foi agendada uma reconsulta para o resto do ano intercalando entre visita na moradia e consulta médica de avaliação da sua condição física de forma integral.

Uma outra dificuldade que encontramos no nosso caminho foi em relação aos exames complementares indicados que em muitos casos não chegaram a nossas mãos em tempo ou por dificuldades com recursos dependentes da secretaria ou do município.

Alguns não se encontravam disponíveis para sua realização, como por exemplo, glicemia em jejum, eletrocardiogramas, ultrassom abdominais, raio X de tórax, e etc. Usuários que tinham que ser resgatados por serem faltosos nas consultas por questões de trabalho ou que estavam fora da cidade no momento, a nossa equipe planejava de visitá-los.

Hoje a (re)organização do processo de trabalho que a intervenção possibilitou está incorporada no nosso dia a dia, embora apresentamos algumas dificuldades no desempenho das equipes que em várias semanas não preenchiam os dados na PCD ou não realizavam as visitas planejadas na semana. Outra dificuldade que identificamos com muita frequência foi a falta as consultas dos usuários avaliados, fato que atrasava muito o nosso trabalho e conseguimos vencer as etapas na coleta e processamento das informações.

De forma geral o trabalho foi desenvolvido com sucesso e hoje faz parte do trabalho da unidade de saúde. Nós desenvolvemos até um modelo para facilitar o acompanhamento da família toda com o propósito que fique para o trabalho e organizar e controlar ainda mais o fluxo de pessoas em nossa comunidade e avaliarmos mais constantemente no tempo as doenças não transmissíveis e prevenir aquelas que possam se apresentar em pessoas com fatores de risco, todo em relação com a PCD que fica como instrumento de registro na unidade de saúde. O modelo de acompanhamento familiar facilita a atualização da família todo ano e a planificação de visitas e avaliação de dificuldades que possa apresentar o grupo familiar.

É importante ressaltar a participação e ajuda direta de instituições dos bairros como escolas, empresas, igrejas e líderes das comunidades com quem mantemos uma relação colaborativa e solidária desde o momento que iniciamos o contato deles, visando estimular o controle e a participação popular no planejamento, implementação e avaliação da intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas no trabalho foram desenvolvidas, algumas com algum nível de dificuldade como foi relatado no trabalho, mas a totalidade projetada atingiu as orientações.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O preenchimento da PCD desde o começo da nossa atividade foi desenvolvido com os dados requeridos e coletados satisfatoriamente, mas no início foi um pouco difícil de incorporar o sistema na rotina do serviço, devido à quantidade de fluxo de informações que toda a equipe precisa trabalhar durante a semana.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Desde o começo da nossa intervenção foi projetada a possibilidade de incorporarmos novos métodos de trabalho e o trabalho desenvolvido garantiu a possibilidade de incorporar todas as ações à nossa rotina de serviços, desde o acolhimento dos pacientes até o acompanhamento e recuperação dos mesmos segundo seja o caso. A intervenção foi muito bem recebida pelos usuários e muito positivamente pela equipe toda, fazendo o que fosse necessário para o acompanhamento dos usuários, na melhora na atenção de todas as doenças priorizadas pelo MS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada durante 12 semanas na UBS Dídimo Pires, abordou o tema relacionado com a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM. Participaram os usuários a partir de 20 anos residentes na área de abrangência da nossa unidade de saúde.

Para realizar a nossa intervenção, utilizamos as estimativas da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização da UFPel, pois elas retratam melhor a nossa realidade e também nossos registros não estavam atualizados. Dessa forma, após inserir na PCD o número total de habitantes residentes na nossa área de abrangências (7.502), as estimativas geradas foram, respectivamente, para pessoas com 20 anos ou mais com HAS 1141, enquanto que para DM, 281.

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos uma meta de cobertura para a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM em 70%. Essas metas foram consideradas, uma vez que a intervenção teria a duração de apenas 3 meses e também, segundo as estimativas da PCD, os nossos indicadores de cobertura antes da intervenção, para a atenção à saúde da pessoa com HAS era de 21,2% (242) e de DM de 43,7% (123).

Os objetivos principais desse trabalho foi ampliar e qualificar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM. Para isso, foram realizadas inúmeras ações com a participação da equipe, da comunidade e da gestão.

O número de pessoas com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência e com HAS que participaram da intervenção foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 77, 183 e 356. Já o número de pessoas com DM foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 25, 54 e 129. Seguem abaixo os resultados obtidos, segundo os objetivos e as metas.

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas com HAS no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% das pessoas com DM no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Em relação à meta 1.1, o número total de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde, foi, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 77 (6,7%), 183 (16,0%) e 356 (31,2%).

Quanto a meta 1.2, os indicadores de cobertura alcançados no primeiro, segundo e terceiro mês, foram, respectivamente, 8,9% (25), 19,2% (54) e 45,9% (129).

Essas metas não foram atingidas, pois no primeiro e terceiro mês a realização das atividades previstas em nosso projeto foram afetadas pela presença de condições climáticas desfavoráveis, intensas chuvas, alagamentos, estragos das carreiras e não disponibilidade de transporte para deslocamento dos usuários a UBS.

Além disso, é importante destacar que a característica da nossa população foi flutuante, principalmente no terceiro mês com a data de natal e ano novo onde todos os ACS tiveram uma semana de recesso.

Esses fatos impossibilitaram o adequado acesso dos usuários do programa à unidade de saúde, a busca de faltosos a consultas pelos ACS, a atualização do cadastro, visitas domiciliares e atividades de promoção em saúde para a divulgação do funcionamento do programa e ações que estávamos realizando com a implementação deste projeto.

Por outra parte, devemos reconhecer a situação geográfica existente em nossa área de abrangência, onde um por cento dos usuários do programa moram em comunidades ribeirinhas muito afastadas da unidade e não tem meio de transporte para se deslocar.

Essas situações ocorridas diminuíram em grande medida o fluxo de usuários, prejudicando assim, os resultados de nossos indicadores de cobertura e o alcance de nossas metas propostas.

Já no segundo e terceiro mês, tivemos um incremento do fluxo de usuários, uma vez que conseguimos realizar o maior número de atendimentos na unidade e durante as visitas domiciliares, obtendo avanços positivos neste importante indicador que nos colocou mais perto de nossas metas propostas.

