

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Antônio
Alves Lima/Paricatuba Iranduba/AM**

Roberth Milton Olivera Amarildo

Pelotas, 2016

Roberth Milton Olivera Amarildo

**Qualificação da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Antônio
Alves Lima/Paricatuba Iranduba/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: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A485q Amarildo, Roberth Milton Olivera

Qualificação da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Antônio Alves Lima/Paricatuba Iranduba/AM / Roberth Milton Olivera Amarildo; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

91 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. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha família, esposa e filhas, por que nelas pude receber dádiva de Deus, através das quais obtive o fôlego e coragem que faltou em momentos decisivos da minha vida, para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades e deixar a Deus agir e fazer sua vontade.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e colocar no meu coração e na minha mente o privilegio de servir ao próximo a partir da profissão concedida.

Aos meus pais, pelo amor, suas orações, incentivo e apoio incondicional.

A minha família esposa e filhas presente de Deus imerecido.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

Ao meu orientador Jandro Moraes Cortes, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

AMARILDO, Roberth M. O. **Qualificação da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Antônio Alves Lima/Paricatuba Iranduba/AM.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família, EaD) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

No Brasil a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são doenças consideradas problema de saúde pública devido às altas prevalências e apresentar estreita relação com doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, principal causa de morbimortalidade na população com serio risco para agravamento desse cenário por estarem relacionados ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis com repercussões negativas para a qualidade de vida dos habitantes da área de abrangência da UBS Antônio Alves de Lima demonstrados nas baixas coberturas dos indicadores quantitativos e qualitativos (Cobertura de 25%, (n=82) para Hipertensão Arterial Sistêmica e 38% (n=35) para Diabetes Mellitus). Tendo como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes para desta maneira melhorar os indicadores de cobertura e qualidade da ação programática Saúde da pessoa com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, Trata-se de uma intervenção colocando em prática protocolos de atendimento para Ação Programática Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes disponibilizados pelo SUS através das Políticas Publicas de Atenção Básica.

Após 12 semanas de intervenção obteve-se melhora nos indicadores de cobertura e qualidade (Ao termo da intervenção meta superada de cobertura para HAS com 215 usuários que representa 77,9 % do 60% programado, 36 usuários para DM com 52,9% dos 60 % programado porem com melhora significativa em relação ao estado inicial), registros e formulários que facilitam o acompanhamento, monitoramento e avaliação segundo risco cardiovascular, engajamento da comunidade, do Gestor e atualização técnica de habilidades clínicas práticas da ESF para implementar esta experiência em outras ações programáticas em beneficio da comunidade para desta forma ofertar atendimento em saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde; Saúde da família, Ação Programática Hipertensão Arterial Sistêmica / Diabetes Mellitu.

Lista de Figuras

Figura 1.1	Cobertura do Programa de Atenção HAS na unidade de saúde por mês.	52
Figura 1.2	Cobertura do Programa de Atenção à DM na unidade de saúde por mês.	52
Figura 2.1	Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo de atenção.	53
Figura 2.2	Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo de atenção.	55
Figura 2.3	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.	56
Figura 2.4	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 2.5]Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 2.6	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	59
Figura 2.7	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	60
Figura 2.8	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 2.9	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 3.1	Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa.	63
Figura 3.2	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa.	64
Figura 4.1	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.	64

Figura 4.2	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.	66
Figura 5.1	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	67
Figura 5.2	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	68
Figura 6.1	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	69
Figura 6.2	Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	69
Figura 6.3	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	70
Figura 6.4	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	71
Figura 6.5	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	72
Figura 6.6	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	72
Figura 6.7	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.	73
Figura 6.8	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.	74
Foto 1	Banner de convite a participação da intervenção HAS/DM	84
Foto 2	Médico da UBS medindo estatura de Usuária Hipertensa.	84
Foto 3	Tec. Enfermagem Sandra realizando glicemia.	85
Foto 4	ACS. Mara e Miryam pesando e medindo estatura	85
Anexo A	Documento do comitê de ética	86
Anexo B	Planilha de Coleção de Dados	87
Anexo C	Ficha Espelho	88
Anexo D	Termo e responsabilidade livre e esclarecimento para uso de fotografias.	89

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AM	Amazonas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
PPS	Políticas Públicas de Saúde

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.....	22
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística.....	39
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discussão.....	72
5. Apendice.....	84
Anexos.....	85

Apresentação

O presente trabalho apresenta o desenvolvimento do projeto de intervenção colocado em prática numa UBS (Unidade Básica de Saúde), na intenção de melhorar os Indicadores de cobertura e qualidade da Ação programática Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Melittus.

O projeto de intervenção foi realizado em função dos problemas e a realidade da UBS através da realização de cinco unidades que guiaram a intervenção. Para começar foi realizado primeiro: Análise Situacional, onde foram identificados todos os problemas da UBS constituindo um relatório, segundo: Após de identificar e priorizar alguns problemas na UBS foi proposto à intervenção para solucionar-os e ou melhorara-os constituído de esta forma o Projeto de intervenção aplicado na UBS. Terceiro: concluído o Projeto foi realizado a Intervenção identificando os objetivos, geral e específico, determinação de metas e indicadores registrando dados e atividades realizadas constituindo o Relatório de intervenção, quarto: Após de implementar o projeto foi realizado a Avaliação da intervenção relatando as mudanças ocorridas através de um cronograma de trabalho que logo foram monitorados e avaliados periodicamente concluindo com a elaboração de um relatório de avaliação, quinto: finalmente foi realizado o trabalho de conclusão do curso que é a soma dos produtos anteriormente citados, apresenta-se também a análise dos resultados finais, através de gráficos de fácil compreensão com resultados finais quantitativos e qualitativos, além das impressões e recomendações colhidas em benefício da ESF, para o gestor municipal e comunidade, e na parte final estão os anexos que sustentaram a operacionalização da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde Antônio Alves Lima é uma referencia para atendimento por volta das comunidades que se encontram no ramal do quilômetro 24 estrada Manuel Urbano AM/010, estrada que conecta o município de Manaus com o município de Manacapuru, tem uma organização física e humana que disponibiliza aos usuários atendimento regular, percebo que a população se sente cuidada e protegida pelos serviços que oferece, pois famílias vêm buscando atendimento com regularidade, por outro lado a equipe de SF da Unidade Básica reconhece a falta de participação de alguns grupos populacionais como mulheres em idade reprodutiva que regularmente não fazem consulta periódica, pois são famílias que se localizam em áreas próximas a Unidade, mas o acesso é feito por via fluvial e terrestre, em ambas as situações a equipe não tem como se locomover para aquelas regiões, motivo pela qual não tem todas as coberturas desejadas nas diferentes ações programáticas.

Em relação a insumos e medicamentos, a equipe tenta desenvolver suas atividades correntemente apesar da falta de material que facilite atendimento de qualidade, por exemplo, não existe autoclave que permitiria manter esterilizado

material de procedimentos cirúrgicos menores e principalmente instrumental odontológico.