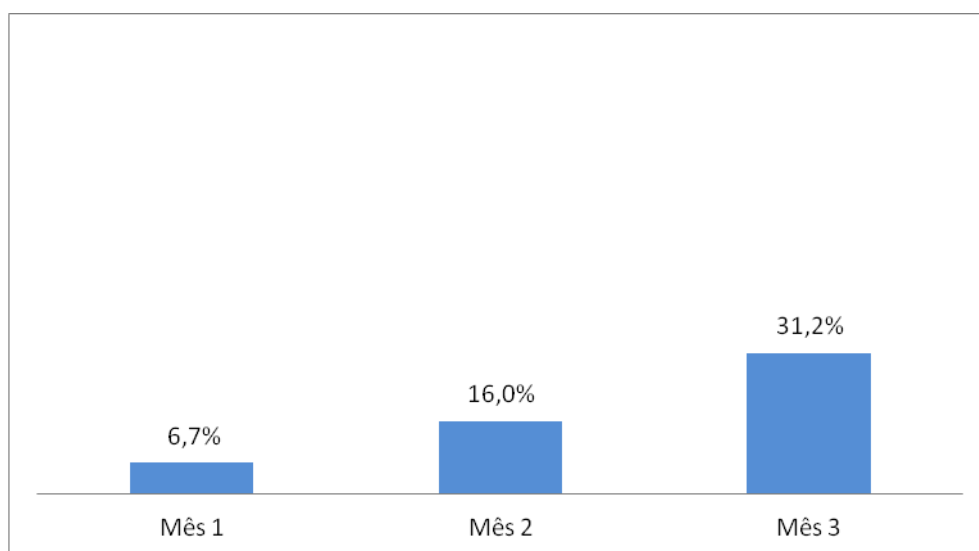


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

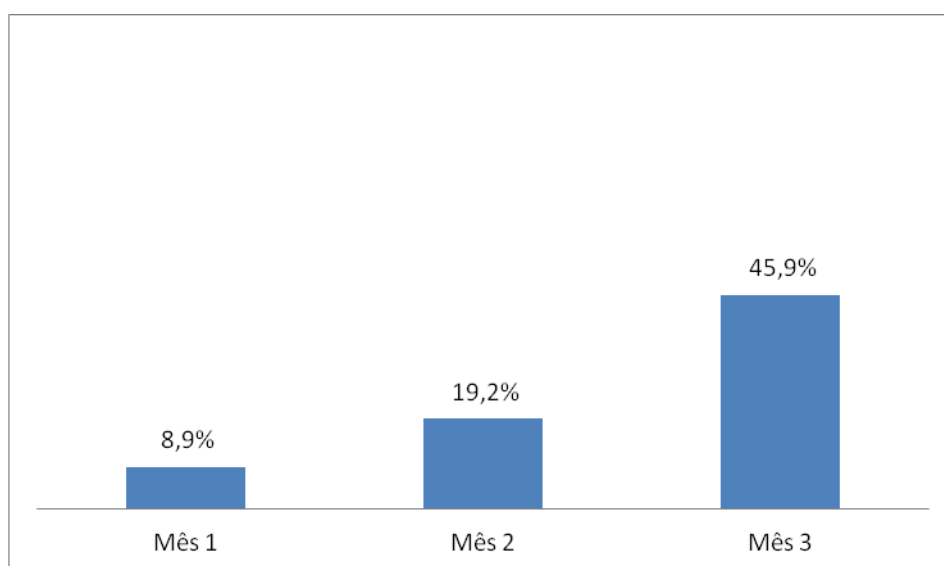


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

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

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

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

O número de pessoas com HAS com exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 77 (100%), 183 (100%) e 356 (100%).

Em relação às pessoas com DM, no primeiro, segundo e terceiro mês, o número foi, respectivamente, 25 (100%), 54 (100,0%) e 129 (100,0%).

No primeiro, segundo e terceiro mês, os registros foram preenchidos com a qualidade requerida, foi possível completar as ações que faltaram no retorno do usuário à unidade e, assim, tivemos um incremento desses indicadores.

Para melhorar esses indicadores na gestão do serviço, definimos o papel que correspondia a cada profissional na realização do exame clínico apropriado em 100% desses usuários. Nós programamos e realizamos a qualificação da prática clínica para todos os profissionais da equipe, principalmente com o foco em relação a importância de realizar esse exame e a periodicidade conforme aos protocolos estabelecidos, atividades que daremos continuidade nos próximos meses.

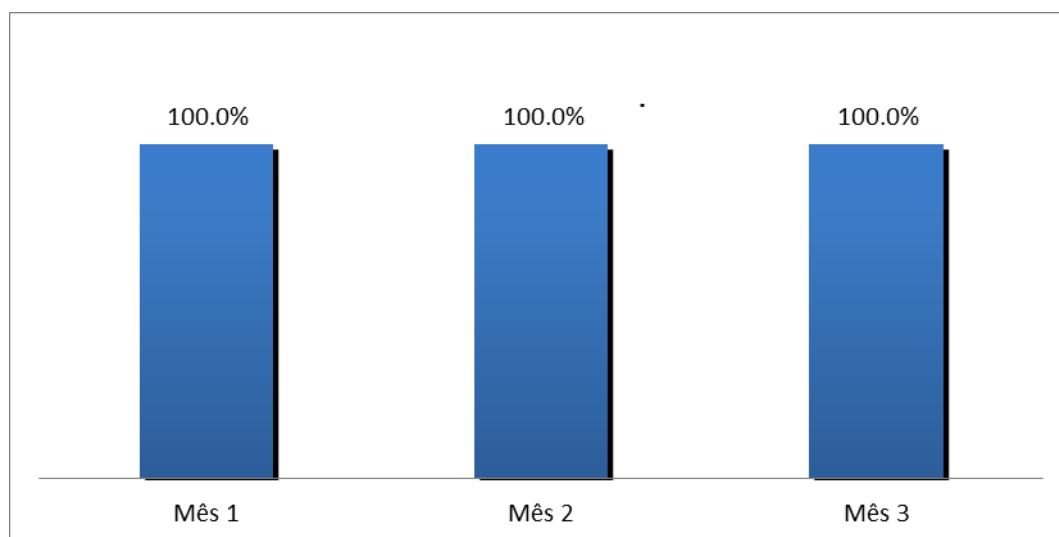


Figura 3: Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

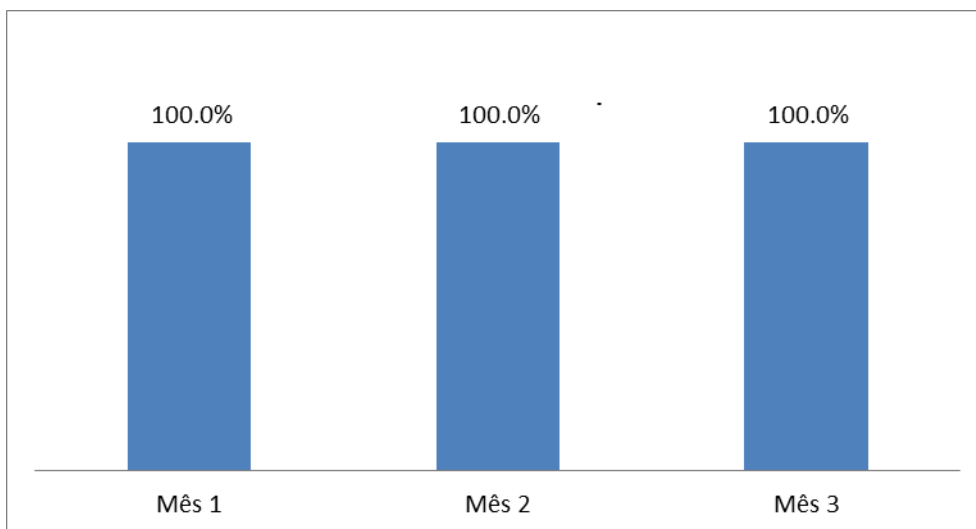


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

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).

O número de pessoas com DM com exames dos pés em dia, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 21 (84,0%), 31 (57,4%) e 129 (100%).

No primeiro mês o indicador não atingiu a meta proposta, devido à mesma justificativa apresentada acima, nos indicadores 2.2 e 2.2. Mas no segundo e terceiro mês, conseguimos alcançar essa meta.

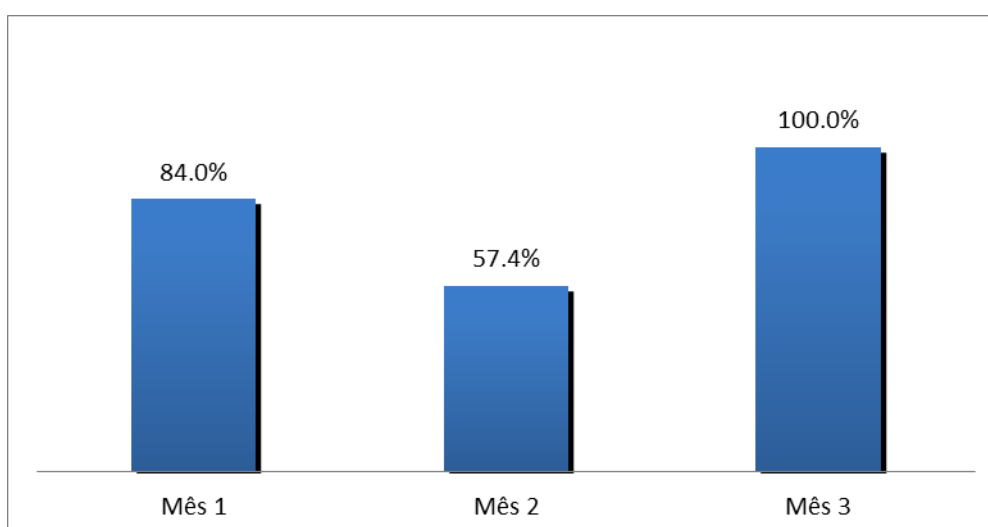


Figura 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

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 de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com exames complementares periódicos em dia foi, respectivamente, 43 (55,8%), 183 (100%) e 356 (100%).