A estrutura da UBS foi recentemente reformada sobre a base de uma construção antiga que data de 1924 junto a outro prédio ainda maior, o Palácio Afonso Pena que foi erguida por imigração Italiana o que mais tarde seria usado como Leprosário, centro de confinamento para doentes de Hanseníase desativados há 48 anos aproximadamente. A Unidade Básica de Saúde reformada há 3 anos, possui todos os ambientes necessários para atendimento dos usuários, existe uma sala de vacinas, separada do resto dos ambientes de consulta, sala de triagem, consultório médico, odontológico, sala de enfermagem, sala de curativos, farmácia, sala de microscopia, sala para os ACS, e uma sala de administração onde se encontra toda documentação entre fichas e prontuários clínicos, um banheiro comum e o refeitório, existe área verde por volta da unidade o que torna o ambiente aconchegante.

O processo de trabalho está organizado ao longo da semana, acolhendo a população com demanda espontânea de atenção; a equipe de saúde desenvolve suas atividades segundo as competências de cada profissional entre médicos, enfermeiros e ACS; a programação está dividida em atendimento de consulta clínica, médica, odontológica, enfermagem para a população todas as segundas-feiras, quarta e sexta-feira na UBS, terça-feira está destinado para as visitas domiciliares na comunidade, com participação de alguns integrantes da equipe, quinta-feira é feita visita e, atendimento em saúde de comunidades de abrangência da UBS, sempre que o Gestor disponibilize transporte para deslocamento, em sua maioria não é realizado de vido à logística com a que, não conta a equipe.

O sistema de referência e contra referência é realizada entre o Hospital de Iranduba (II nível de complexidade) e os hospitais e institutos em Manaus (III nível de complexidade), nem sempre existe contra referência para acompanhamento posterior do usuário. Não existem reuniões de equipe de trabalho, a programação é feita entre o médico e o enfermeiro que, planejam as atividades nos próximos meses entre atendimento a demanda espontânea, visitas domiciliares e o programa de educação comunicação e instrução em saúde, levando palestras para escola e grupos de famílias.

A relação com a comunidade é boa, as famílias demonstram confiança no pessoal da equipe, a população participa da programação agendada pela equipe da

UBS, o Conselho Municipal de Saúde não exerce seu papel em favor dos interesses da comunidade por vínculo partidário. Paricatuba está representada pelo presidente da comunidade, nomeado a cada 2 anos, ele vem sendo o porta-voz de todas as atividades que são realizadas na UBS.

Um dos problemas que a equipe teve que enfrentar, a partir do mês de maio de 2014 é a mudança de pessoal de saúde, pois tanto enfermeiro, técnica de enfermagem e a diretora da UBS, foram substituídos devido à instabilidade política no município e conflitos partidários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Iranduba, emancipada de Manaus desde 1981, fica distante 25 quilômetros da capital do Amazonas. A população em 2010 é de 40.781 habitantes, segundo censo IBGE (IBGE, 2010), que estima crescimento populacional para 2015 de 45.984, embora integrantes da Secretaria de Saúde e Educação do município tenham observado crescimento maior a esta estimativa por conta do crescimento e desenvolvimento demográfico da região nos últimos cinco anos sem publicação ou estudo demográfico oficial.

A localização do município permite a existência de dois ecossistemas diversos, um na orla do Rio Negro e outro ao longo do rio Solimões com paisagens paradisíacas de floresta abundante, as áreas de várzea com atividades agrícolas, pesqueiras. A região é de clima equatorial, quente e úmido, com temperatura média de 33°C (Portal Amazônia, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Iranduba é 0,613, o que situa o Município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM 0,600 – 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é: Longevidade com, índice de 0,799, seguida de Renda, com índice de 0,607, e Educação, com índice de 0,476 (PNUD, IPEA, FJP 2014)

A assistência à saúde Básica no Município está dividida em 13 regiões distribuídas em áreas rural, urbana, ribeirinha e fluvial.

A atenção especializada de 2º nível de complexidade é realizada na sede do município de Iranduba. O suporte laboratorial básico é atenção de 3º nível de

complexidade são realizados em centros de referência de Manaus, como a Fundação HEMOAM e o Hospital tropical, Hospital 28 de Agosto.

Os principais indicadores de saúde do município de Iranduba são: Mortalidade infantil em menores de 1 ano para 2013, 422,8 óbitos/100 mil, mortalidade materna 378,79 óbitos/100 mil para 2013, taxa de mortalidade infantil 23,2 % por mil nascidos vivos, razão de mortalidade materna 165,84%, doenças infecciosas e parasitárias 8,9 %, neoplasias 8,9 %, doenças do aparelho circulatório 3,5%, doenças do aparelho respiratório 5,3%, afecções originadas no período perinatal 30,3%, causas externas 32%, mortalidade proporcional por causas mal definidas 41% taxa de incidência de tuberculose 16%, taxa de prevalência de hanseníase 1,6%, prevalência de desnutrição em menores de 2 anos 0,60%, risco nutricional em crianças de 6m a 6 anos 13,51%, taxas de internação: por acidente vascular cerebral 11%, por diarreia/desidratação em menores de 5 anos 1,30% por IRA em menores de 5 anos 0,19% para 2014. (SEMSA, Iranduba 2014)

A Unidade Básica de Saúde Antônio Alves Lima esta localizada no ramal do quilômetro 24 estrada Manuel Urbano AM/010. Para os usuários terem acesso à unidade devem percorrer em média 2 horas de viagem por estrada-ramal ou por via fluvial. A UBS, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde é também campo de estágio da instituição privada Universidade Nilton Lins para acadêmicos da Faculdade de Medicina.

O modelo de atenção à saúde baseia-se na estratégia Saúde da Família, a equipe está composta por um médico, um odontólogo, um assistente de consultório Odontológico (ACD), uma enfermeira, uma Tec. de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, e 7 agentes comunitários de saúde (ACS).

A estrutura da UBS foi recentemente reformada sobre a base de uma construção antiga do Palácio Afonso Pena, erguido em 1924 por imigrantes italianos, que foi usado como leprosário - centro de confinamento para doentes de hanseníase - desativado há 48 anos aproximadamente.

Grandes barreiras arquitetônicas na UBS de Antônio Alves de Lima em Paricatuba não existem, as instalações e disposição de ambientes para as atividades de atendimento cotidiano facilitam o desenvolvimento do trabalho Conta com 8 espaços climatizados distribuídos em Consultórios Médico, Odontológico e

de enfermagem, salas de: triagem, curativos, arquivo, reuniões, microscopia; e no serviço: dois banheiros e o refeitório.

Sinalização e implementação de corrimão na UBS é de importância para garantir a segurança tanto do usuário quanto da equipe de saúde, foi solicitado suporte do gestor para resolver esta demanda.

A equipe realiza educação popular em saúde, incentivando a participação e o empoderamento da comunidade em diferentes espaços comunitários para usufruir das políticas públicas.

As grandes distâncias entre as comunidades adstritas a UBS são uma barreira de acesso da população e fator limitante para a equipe desenvolver suas atividades. As condições de deslocamento são críticas para lugares distantes 40 a 60 minutos, por via fluvial ou estrada, numa temperatura normalmente de 35 C° a 40 C°. Além disso, temos deficiências de materiais e equipamento que desacredita a capacidade de resolução do serviço, dificultando a produção e o cumprimento das coberturas esperadas nas diferentes ações programáticas. Como consequências das falências mencionadas o usuário não recebe atendimento de qualidade, e o que é pior não recebe atendimento regular, pois a ESF não tem como se deslocar para outras áreas distantes que faz parte da cobertura da UBS. Por sua vez o usuário deve se deslocar de sua comunidade às 3 horas da madrugada para poder chegar à UBS.

O processo de trabalho está organizado ao longo da semana, acolhendo a população por demanda espontânea não existe demanda programada pelo fato de não ter ações programáticas e grupos específicos organizados, o atendimento está dividido em atendimento de consulta clínica, médica, odontológica, enfermagem nas segundas, quartas e sextas-feiras na UBS, terça e quinta-feira são destinados a visitas domiciliares, com atendimento em saúde integral. A garantia da rede de atenção integral é dada pelo sistema de referência e contra referência com o Hospital de Iranduba (II Nível de complexidade) e os hospitais e institutos em Manaus (III Nível de complexidade) o sistema de contra referência tem falências na sua aplicação. O atendimento cartesiano de atendimento em saúde tem criado uma cultura rotineira onde o profissional tem contato com os usuários somente no consultório, por outro lado, as pessoas têm se acostumado a receber a maior quantidade de remédios e exames complementares, sem a oportunidade de interagir por meio de atividades de educação e informação, momento onde o profissional

poderia focar os problemas de saúde em rodas de conversa que permitam o diálogo e o compartilhamento de saberes entre a população e a equipe, e entre os próprios moradores em diferentes grupos do ciclo de vida.

Essas e outras dificuldades têm se transformado em demandas reprimidas e limitações para o bom desenvolvimento das atribuições dos profissionais na prática diária da atenção integral. Entre as atribuições que a equipe não consegue executar estão o planejamento, monitoramento e avaliação de ações programáticas, acarretando o negligenciamento de algumas patologias de base. Observam-se deficiências no conhecimento técnico para atendimentos de urgências e emergência, e de determinadas ações programáticas, resultando em desempenhos frágeis dos indicadores. Não faz parte da rotina da unidade à busca ativa de faltosos, colocando em risco a saúde do usuário e as coberturas de qualidade. Os usuários não recebem atendimento interdisciplinar, e a falta de participação de profissionais que integram a ESF produz desgaste e sobrecarga em outras áreas. A educação continuada no pessoal da equipe irá minimizar falências, agregar eficiência e qualificação profissional para a realização das atribuições de cada membro da equipe de atenção primária à saúde. Será rotina separar um dia na semana para revisar temas centrais referentes a ações programáticas, tanto na parte teórica quanto prática, nas diferentes competências da ESF. Pretende-se realizar reuniões quinzenais para revisar modelos de programação, monitoramento e avaliação das ações de saúde na UBS. Estamos melhorando a cobertura de pacientes faltosos através das visitas domiciliares e o acompanhamento diário dos ACS da população de seu território de cobertura. E estamos incentivando a formação do Conselho comunitário de Saúde a partir do presidente da Comunidade e sociedade civil e na participação na reunião mensal da comunidade.

A população adscrita à UBS é de 1815 habitantes, distribuídos em 524 famílias, com o maior número de homens em relação às mulheres, numa relação de 939 para 876 respectivamente, a faixa etária de 15 a 39 anos concentra a maior população seguida da faixa etária entre 1 a 15 anos, e por último de pessoas da terceira idade.

Na UBS existe consenso de lidar com as peculiaridades e especificidades do dia a dia, no entanto temos experimentado programação do atendimento voltada à realidade dinâmica das atividades locais, preconizando a corresponsabilidade da população sobre sua saúde. A demanda espontânea tem espaço todos os dias,

tentando resolver as necessidades no dia, e a programação e pactuação com a população faz toda diferença. Nesse sentido não há problemas em relação à demanda, a população é ciente dos horários de atendimento e as atividades fora da UBS, mas a equipe precisa melhorar a estruturação do acolhimento, desde o ponto de vista da qualidade de atendimento, referente ao trato interpessoal, especialmente no primeiro contato com os usuários. Nas reuniões de equipe reforçamos o trato de boas maneiras e o respeito ao usuário, e as suas demandas, resguardando o apreço às diferenças.

As ações de atenção à saúde da criança é o destaque em relação a outras ações programáticas devido às exigências da bolsa família, consegue-se concentrar por agendamento para controle e avaliação do crescimento e desenvolvimento (Puericultura) nas diferentes faixas etárias e na provisão de vacinas em dia, cumprindo as orientações do MS para a avaliação das crianças de 0 a 72 meses. Embora, por causa da distância, não se tenha em dia determinados exames que correspondam realizar na criança, como os testes da orelhinha, do pezinho ou do olho. O registro de acompanhamento das crianças em formulários seguem padrões do MS que facilita o monitoramento e avaliação da saúde da criança. No entanto, observam-se discrepâncias com os indicadores de cobertura cuja explicação centra-se na constante migração familiar por época de enchente e por outro lado a dificuldade da equipe para chegar às comunidades distantes da área de abrangência.

Segundo dados estimados pelo CAP (colhido e preenchidos a partir dos prontuários clínicos dos usuários), 76% (n=29) das crianças menores de um ano da área são atendidos, como a cobertura é parcial há crianças em real vulnerabilidade por não estarem sendo acompanhadas, correndo todos os riscos que possam se apresentar nas distintas faixas etárias. A qualidade da atenção oferecida também apresenta carências, pois apenas dois indicadores estão adequados em 100%, a vacinação em dia e a orientação para o aleitamento materno. Os demais indicadores variam de 17% (n=5), como a avaliação de saúde bucal e triagem auditiva, a 52% (n=15), a orientação para a prevenção de acidentes. Apenas 41% das crianças acompanhadas receberam consulta na primeira semana de vida. Esses resultados não são os melhores, de modo a colocar as crianças em situações de risco, pois não se cumpre o que preconiza o protocolo de atendimento a Criança.

A adesão da população às ações de cuidado da saúde da criança é ativa devido ao interesse e importância que temos despertado na comunidade, existindo atualmente corresponsabilidade dos genitores que comparecem as ações desenvolvidas pela equipe. Mas precisamos melhorar na qualidade dos registros pois há fuga de informação pela desorganização que ainda persiste na equipe, prejudicando o monitoramento e avaliação na saúde da criança. A participação dos membros da equipe tem mudado em relação a 5 meses atrás onde cada profissional fazia o que vem pensando sem ações integrais entre toda a equipe. É necessário o fortalecimento de ações tanto dentro quanto fora da UBS, facilitando o trabalho realizado por todos os profissionais envolvidos, com a programação de atividades educativas e informativas de promoção em saúde e prevenção de doenças.