Quanto às pessoas com DM, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês, foi respectivamente, 20 (80,0%), 54 (100%) e 129 (100%).

Não foi possível alcançar a meta proposta no primeiro mês do indicador 2.4 e 2.5, já que contamos com laboratório no município mas a demanda foi muito maior. Houve falta de reativos e outros tem que se deslocar das comunidades muito distante para realizar os exames.

No segundo e terceiro mês a enfermeira da atenção básica coordenou o processo, para estabelecer prioridade no laboratório para essas pessoas. Assim, foi possível restabelecer o fornecimento de material químico dando a oportunidade de um grande número de usuários realizarem seus exames, favorecendo também o aumento desse indicador no segundo e no terceiro mês.

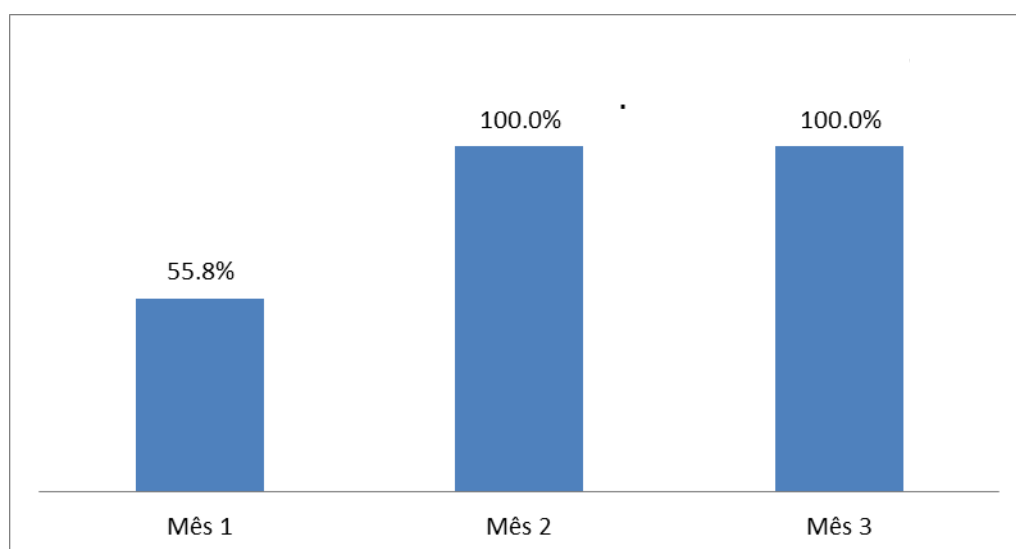


Figura 6: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Em relação aos resultados alcançados no indicador 2.5, da mesma forma, as metas aumentaram e foram atingidas apenas nos dois últimos meses.

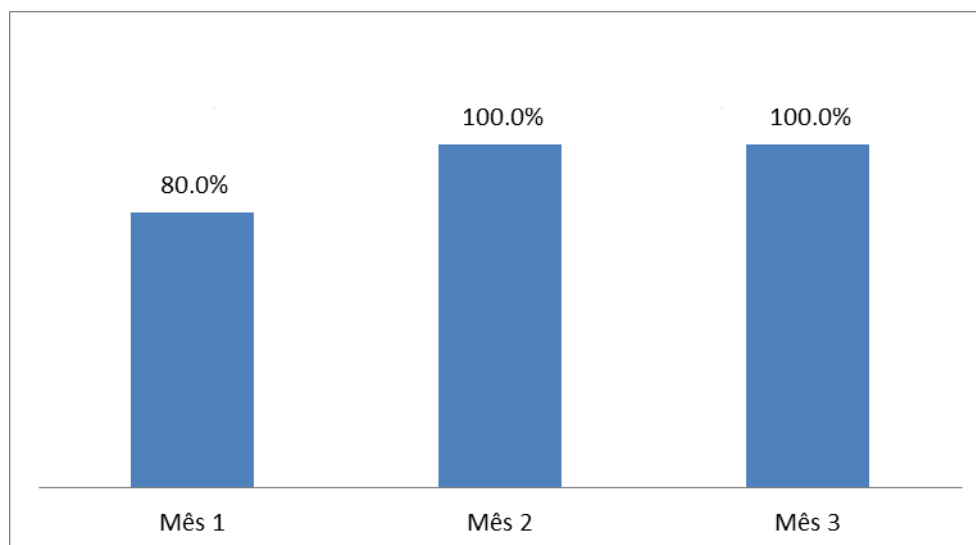


Figura 7: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

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.

Nem todos os medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos são exclusivo da farmácia popular, pois muitos apresentam doenças cardiovasculares associadas a outras doenças e precisam comprar em outras farmácias. Além disso, temos uma baixa cobertura de medicamentos na farmácia popular para o tratamento dessas doenças crônicas.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia foi, respectivamente, 56 (73,7%), 162 (89,0%) e 334 (94,1%), enquanto para as pessoas com DM, os números alcançados foram 17 (68,0%), 46 (85,2%) e 121 (93,8%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Os aumentos identificados no segundo e terceiro meses se referem às compras realizadas pela secretaria de saúde, e outros compravam o medicamento com acompanhamento em outro município pertencente da Colômbia e com nosso trabalho logramos voltassem para nossa UBS.