As ações de atenção a gestantes centram-se na realização do pré-natal e todos os procedimentos segundo protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde que envolve solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos padronizados, vacinação, tratamento das intercorrências na gravidez, identificação de fatores de risco, ações educativas individuais e de grupo, informação da periodicidade de consultas do pré-natal e visitas domiciliares dependendo da necessidade, atenção no puerpério, aleitamento materno e planejamento familiar. Os registros contidos nos arquivos da UBS facilitam monitoramento das ações embora precisem melhorar a organização por comunidade de abrangência da equipe

A equipe consegue acompanhar todas as mulheres grávidas residentes na área da UBS, apresentando 100% (n=18) de cobertura de pré-natal. No entanto, o serviço atendeu somente 55% (n=21) das puérperas nos últimos 12 meses. No geral, os indicadores apontam que a qualidade da atenção ao pré-natal apresenta bons resultados, precisando melhorar os esquemas de vacinação de antitetânica (83%) e contra hepatite B (72%), e solicitação de exames complementares na primeira consulta. A qualidade da atenção a puérpera é mais crítica, com somente 57% (n=12) das usuárias atendidas com consultas antes dos 42 dias de pós-parto, e nenhum com avaliação do estado psíquico. E os demais indicadores de qualidade estão com 67% (n=14).

Uma das dificuldades que a equipe tem é referente ao deslocamento para chegar até as grávidas e puérperas. A adesão da população às ações propostas ocorre comumente, e percebe-se que existe corresponsabilidade, precisamos melhorar a ordem dos registros para o monitoramento das ações. A educação

continuada na equipe e importante para desenvolvimento das ações, assim como a educação voltada para a prevenção e promoção da saúde para a população por meio de palestras e participação de atividades sociais. A participação dos profissionais que auxiliam o acompanhamento da atenção a gestante se faz necessário visando o atendimento integral, tem mudado a antiga prática isolada de atendimento de outros setores que agora fazem parte da equipe como o dentista nutricionista, psicólogo, educador físico e outros que auxiliam ao cuidado da gestante. A participação ativa da equipe junto ao gestor é de vital importância identificando a corresponsabilidade para facilitar o trabalho, a educação, informação à comunidade sobre a importância do pré-natal e o puerpério.

As ações voltadas ao controle do câncer de colo de útero e mama são implementadas por meio de um conjunto de atividades que inclui a consulta clínica e a coleta citológica, exame clínico de mamas, solicitação de exames complementares, atenção domiciliar e encaminhamento para centros de segundo e terceiro nível de complexidade quando indicado e acompanhamento. No entanto, não segue sistematicamente as linhas de conduta determinadas em protocolo ou manual técnico do Ministério de Saúde. Os registros padecem de um sistema de organização e padronização, o que dificulta o monitoramento das ações. Um aspecto positivo na equipe é que a maioria tem predisposição para realizar as atividades normatizadas para o efetivo controle do câncer de Colo de útero e mama, inclusive ações de educação em saúde com diferentes grupos de mulheres, o que tem grande potencial para melhorar a eficiência do serviço nesse controle. Essa ação programática tem sofrido alterações nos últimos cinco meses acarretados por mudanças na composição da equipe, a população não tinha costume de realizar preventivo pelo fato do enfermeiro ser homem e morar na comunidade, situação que deixava muitas mulheres constrangidas, essa situação tem mudado atualmente pelo fato de ter na equipe uma Enfermeira que realiza a coleta.

A cobertura está baixa para o controle do Ca de colo de útero, 34% (n=132), e regular para o CA de mama, 65% (n=58). Além disso, os indicadores apontam desempenho prejudicado na qualidade dessa ação programática. Apenas 20% (n=26) das mulheres de 25 a 64 anos acompanhadas estão com exame citológico em dia, com 86% (n=114) estão com mais de 6 meses de atraso, 64% (n=85) foram avaliadas para o risco de Ca de colo de útero, e 62% (n=82) foram orientadas sobre DST. Das mulheres de 50 a 69 anos acompanhadas apenas 41% (n=24) estão com

mamografia em dia, com 45% (n=26) com mais de 3 meses em atraso, 16% (n=9) foram avaliadas par ao risco de Ca de mama, e 93% (n=54) com orientação sobre prevenção desse tipo de neoplasia.

Uma das estratégias da equipe é ampliar a cobertura e a adesão à ação programática por o trabalho de engajamento público da comunidade e mulheres alvo do programa, incluindo o fortalecimento da promoção e prevenção, com atividades no serviço e com lideranças comunitárias, em diferentes oportunidades, tanto nas consultas quanto nas reuniões da comunidade e nas igrejas. Para facilitar o acesso da população iniciamos a coleta de preventivo em diferentes locais de atendimento na área de abrangência da UBS, contemplando particularmente comunidades distantes. E estamos considerando a realização de um mutirão, com o apoio de outras equipes, como parte de um plano para elevar a cobertura dessa ação programática. Precisamos melhorar a organização dos registros para que viabilize o monitoramento e avaliação das atividades tanto do Câncer de Colo de útero quanto de Câncer de mama. O envolvimento de todos os profissionais com o apoio do NASF é de importância para alcançar os objetivos.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos estão centradas no diagnóstico precoce da doença, tratamento e acompanhamento. A equipe tem como referência protocolos de atendimento fornecidos pelo Ministério de Saúde, porém nem tudo é cumprido, principalmente o registro de seguimento, o que dificulta avaliação e monitoramento desta ação programática. A cobertura do programa de pessoas com 20 anos ou mais é preocupante, pois apenas 25% (n=82) dos hipertensos e 38% (n=35) diabéticos são acompanhados, assim boa parte do público alvo tem negligenciada a atenção à saúde nessas morbidades crônicas. Isso também se reflete na qualidade do serviço oferecido, verificada na baixa eficiência do atendimento: não realização da estratificação do risco cardiovascular, quase todos os usuários com atraso das consultas, exames complementares muito baixos para hipertensos (34%, n=28) e regular para diabéticos (77%, n=27), a avaliação saúde bucal também tem desempenho sofrível, 49% (n=40) dos hipertensos e 31% (n=11) dos diabéticos. O exame clínico dos diabéticos é realizado de modo incompleto, sem a realização da palpação dos pulsos tibiais e da sensibilidade dos pés. As atividades de promoção à saúde apresentam desempenho satisfatório nos dois grupos, em particular nos hipertensos. Há que se pensar em estratégias que mude esses resultados.

Existe um desafio para conseguir reverter o estado de acompanhamento aos hipertensos e diabéticos para obter melhores resultados dos indicadores. A começar pela capacitação e atualização da equipe através de um programa de educação continuada e permanente, em andamento, baseados nas ações programáticas. Além da determinação de tarefas por competência e a busca ativa de casos novos e faltosos, participação e intervenção do dentista e profissionais do NASF serão importantes para melhorar os indicadores atuais.

As ações de atenção à saúde do idoso consistem na realização de consultas clínicas, realização de exames complementares, tratamento de doenças crônicas, assistência domiciliar aos usuários com sequelas de hanseníase, orientação sobre nutrição e atividade física na terceira Idade, e recomendações aos familiares e cuidadores sobre os cuidados gerais na administração de medicamentos e na identificação de sinais de perigo de agravamento da doença de base. A equipe usa protocolo de atendimento padronizado pelo Ministério de saúde, porém sem aplicar todas as linhas de conduta recomendadas. A forma de registro limita o acompanhamento e a avaliação da ação programática. E somente 33% (n=36) dos idosos residentes na área de abrangência são acompanhados, com a qualidade da atenção muito baixa, pois nenhum dos usuários acompanhados foi submetido a avaliação multidimensional rápida, saúde bucal, risco de morbidade ou investigados indicadores de fragilização na velhice, e não estão em dia com o seguimento. Apenas 22% (n=8) têm a caderneta do idoso, e pouco mais da metade receberam ações de promoção. Isso é preocupante quando percebemos que mais de 50% dos idosos possuem alguma doença crônica (hipertensão ou diabetes). As visitas domiciliares e a educação permanente da equipe nessa ação programática irão garantir a prevenção e identificação de riscos e condições domésticas de acidentes. Uma das principais atividades da equipe é identificar pessoas idosas frágeis ou processo de fragilização e participar de ações de educação permanente relativas à saúde do idoso.

O maior desafio é conseguir a participação dos três níveis de participação para o cumprimento das ações programáticas dentro das competências de cada uma, equipe ESF, gestor/gerentes de Saúde e comunidade, com especial dedicação na organização dos registros adequadamente sistematizados, facilitando o acompanhamento, monitoramento e avaliação das diferentes ações programáticas.

A equipe tem a capacidade de abertura às mudanças, embora muitos tenham se sentido incomodados durante o levantamento de dados para o análise, mas acabaram entendendo que este diagnóstico tinha que ser realizado para novas mudanças e aprimoramento nos processos de trabalho na UBS.

A relação entre o estado inicial encontrado na UBS em relação as ações desenvolvidas pela ESF e aquela que atualmente esta sendo realizado há diferença pelo fato de ter conseguido imbuir na equipe o aprimoramento das ações durante o atendimento e ter conseguido dar sentido às ações e os resultados obtidos na prestação de serviços aos usuários, reconhecemos que existe muito a fazer e vencer junto a equipe, almejamos aproximar-nos a aquilo que o Ministério de Saúde preconiza em favor da saúde do povo.

O resultado da análise situacional realizada na UBS é reflexo das incongruências e desorganização na coordenação dos diferentes programas no Município que por consequência são aplicadas nas Unidades Básicas de Saúde, embora tenha-se protocolos de atenção há décadas nas diferentes ações programáticas fornecidos pelo SUS estes não são aplicados.

Nesse sentido, a realização de análise situacional tem fornecido ferramentas técnicas que coadjuvaram para enxergar a situação real do serviço ofertado aos usuários no contexto da UBS Antônio Alves de Lima na realização de atividades nas diferentes ações programáticas.

Os efeitos na hora de realizar coleção de dados e análise dos indicadores são vistos tanto na equipe de trabalho quanto nos usuários da área de abrangência da UBS. A ESF tem entendido a dimensão e importância do conhecimento dos indicadores tanto de cobertura quanto de qualidade cujos resultados em todas as ações programáticas são baixas, vistas atualmente como desafio para a organização de ações a partir de protocolos de atendimento do SUS com integralidade.

Por outro lado o profissional tem despertado o interesse para se atualizar periodicamente e aprimorar conhecimentos. Para a população foi de benefício pelo fato de terem conhecido seus direitos quanto usuários e incentivados a usufruir e exercer as políticas públicas em saúde entenderam que o engajamento é imprescindível para que a ESF possa realizar ações que lhe competem em benefício pessoal e coletivo da população.

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

A Unidade Básica de Saúde Antônio Alves Lima tem sofrido mudanças na conformação da equipe SF devido a conflitos partidários e de Gestão no Município o que tem propiciado maior desorganização das ações Programáticas em relação à continuidade, segundo os Protocolos de atendimento instituídos nas Políticas Publicas de Saúde.

As informações colhidas na unidade 1 relevantes são as seguintes:

Devido às distancias da área de abrangência da ESF existem dificuldades tanto para o usuário quanto para a equipe para atendimento de qualidade e deslocamento que em definitiva é preponderante para alcançar melhoras nas diferentes ações programáticas. A ESF junto com a comunidade fez gestões perante o Gestor em relação as necessidades (Insumos, materiais e logística) para o desenvolvimento de atenção ao usuário mas não foram resolvidas.

O atendimento cartesiano de atendimento em saúde tem criado uma cultura rotineira onde o profissional tem contato com os pacientes só no consultório, por outro lado os pacientes tem se acostumado a receber a maior quantidade de remédios e exames complementares desnecessariamente sem ter outra oportunidade de interagir com atividades de educação e informação, momento onde o profissional poderia focar as doenças desde outro ponto de vista através de palestras ou reuniões com deferentes grupos populacionais.

A educação continuada no pessoal da equipe deficiente se fez muito necessário visto que existem falências na qualificação profissional para realizar determinada tarefa como parte da atribuição do profissional.

Na UBS existe consenso de lidar com as peculiaridades e especificidades do dia a dia, no entanto temos experimentado programação do atendimento voltada a realidade dinâmica das atividades locais, preconizando a corresponsabilidade da população sobre sua saúde e a ESF dando suporte integral com bom resultado, nossa área de abrangência é muito dispersa e dependemos de transporte para poder chegar nas comunidades de abrangência, as vezes é por terra e outras por via fluvial, os usuários também se deslocam durante a semana procurando atendimento ate a UBS em Paricatuba área de acesso para todos, então a programação de atendimento e visita domiciliar e comunitária juntado a educação em saúde a grupos

populacionais deu certo, a demanda espontânea tem espaço todos os dias tentando resolver a necessidade do dia; a programação, pactuação com a população fez toda diferença.

A relação entre a situação inicial da ESF/APS e o análise situacional posterior as mudanças de pessoal na equipe tem tido impacto na oferta de saúde como um todo. Após deste análise o maior desafio é conseguir a participação dos três níveis de atuação no âmbito Municipal para o cumprimento das ações programáticas com baixas coberturas tanto nos indicadores de cobertura quanto nos indicadores de qualidade dentro das competências de cada uma, entre a Equipe do PSF, Gestor de Saúde e Comunidade, com especial dedicação na organização dos registros tecnicamente sistematizados que facilitem acompanhamento, monitoramento e avaliação das diferentes ações programáticas.