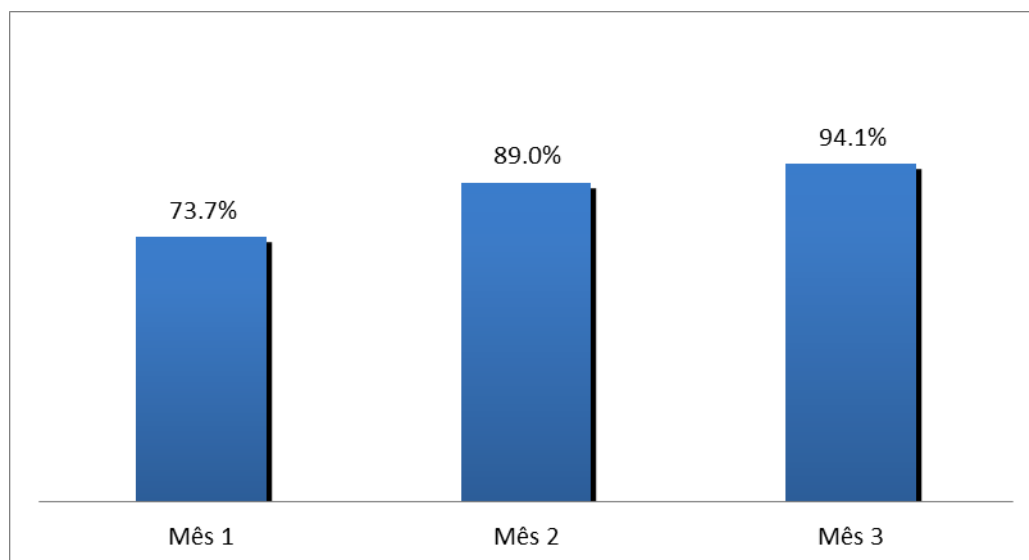


Figura 8: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

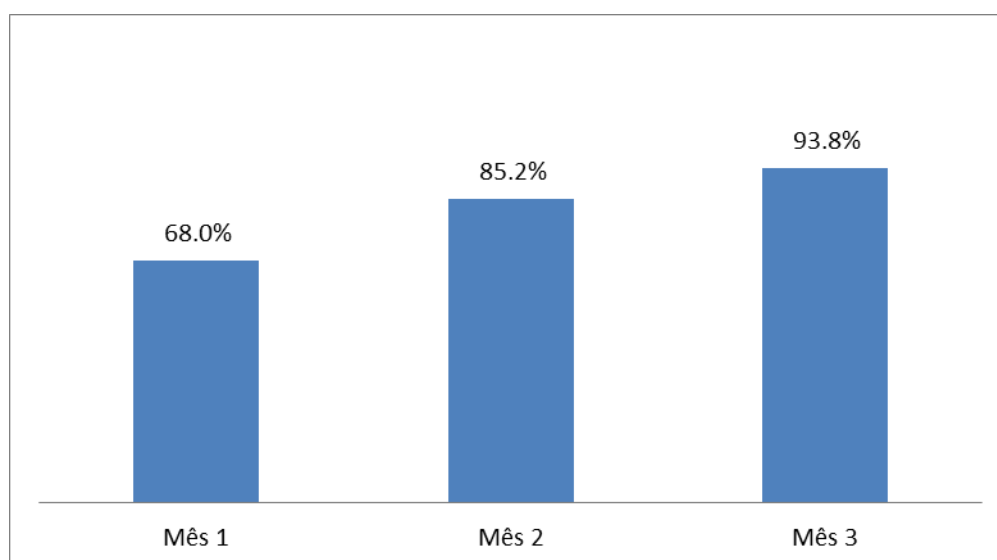


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Diabetes.

Como expliquei anteriormente, no primeiro mês, não se completaram todas as atividades previstas, impossibilitando alcançar a meta proposta, o que prejudicou o indicador relacionado com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, só contamos com uma equipe de saúde bucal.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi, respectivamente, 49 (63,6%), 183 (100%) e 356 (100%). Já em relação às pessoas com DM, o número atingido no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 21 (84,0 %), 54 (100%) e 129 (100%).

O aumento observado no segundo e terceiro mês ocorreu devido a divulgação do programa e a incorporação das ações previstas na rotina do serviço.

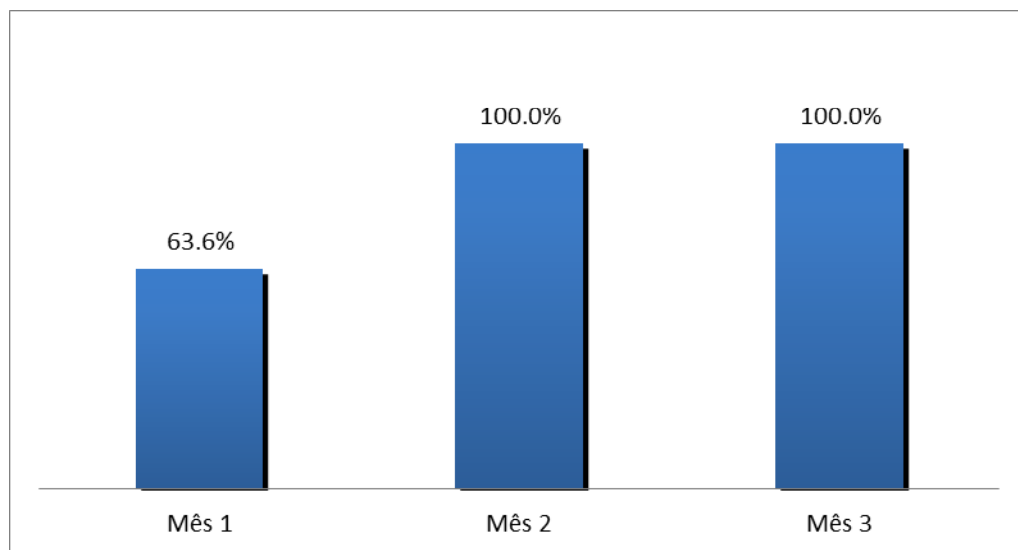


Figura 10: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

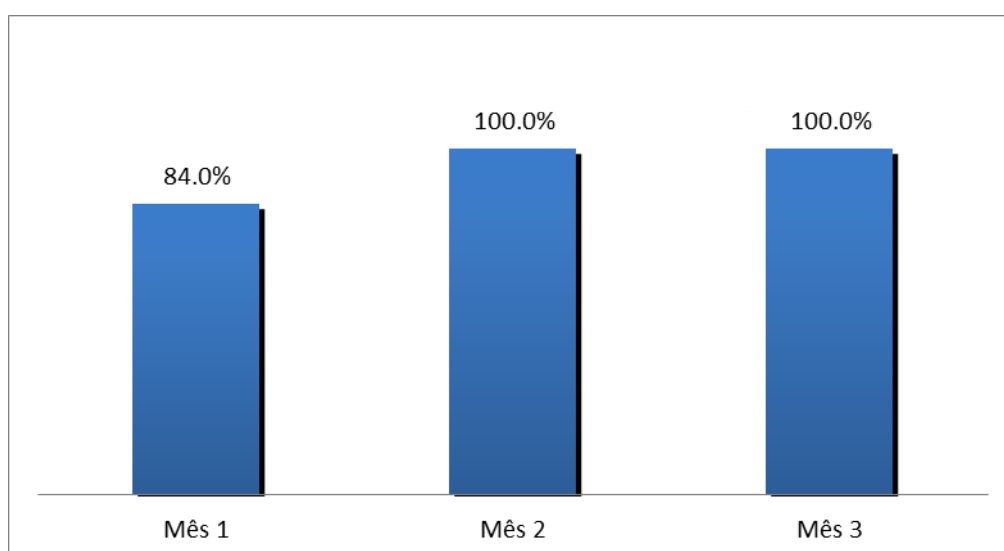


Figura 11: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

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

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

Em relação aos usuários com HAS e/ou DM faltosos a consulta, é importante esclarecer que iniciamos as primeiras semanas da intervenção com aqueles usuários que não compareciam ao serviço por mais de um ano, ou seja, que se tratava de usuários sem acompanhamento na unidade, mesmo assim morando na área adstrita, só compareciam a unidade quando precisavam de medicamentos para o controle da sua doença.

Esses usuários foram priorizados para iniciar nosso projeto, visitados pelos ACS e registrados no cadastro do programa, por este motivo ficou registrado na PCD um grande número de usuários faltosos no primeiro mês da intervenção. Essa ação foi desenvolvida sem dificuldade e de vital importância para aumentar a adesão dos usuários ao programa.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa foi, respectivamente, 27 (79,4%), 28 (80,0%) e 28 (80,0%). Em relação às pessoas com DM, foi realizada a busca ativa em 5 (83,3%), 5 (83,3%) e 6 (85,7%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