As ferramentas fornecidas durante o curso em cada etapa, desde o conhecimento do estado inicial até a aplicação da intervenção têm facilitado à compreensão, organização sistemática e reordenamento da ação programática para acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são doenças consideradas problema de saúde pública devido a altas prevalências e apresentar estreita relação com doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, primeiras causas de mortalidade e internação no Sistema Único de Saúde. A complicação por diabetes representa mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidos à diálise, bem como, por hipertensão nos problemas cardiovasculares e cerebrovasculares. A intervenção de acompanhamento e controle dessas doenças crônicas apresenta elevada importância para a saúde da população por serem doenças sensíveis a ações e atividades de atenção primária, cujas evidências apontam que o bom manejo na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações decorrentes destas doenças. (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2005)

A equipe as ESF da UBS precisa melhorar o acesso e cuidado aos deficientes e idosos com sequelas de hanseníases portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, no entanto a maioria das vezes estes usuários devem ser atendidos em domicílio pelo que é imprescindível meio de transporte para que a ESF se desloque as regiões distantes da abrangência da UBS. Existe carência de insumos e remédios para atender a demanda dos usuários segundo os protocolos do SUS e somasse a este fato falta de organização de registros no acompanhamento dos usuários com HAS/DM realizando-se atendimento a demanda sem agendamento nem programação tanto para atendimento médico e de enfermagem fora dos padrões de protocolo de atendimento do SUS com efeitos nos indicadores de cobertura e qualidade da ação programática baixos.

Segundo as estimativas para a Ação programática, se estima ter 322 pessoas com hipertensão e 92 pessoas com diabetes acima de 20 anos de idade ou mais residentes na área de abrangência da UBS segundo os dados do CAP existem cobertura atual de 25% (n=82) para Hipertensão Arterial Sistêmica e 38% (n=35) para Diabetes Mellito. Em sua maioria não tem registros e dados sobre a estratificação de risco cardiovascular, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais, e medida da sensibilidade dos pés. Os dados da UBS apontam, além da baixa cobertura do programa, a qualidade sofrível da atenção oferecida ao usuário, com 100% (n=82) dos hipertensos e 91% (n=32) dos diabéticos com atraso da consulta em mais de 7 dias, 34% (n=28) dos hipertensos e 77% (n=27) dos diabéticos com exames complementares periódicos em dia, 49% (n=40) dos hipertensos e 31% (n=11) dos diabéticos com avaliação de saúde bucal em dia. As atividades de orientação variam de 77% a 100%, verificada pela realização de orientação sobre prática alimentar e atividade física durante consultas e visita domiciliar, tendo atualmente iniciado encontros com usuários e familiares no intuito de melhorar o acompanhamento e adesão ao programa.

A intervenção oportuna para melhora da realidade atual desta ação programática (HAS/DM), evitará complicações que colocam em risco a vida das pessoas, gastos desnecessários e sequelas, o rastreamento de casos novos ampliará a cobertura do programa e irá melhorar a qualidade do acompanhamento dos usuários, as limitantes é a dificuldade de acesso do usuário ao serviço e o deslocamento da equipe para as áreas de abrangência junto a esta debilidade a falta de insumos, materiais e medicamentos próprios do programa são limitantes que

precisam ser vencidos motivo da escolha para melhorar a realidade da ação programática Hipertensão Arterial Sistêmica de Diabetes Mellito.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio Alves de Lima, no Município de Iranduba comunidade Paricatuba. Participarão da intervenção, os moradores da área coberta pela UBS na faixa etária de 18 anos para cima, em ambos os sexos, tentando chegar a 60% da estimativa de 322 usuários para HAS e 60% da estimativa de 92 usuários com DM.

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações para melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes na UBS Antônio Alves de Melo.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS Antônio Alves de Lima por meio da planilha de coleta de dados durante e depois da intervenção na UBS realizado pela Enfermeira e o Médico da Equipe.

Organização e gestão do serviço:

- Melhorar o acolhimento aos usuários portadores de HAS desde o primeiro contato na área de cobertura da UBS por todo o pessoal da ESF, realizando registro de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes e cadastrá-las no Programa, nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares e visitas comunitárias realizadas pela ESF. Para essa ação garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfingomanômetros, manguitos, fita métrica, balança de pé e outros), a medida da glicose (Fitas e Glicômetro) durante e depois da intervenção como parte do material de trabalho para Médicos, Enfermeiras e ACS.

Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes na UBS, divulgando a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão

arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, alertar e orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, antes durante e depois da intervenção por toda a ESF na área de coberta pela UBS nos diferentes espaços da comunidade, Igrejas, sede social, escola segundo cronograma realizado pela equipe.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes, atualizando a população adscrito em cada micro área do ACS conforme doença referida pela população, e com o encaminhamento a UBS dos usuários com sintomas. Estabelecer como rotina na unidade a verificação da pressão arterial de todos os usuários com 20 anos ou mais de idade no sentido de realizar busca ativa. Atualizar conhecimentos da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg na área cobertura da UBS, atividade realizado pelo Médico e Enfermeira da ESF.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico completo, apropriado das pessoas com hipertensão e/ou Diabetes, exame dos pés das pessoas com diabetes, exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada no protocolo de atendimento a HAS/Diabetes durante a consulta clínica na UBS, realizado pela Enfermeira da ESF.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na área de abrangência da UBS realizada pela Enfermeira da ESF.

- Monitorar as pessoas Hipertensas e Diabéticas que necessitam de atendimento odontológico encaminhando os usuários com profissional odontólogo durante a intervenção realizada pelo Médico e Enfermeira da ESF.

Organização e gestão do serviço:

- Manter disponível a versão atualizada do protocolo de Atenção a HAS/Diabetes impressa na UBS fornecido pela administração da UBS.

- Determinar atribuições de cada membro da equipe durante e depois da intervenção na UBS, capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de

atendimento a HAS/Diabetes adotados pelo MS através de reciclagem e atualização de conhecimentos entre os membros da ESF antes, realizado pelo Médico e Enfermeira da ESF.

- Organizar a agenda de atendimento para acolher as pessoas Hipertensas e Diabéticas provenientes das buscas domiciliares realizados pelos ACS, realizado pela Enfermeira da ESF.

- Garantir a solicitação dos exames complementares, e solicitar do gestor municipal agilidade para sua realização definidos no protocolo de atendimento. Providenciar junto ao gestor o monofilamentos 10g para exame dos pés nos diabéticos realizado pelo Médico e Enfermeira da ESF.

- Solicitar a referência e contra referência de pessoas com Hipertensão e Diabetes que necessitem de consulta especializada durante a intervenção, realizada pela Enfermeira da ESF.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mantendo um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e Diabetes cadastrados na UBS, realizado pela Enfermeira, Auxiliar de enfermagem e responsável farmacêutico.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e Diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante a intervenção, realizado por qualquer membro da ESF.

Engajamento público:

- Orientar a comunidade da área coberta pela UBS quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente na Diabetes, durante e após a intervenção pela ESF através de atividades educativa e conversas nas consultas, visitas domiciliares e comunitárias.

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes, a comunidade em geral quanto à necessidade de realização de exames complementares, sua periodicidade de realização, encaminhando ao Médico e a Enfermeira da ESF.

- Orientar as pessoas com hipertensão, Diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas, realizada por todos os componentes da ESF.

- Orientar aos hipertensos, Diabéticos e comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes durante a intervenção realizado por qualquer membro da ESF.

Qualificação da prática:

- Capacitar a ESF para seguir o protocolo de atendimento a HAS/Diabetes no que tange a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares antes, pelo Médico e Enfermeira para toda a equipe.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e Diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia antes, realizada pelo Médico e Enfermeira da ESF a todos da equipe.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com Hipertensão e Diabetes, realizada por profissional Odontólogo da ESF.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento (consultas em dia), na área de abrangência da UBS, realizado pela Enfermeira da ESF.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares e comunitárias para buscar os faltosos na área coberta pela ESF da UBS realizada pela Enfermeira da equipe com visitas dos ACS.

- Organizar a agenda de atendimento para acolher as pessoas com Hipertensão e Diabetes provenientes das buscas domiciliares na área coberta pela ESF da UBS, realizada pela Enfermeira da equipe e auxiliar de enfermagem.

Engajamento público:

- Informar a comunidade e as pessoas com hipertensão e Diabetes sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Ouvir a comunidade para adotar estratégias no intuito de não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e Diabetes durante a intervenção realizada por todos os membros da ESF.

Qualificação da prática:

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com Hipertensão e Diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, realizada pelo Médico e Enfermeira da ESF.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com Hipertensão e Diabetes realizados na Ficha Espelho acompanhadas na UBS, realizada pela Enfermeira da ESF.

Organização e gestão do serviço:

- Aplicar a Ficha Espelho como um sistema de registro que viabiliza 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 durante e após da intervenção supervisionado pela Enfermeira da ESF.

Manter as informações do SIAB/SUS atualizadas, responsáveis pelo monitoramento dos registros dos ACS, Auxiliar de Enfermagem), sob supervisão da enfermeira da ESF.

Engajamento público:

- Orientar a comunidade e as pessoas com Hipertensão, Diabetes sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário da área coberta pela UBS, realizado pelo Médico e Enfermeira da ESF.

Qualificação da prática:

- Capacitar a ESF no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas Hipertensas e Diabéticas, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas nos ambientes da UBS pelo Médico e enfermeira da ESF.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com Hipertensão e Diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano na UBS durante e após a intervenção, realizado pelo Médico e Enfermeira da ESF.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar a agenda para o atendimento priorizando as pessoas com Hipertensão e Diabetes avaliadas como de alto risco, organizado pela Enfermeira e auxiliar de enfermagem da ESF.

Engajamento público:

- Orientar a comunidade e os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular nas consultas com o Médico e Enfermeira, e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

- Esclarecer a comunidade e as pessoas com Hipertensão e Diabetes quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), durante as consultas com o Médico e Enfermeira, e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS durante e após a intervenção.

Qualificação da prática:

- Capacitar a equipe sobre a importância de realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, adoção de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, avaliação dos pés nos Diabéticos, pelo Médico e enfermagem da ESF.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional e a atividade física regular às pessoas com Hipertensão e Diabetes, realizado pela Enfermeira da ESF.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e higiene bucal às pessoas com Hipertensão e Diabetes, realizado pela Enfermeira e o Odontólogo da ESF.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, durante consulta médica e de enfermagem realizado pelo Médico e Enfermeira da ESF.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática de atividade física às pessoas com Hipertensão e Diabetes, demandando apoio da NASF, realizado pela Enfermeira da ESF.

Engajamento público:

- Orientar pessoas com Hipertensão, Diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica no tratamento e prática de atividade física regular, através das consultas Médica e de Enfermagem na UBS, nas visitas domiciliares e comunitárias pelos ACS e Tec. de enfermagem.

- Orientar as pessoas tabagistas com Hipertensão e Diabetes sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, através das consultas médicas e de Enfermagem na UBS, nas visitas domiciliares pelos ACS e Tec. De Enfermagem.

- Orientar as pessoas com Hipertensão, Diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, através das consultas médicas e de Enfermagem na UBS, nas visitas domiciliares e comunitárias pelos ACS e Tec. de Enfermagem e Odontólogo.

Qualificação da prática:

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde, práticas de alimentação saudável, atividade física regular, tratamento de pessoas tabagistas, orientações sobre higiene bucal, realizado pelo Médico, Enfermeira e Odontologista da ESF.

2.3.2 Indicadores

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

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

Indicador 1.1. Proporção de hipertensos cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde:

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

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

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

Indicador 1.2. Proporção de diabéticos cadastrados no Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde:

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame complementar em dia.

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

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

Indicador 2.5 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de diabéticos com exame complementar em dia.

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

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

Indicador 2.6 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA:

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

Denominador: Número total de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA:

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

Denominador: Número total de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.8 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de avaliação odontológica:

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.9 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de avaliação odontológica:

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

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

Indicador 3.1 Proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular:

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre alimentação saudável:

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal:

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

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

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal:

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

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

2.3.3 Logística

A ação programática tem como referência de regulamentação e condução da implementação de atividades os protocolos estratégias para o cuidado da pessoa com HAS e DM, respectivamente, Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 de 2013, e o nº14 de 2006 que trata da prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica (Brasil, 2013a; Brasil 2013b; Brasil, 2006). O serviço usará na rotina dos atendimentos a ficha-espelho de HAS/DM disponibilizado pelo curso de especialização, com adaptações para o registro da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. E para o monitoramento e avaliação mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Os dados da população-alvo acompanhada serão anotados nos livros de cadastro existentes na UBS para os programas de HAS/DM, e os registros dos

procedimentos e consultas serão realizados na ficha-espelho pelos ACS sob supervisão da técnica de enfermagem a partir dos prontuários dos usuários. Estima-se alcançar com a intervenção 60% o seja 165 usuários com HAS e 40 com DM, assim, o serviço pedirá ao gestor municipal para dispor de 400 fichas-espelho necessárias para o registro dos atendimentos. O monitoramento será realizado a cada 10 dias pelo médico e enfermeira.

A equipe da ESF definirá as atribuições de cada trabalhador da saúde no desenvolvimento das diferentes ações, segundo as competências da categoria e funções. A atualização de conhecimentos e habilidades terá com carga horária semanal de duas horas, incluindo o conteúdo na parte técnica do atendimento, o preenchimento da ficha-espelho, verificação de PA e glicemia. Entre outros temas os ACS receberão treinamento específico de busca ativa de usuários faltosos, nas sextas-feiras por três horas. De modo, que iremos dispor para cada membro da equipe, oito integrantes, cópias dos protocolos de atendimento a HAS/DM, cadernos de anotações, canetas e lápis. E agendar o equipamento de projeção a ser utilizado na sala de reuniões da UBS. Esta atividade será realizada pelo médico e enfermeira, e ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção, como a solicitação de exames complementares, estratificação de risco, e práticas de alimentação saudável e atividade física regular.