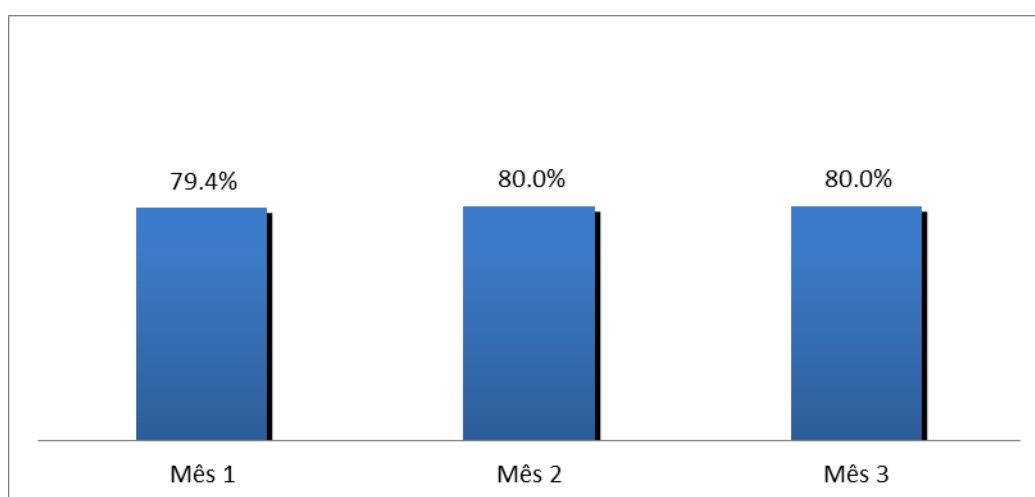


Figura 12: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

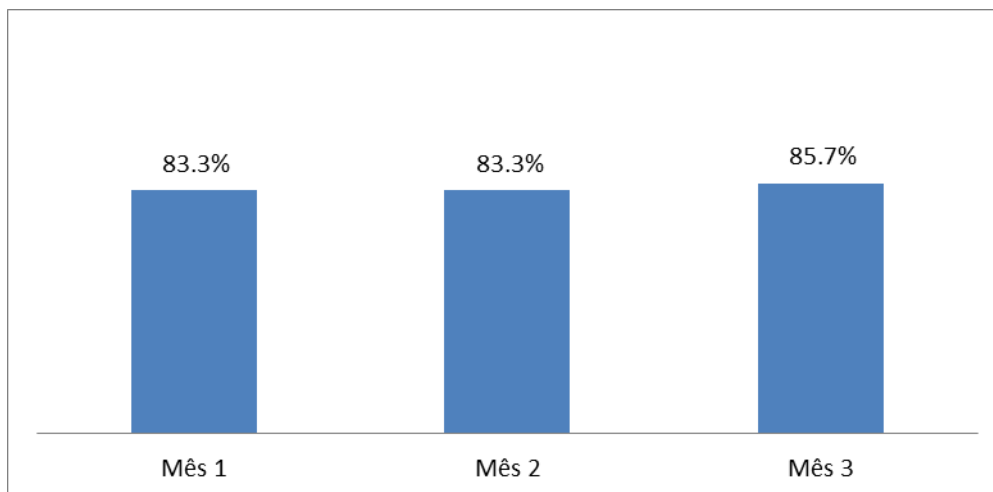


Figura 13: Proporção de pessoas com diabetes, faltosas às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Essa dificuldade deve-se fundamentalmente as características da nossa população que é muito flutuante e a maioria das pessoas trabalham muito distante da unidade de saúde ou em outros municípios e chegam muito tarde. Vários deles receberam visitas e consultas nos próprios trabalhos e alguns receberam várias visitas de busca ativa para conseguirmos o sucesso planejado ao final.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes.

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

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

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão com registro adequado foi respectivamente 34 (44,2%), 183 (100,0%) e 356 (100,0%). Em relação às pessoas com DM, o número obtido no primeiro, segundo e terceiro mês foi 6 (24,0%), 54 (100,0%) e 129 (100,0%).

Conforme já foi mencionado, no primeiro mês apresentamos dificuldades com a coleta de dados, já no segundo e terceiro mês alcançamos as metas proposta.

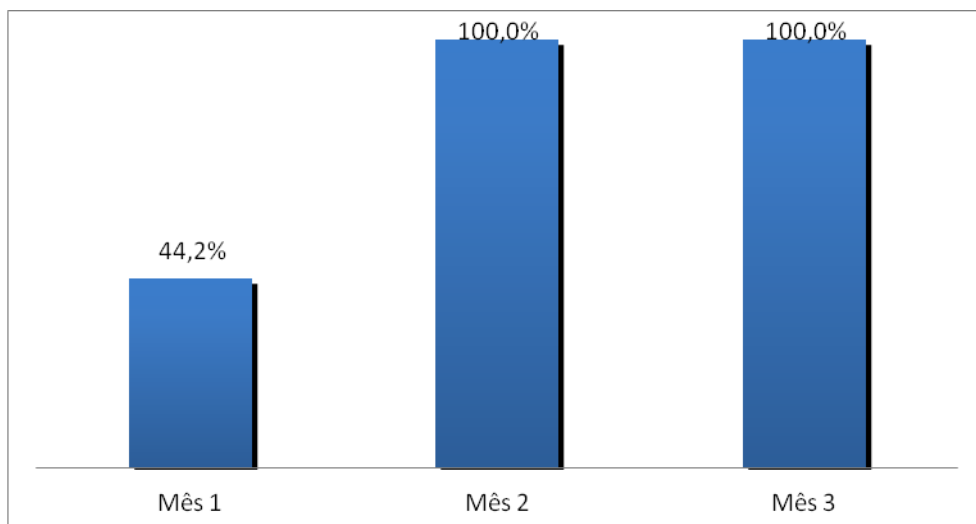


Figura 14: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

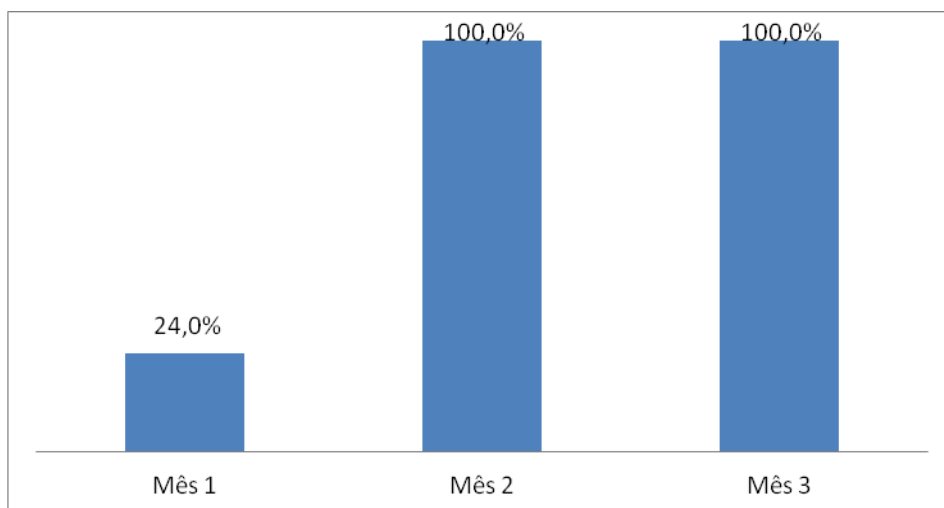


Figura 15: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

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

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

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão com estratificação de risco para doença cardiovascular foi respectivamente 50 (64,9%), 183 (100,0%) e 356 (100,0%). Em relação às pessoas com DM de risco

para doença cardiovascular, o número obtendo no primeiro, segundo e terceiro mês foi 21 (84,0%), 54 (100,0%) e 129 (100,0%).

O aumento observado no segundo e terceiro mês refere-se a organização do trabalho com as fichas espelho e completamente da PCD, a assistência dos usuários às consultas para avaliação, ainda quando não contamos no município com especialista.

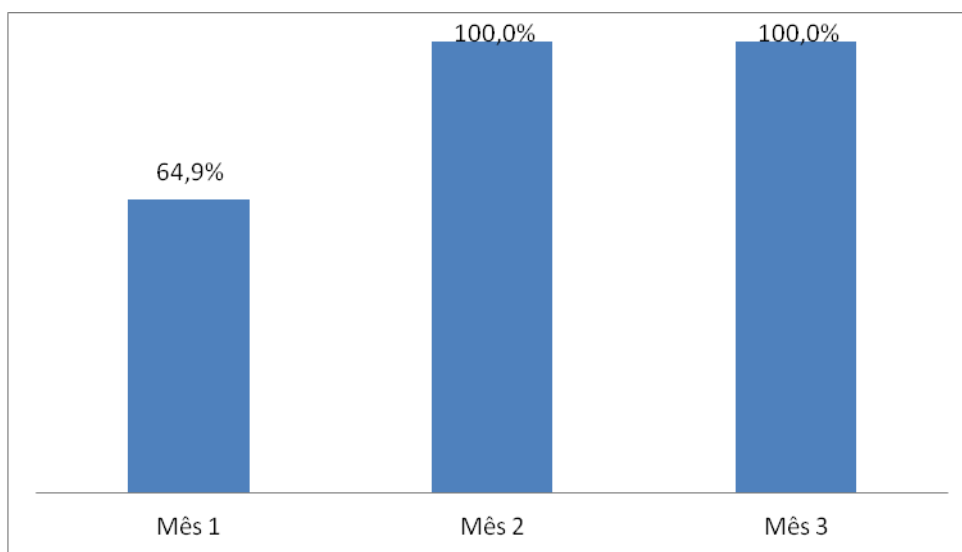


Figura 16: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

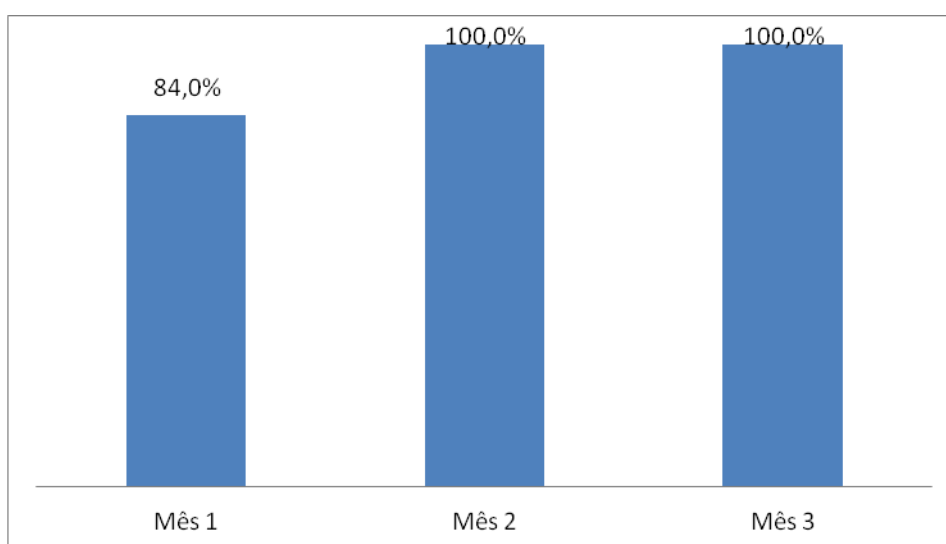


Figura 17: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Nesses indicadores alcançamos a meta de 100% no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, para HAS 77 (100,0%), 183 (100,0%) e 356 (100,0%) e para DM 25 (100,0%), 54 (100,0%) e 129 (100,0%).

Esses resultados foram atingidos graças ao trabalho em equipe, as capacitações do pessoal envolvido no processo da intervenção, palestras realizadas, conversas e ações realizadas na própria consulta.

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

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

Em relação á pratica regular de atividade física atingimos 100% no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, para HAS 77 (100%), 183 (100%) e 356 (100%), e para as pessoas com DM 25 (100%), 54 (100%) e 129 (100%).

O principal aspecto que facilitou atingir esta meta foi a organização das atividades coletivas nos bairros e o enlace com nossas consultas onde foram orientadas segundo o caso cada atividade física de forma adequada. A principal dificuldade foi em alguns casos a falta de comunicação com alguns usuários que encontravam com horários de difícil acesso a nosso atendimento.

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

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

Atingimos as metas em todos os meses da intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês, o resultado obtido foi, respectivamente, para as pessoas com HAS 77 (100%), 183 (100%) e 356 (100%). Já para as pessoas com DM, 25 (100%), 54 (100%) e 129 (100%).

Nesta meta alcançamos os indicadores mostrados pelas mesmas razões que na meta 6.4, conseguimos um planejamento de atividades de promoção em saúde com nossos bairros uma vez que for superada pela equipe a conectividade

com os líderes das comunidades e aumentarmos a assistência aos encontros e consultas planejadas.

Meta 6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

A divulgação do programa e a incorporação das ações previstas e as ações de organização no serviço, possibilitaram o alcance dessas metas.

O número de pessoas que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, para as pessoas com HAS 77 (100%), 183 (100%) e 356 (100%). Já para as pessoas com DM, foi 25 (100%), 54 (100%) e 129 (100%).

4.2 Discussão

O desenvolvimento da intervenção proporcionou a ampliação da cobertura de atenção às pessoas com HAS e/ou DM. Tivemos uma experiência que garantiu uma melhoria nos diferentes registros e também para qualificarmos de maneira significativa e positiva a atenção com destaque para o aumento dos exames dos pés dessas pessoas.

Apesar do resultado desse indicador não atingiu 100%, devido às características da população e os argumentos apresentados, nos aplicamos de métodos mais objetivos para classificarmos melhor ambos grupos quanto aos fatores de risco.

A intervenção na UBS, exigiu que a equipe toda vivenciasse momentos de qualificação da prática clínica, para conseguirmos atingir todas as recomendações orientadas pelo MS, como por exemplo, acerca do rastreamento, o diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM.

Essas atividades ajudaram a valorizar e promover o trabalho em conjunto com a comunidade, os líderes delas em estreita relação e integração e comunicação

entre os membros da equipe e entre os diversos departamentos da unidade de saúde.

As ações de estabelecer o papel da equipe tanto de forma coletiva como individual favoreceu à uma reflexão potente que repercutiu positivamente em inúmeros aspectos no serviço, como por exemplo, na recepção onde apresentamos muitas dificuldades com o acolhimento e organização das consultas, no laboratório da unidade de saúde e significativamente na organização e integralidade das visitas domiciliares que foram com o tempo as que mais resultados aportaram para o nosso trabalho.

Antes da intervenção o maior peso das atividades de atenção as doenças crônicas como a Hipertensão e Diabetes eram referidas na área de consultas medicas. Nossa intervenção proporcionou transformações nas atribuições da equipe, o que melhorou a nossa atenção para um maior número de pessoas de forma ainda mais integral.

A melhoria dos registros e dos agendamento das pessoas com HAS e/ DM viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e de urgência. A classificação de risco desses usuários tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Pretendemos implementar mais o nosso sistema para conseguirmos um verdadeiro impacto da intervenção, além de identificar outros usuários com as doenças para que seja percebida a importância pela comunidade.

As pessoas com HAS e/ou DM demonstram maior satisfação com a prioridade no atendimento, com o agendamento aprimorado. Também observamos uma redução cada vez mais frequente dos faltosos às consultas, mas no nosso caso, é perceptível a organização de todos os atendimentos de forma geral, não gerando insatisfações no resto da população a serem atendidos.

Caso fosse realizar a intervenção novamente, focaria com mais frequências as ações de engajamento público, pois hoje percebo que é necessário envolver melhor a comunidade e explicar os objetivos com antecedência, estabelecer uma maior articulação com os líderes da população, ações que foram prejudicadas, devido à ausência de trabalhadores na recepção.

Nós estamos já no fim do projeto, enxergamos que nossa equipe encontra mais organizada, unida e concentrada no trabalho de forma geral, pois todo o sistema desenvolvido encontra espalhado à todas as necessidades da nossa

comunidade para o acompanhamento da totalidade das doenças crônicas com visão de trabalho de prevenção em saúde.

Nestes momentos nos encontramos concentrados em superar todas as dificuldades identificadas no percurso de nossa investigação, visando manter e superar as metas traçadas no início e mantê-las constantes como estilo no dia a dia, já de fato está incorporada a rotina no serviço.

Nós avaliamos todos os resultados todas quintas-feiras de tarde, ratificamos os ganhos e identificamos as falhas cometidas para traçar estratégias e superá-las na semana seguinte.

Já agendamos mensalmente os encontros com cada líder comunitário e pretendemos junto com a comunidade dar continuidade as atividades, conforme desenvolvemos na intervenção. O único problema apresentado na coleta de dados foi com as férias e no natal que foi acumulado, de forma que afetou e atrasou nosso trabalho. Tal fato foi recuperado em tempo extra para não prejudicar o avanço da investigação.

Já no próximo mês continuaremos trabalhando na cobertura e logo ampliá-la de forma que sejam identificados e devidamente acompanhados 100% das pessoas com HAS e/ou DM da nossa área de forma geral, ou seja levando todos os passos para os programas priorizados pelo MS como o programa de atenção pré-natal e atenção ao idoso, saúde da criança e da mulher com o programa de prevenção de câncer de mama e colo de útero.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Nossa equipe de trabalho do bairro São Francisco, realizou uma intervenção por 12 semanas na população total da UBS, cujo foco foi a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência da unidade de saúde Dídimo Pires que segundo estimativas deve ser de 1141 pessoas com HAS e 281 usuários com DM. Os objetivos principais foram ampliar a cobertura e qualificar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM.

Após três meses de intervenção, os indicadores de cobertura da atenção às pessoas com HAS e/ou DM foram, respectivamente, 31,2%(354) e 45,9%(129). Além disso, no final do terceiro mês, alcançamos 100% nos indicadores relacionados à promoção da saúde, mapeamento desses usuários de risco para doenças cardiovascular, na melhoria dos registros das informações e na qualidade da atenção.

É importante destacar os benefício que alcançamos quanto à (ré)organização do processo de trabalho da equipe e o fortalecimento do controle e da participação popular. Tudo isso pode reduzir as internações por condições sensíveis à atenção básica e repercutir em uma redução dos gastos financeiros e na melhoria na integralidade da atenção. Esses resultados foram atingidos devido ao apoio da comunidade e da gestão.

Gestor, obrigado pelo apoio que foi proporcionado! Foi muito importante o seu apoio na oferta dos matérias, na disponibilização dos locais para nossas reuniões e no estímulo proporcionado para realizarmos as ações de promoção em saúde e também a oferta de ferramentas tecnológicas.

Todas as ações foram inseridas na rotina do serviço. No entanto, precisaremos do seu apoio tanto na sustentação dessas ações como com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade cada vez mais. Assim, precisaremos que a sua colaboração mencionada acima continue.

É preciso manter as fichas espelho ativas, visando manter o controle dos programas e também é necessário gerar novas fichas para espalhá-las pelos programas priorizados pelo ministério da saúde. Além disso, a busca por mais insumos, materiais e medicamentos é fundamental para garantirmos a integralidade do cuidado e obtermos resultados sanitários positivos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Nossa equipe realizou uma intervenção por 12 semanas cujo foco foi a melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência. Os objetivos principais do nosso trabalho foi aumentar o número de pessoas com essas doenças acompanhadas pela equipe e melhorar o cuidado oferecido para toda a comunidade.

A intervenção levou mais conhecimento para a equipe, nos apoiou na organização em relação ao atendimento das pessoas na unidade e nas visitas domiciliares, além dos registros e da qualidade das ações individuais e coletivas.

Nós iniciamos as primeiras semanas da intervenção com aqueles usuários que não compareciam ao serviço por mais de um ano. Essas pessoas foram priorizadas para iniciar nosso projeto, e por meio das visitas dos ACS com a enfermeira e o médico, foram registradas no cadastro do programa. Foi observado nos últimos meses um aumento no cadastro e registros visando o acompanhamento delas.

Tudo isso foi possível devido à ajuda da gestão e também de todas as pessoas da comunidade. Vocês apoiaram muito ajudando-nos na comunicação às pessoas que precisavam das consultas, nas visitas domiciliares e na organização das atividades desenvolvidas nos diferentes bairros. Uma das principais ações que fizeram foi a coordenação compartilhada conosco dos encontros que ocorreram para avaliarmos o avanço da nossa tarefa. As ações já foram incorporadas na rotina do serviço.

Mas para conseguirmos manter isso e também para cada vez mais melhorarmos a saúde de nossa população é preciso que vocês mantenham o ritmo

e continuarmos uma estreita relação para todas as nossas ações, como por exemplo, estejam presentes nos nossos encontros mensais, visando debater sobre a situação de saúde da comunidade, para identificarmos com prontidão as dificuldades para atuarmos em conjunto e dessa forma, superarmos os desafios.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo pessoal de aprendizagem, desde o começo do nosso trabalho foi positivo, embora a aceitação da equipe não tenha sido a melhor, no início, devido a carga de trabalho extra que representava para os profissionais da equipe.

Mas com o tempo, percebemos o quanto era importante e verificamos os bons desdobramentos que a intervenção gerou na organização do nosso processo de trabalho e nas atividades desenvolvidas na unidade de saúde, como o acolhimento, por exemplo.

A especialização da UFPel proporcionou uma reflexão crítica acerca do nosso trabalho, criou expectativas maiores para os nossos usuários, fez com que o nosso escopo de ação fosse ampliado e os atendimentos mais eficientes e integrais.

Para nós, profissionais da saúde, o fato de termos que procurar informação sobre os procedimentos e aprimorar nosso jeito de agir, tornou muito mais viável nossa atenção de prevenção e promoção da saúde.

Nunca participei de um curso na modalidade educação a distância (EaD). Tal fato não me gerou preocupação, pois tinha muitas pessoas ao meu redor se me apoiando na equipe e na secretaria de saúde e o curso preparatório de português foi muito proveitoso, pessoalmente.

É uma grande conquista e satisfação eu conseguir me comunicar e agir na saúde das pessoas que não falam minha língua de berço. Foram muitos aprendizados juntos, uma atividade inesquecível, fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal.

Pessoalmente, a experiência mais legal, foi poder compartilhar uma atividade com qualidade com todas as equipes da unidade de saúde, na comunidade e aumentar consideravelmente a consciência das pessoas que tinham uma opinião equivocada acerca das atividades desenvolvidas na atenção primária e pelas equipes de saúde.

Considerando que o curso possibilitou o fortalecimento do engajamento público e o compromisso com os programas preconizados pelo MS, os gestores se mostraram muito satisfeitos com nossa atuação nas diferentes comunidades, sendo estes fatores em conjunto os mais importantes para manter uma estreita relação entre todos os atores envolvidos, um clima solidário e colaborativo, favorecendo ainda mais para atingir resultados sanitários positivos e melhorar a qualidade de vida da população.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 27 jul 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo C - Ficha espelho

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data	Apresentação	Data					
Hidroclorotiazida 25mg		Glicemia de Jejum					
Captopril 25mg		HGT					
Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada					
Enalapril 10 mg		Colesterol total					
Atenolol 25 mg		HDL					
Metformina 500 mg		LDL					
Metformina 850 mg		Triglicerídeos					
Glibenclamida 5mg		Creatinina Sérica					
Insulina NPH		Potássio sérico					
		Triglicerídeos					
		EQU					
		Infecção urinária					
		Proteinúria					
		Corpos cetônicos					
		Sedimento					
		Microalbuminúria					
		Proteinúria de 24h					
		TSH					
		ECG					
		Hemograma					
		Hematócrito					
		Hemoglobina					
		VCM					

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

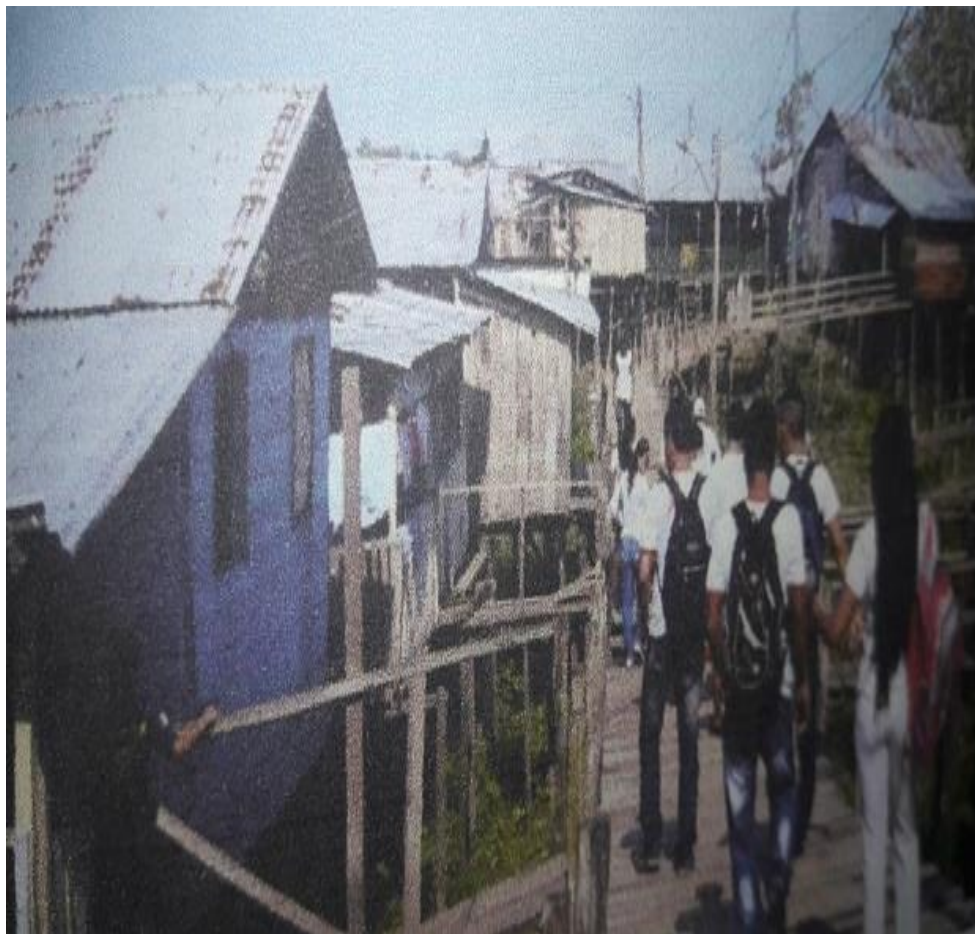
Apêndices



Fotografia 1: Visitas domiciliares de pesquisa Bairro São Francisco com equipe de saúde



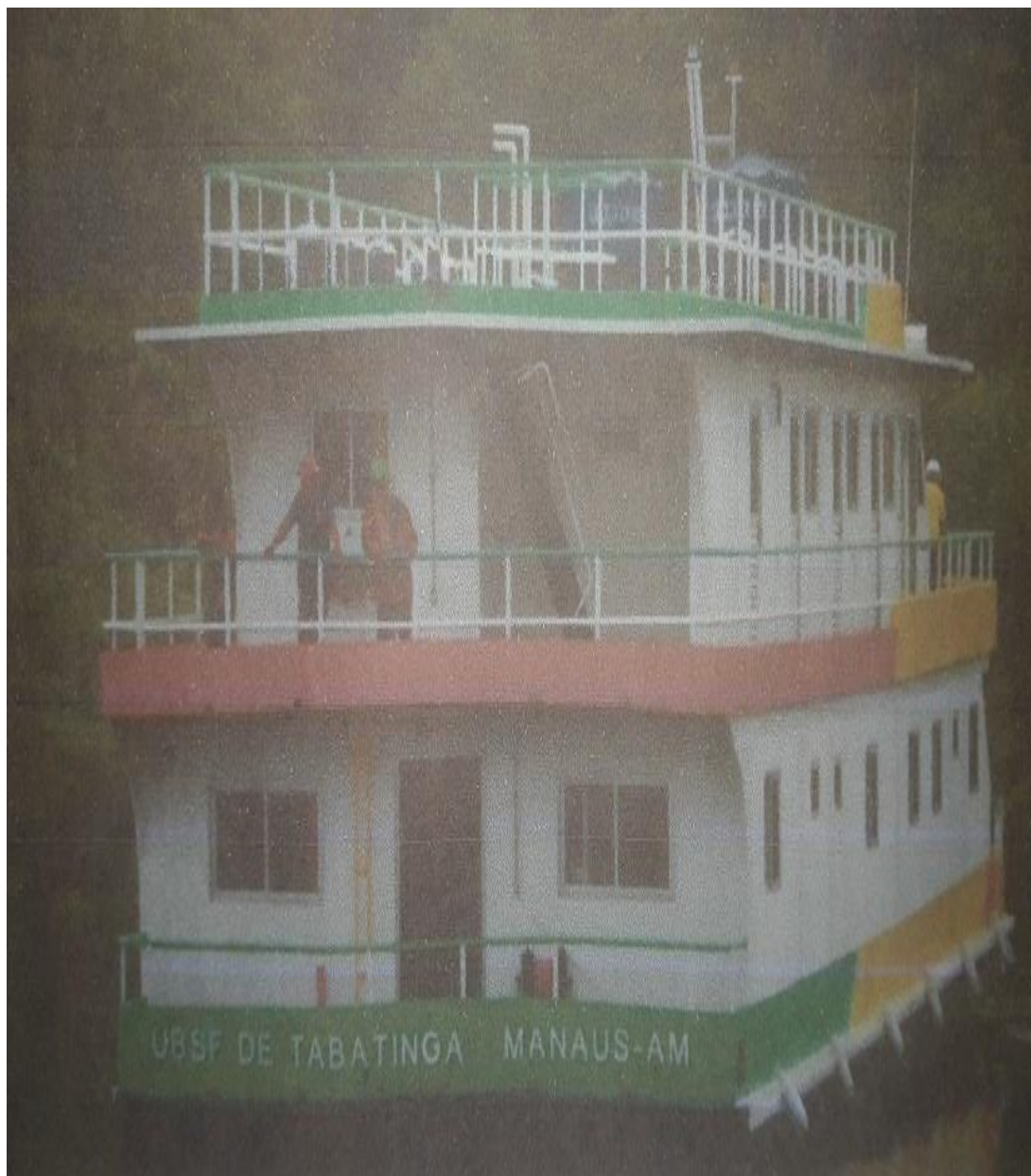
Fotografia 2: Visitas domiciliares de pesquisa Bairro Dom Pedro II com equipe de saúde



Fotografia 3: Visitas domiciliares no Bairro Guadalupe

TABATINGA		HISTÓRICO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA FAMÍLIA									
Unidade:			Rua:				ACS:				
Dados Pessoais											
Nº	Nome Completo	Nação	Data Nas.	Sexo	Cartão SUS	Escolaridade	Profissão	Residência	Fator de Risco	Aval. Obitual	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11. Dados Sici - Epidemiológicos Específicos											
12. Renda Familiar		13. Nacionalidade									
14. Água Potável		15. Bula Familiar			16. Análise de Estimação e de Cris			17. Voto sanitário			
18. Disposição de lixo			19. Estrutura da moradia			20. Cozinha Cão/latras		21. Área de Risco SN			
22. Eletricidade		23. Piso		24. Cobertura da moradia		25. Nº de Condições		26. Situação Social			
16. Outras Observações											

Fotografia 4: Modelo complementar de acompanhamento familiar



Fotografia 5: UBS Fluvial Tabatinga



Fotografia 6: UBS Dídimo Pires de Olivei