As atividades de melhoria do acolhimento das pessoas com HAS e DM que buscarem o serviço serão realizadas desde o primeiro contato por todo o pessoal da ESF, realizando o cadastro do usuário no programa. Pessoas com alterações dos níveis pressóricos e glicêmicos devem ser atendidos no mesmo turno, recebendo prioridade conforme critério de risco, para agilizar o tratamento de intercorrências. Para acolher essa demanda de intercorrências não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, sendo agendada uma consulta programada para o acompanhamento e controle da HAS e DM. No agendamento dos usuários provenientes da busca ativa serão reservadas quatro consultas por semana. Usuários que buscarem consulta de rotina da ação programática terão prioridade no agendamento, saindo da UBS com a próxima consulta agendada.

A equipe fará um trabalho permanente de mobilização comunitária para o fortalecimento do engajamento público local. No controle social faremos a

apresentação do projeto de intervenção nas Igrejas da comunidade e outros grupos populacionais da área de abrangência, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento e controle da HAS e DM. Será a oportunidade para solicitar o apoio no sentido de ampliar a captação de usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. No campo da educação à saúde teremos atividades de orientando sobre diferentes temas relacionados ao programa, com a distribuição de 50 folders na área coberta pela UBS, informando e divulgando o Projeto de intervenção, enfatizando a importância do controle da Pressão Arterial e pesquisa de diabetes a partir dos 20 anos.

Todas as semanas, examinaremos as fichas-espelho das gestantes identificando aquelas que estão com consultas, e exames clínicos e laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários com atraso nas consultas. O monitoramento das ações terá regularidade quinzenal envolvendo toda a equipe, conversando sobre resultados e dificuldades e facilidades na realização das ações, propondo ajustes conforme a necessidade. O presidente da comunidade será convidado para participar dessas reuniões avaliativas.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Atenção à pessoa com HAS/DM.	2 ^a .				2 ^a .				2 ^a .			
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	6 ^a .				6 ^a .				6 ^a .			
Cadastramento das pessoas com HAS/DM no programa.	2 ^a -5 ^a											
Contato com lideranças da comunidade apresentando o projeto de intervenção solicitando apoio para divulgação e as estratégias implementadas.		sábado				sábado				sábado		
Atendimento clínico das pessoas com HAS/DM.	2 ^a -5 ^a											
reuniões de grupo de pessoas com HAS/DM.			6 ^a .				6 ^a .				6 ^a .	
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pessoas com HAS/DM		6 ^a .				6 ^a .				6 ^a .		
Busca ativa de pessoas com HAS/DM faltosas às consultas	2 ^a -5 ^a											
Monitoramento da intervenção		6 ^a .										

3 Relatório da Intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

O acompanhamento da ação programática HAS/DM jamais será a mesma, as intervenções na minha área de abrangência assim como os dos outros colegas em outras UBS do Município tiveram participação ativa na mudança de práticas realizadas no desenvolvimento das ações programáticas de forma organizada e sistematizada que gerou interesse e desafio para outras equipes PSF.

Durante a intervenção uma das ações planejadas foi à capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Atenção à pessoa com HAS/DM, pode ser realizada satisfatoriamente em todos os integrantes da equipe, embora tenha tido resistência em primeira instancia por alguns profissionais devido a desconfianças arguidas, pelo fato de criar mudanças no atendimento e seguimento da ação programática HAS/DM e contrariedade que a sistematização criou ao velho estilo de acompanhamento e atendimento desta e outras ações programáticas fora dos protocolos de atendimento. Ao termo da intervenção cumprimos todas as capacitações programadas por mês e tem se criado ainda rotina de realizar esta atividade a cada inicio do mês como foi realizado na ideia de praticar educação continuada.

Em relação ao estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática HAS/DM programado para cada inicio do mês teve muita resistência por parte de alguns membros da equipe, tanto que em alguns momentos não tinha participação da equipe, tive que solicitar ao Gestor para intervir e solucionar este problema e tomamos a iniciativa de entregar a cada integrante da equipe de forma impressa as atribuições e responsabilidades o que acabo ajudando muito.

Um fator que tem atrapalhado o normal desenvolvimento desta atividade foi a instabilidade laboral e desânimo devido a problemas partidários e aceitação de novos integrantes da equipe por parte da população o que gerou ausência por algumas semanas principalmente da Enfermeira e o Dentista da equipe, resolvido o problema politico voltou ao normal.

O cadastramento das pessoas com HAS/DM no programa foi desenvolvida com regularidade pelas condições que a equipe teve, a maior dificuldade no inicio foi

registrar o cartão SUS pois nem todos os usuários tinham este documento, administração da UBS fez o trabalho de conseguir registro SUS para todos terem este documento, entre outras dificuldades alguns profissionais tiveram dificuldade de atualizar registros dos remédios em tratamento do usuário que faz tratamento a muitos anos pois os prontuários e o livro de registro não estavam atualizados com estes dados. Atualmente esta sendo usada junto ao prontuário clínico a ficha Espelho para o acompanhamento em cada consulta.

Atividade referente a contato com lideranças da comunidade apresentando o projeto de intervenção solicitando apoio para divulgação e as estratégias implementadas fez a diferença par conseguirmos os objetivos, no entanto precisamos continuar trabalhando o engajamento dos lideres comunitários e a população no conjunto. Foram realizadas duas reuniões com lideranças comunitárias das três programadas durante a intervenção. Resultado desta atividade é que próximas atividades e ações desenvolvidas pela equipe participaram ativamente.

No atendimento clínico das pessoas com HAS/DM teve muita dificuldade antes da intervenção e durante a intervenção em relação a: Insumos e materiais necessários para cumprir esta atividade, não tivemos apoio do Gestor na solicitação de materiais com antecedência de um mês como esfigomanómetro, fitas para Glicemia, Xerox e outros foram conseguidos pela própria equipe. O fato mais marcante foi a falta de transporte para o deslocamento nas áreas de abrangência acabamos contratando transporte com recursos próprios para chegar a todas as áreas geográficas distantes a 40 e 60 Km da sede da UBS.

No atendimento clínico a instabilidade laboral- partidária por uma parte, e falta de envolvimento de alguns integrantes da equipe achando que era só responsabilidade do médico devido à especialização fez com que não realizasse atendimento clínico segundo protocolo e atendimento. O fato de ter organizado sistematicamente durante atendimento clínico os usuários com determinado Risco Cardiovascular tem ajudado muito para acompanhamento do usuário onde Médico e Enfermeira iram intervir segundo suas competências.

Realizamos duas reuniões de grupo de pessoas com HAS/DM das 3 programadas durante a intervenção, nas duas oportunidades tivemos boa aceitação por que conseguimos engajar usuários e familiares com participação da equipe NASF e voluntários como educador físico e nutricionista que passaram informações importantes. Teremos novas reuniões com o grupo Hiperdia no primeiro trimestre de 2016.

A atividade planejada em relação à capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pessoas com HAS/DM foi de muita importância pois desta forma conseguimos atingir o planejado muito embora não tenham tido os meios necessários para o deslocamento, os ACS tiveram bom desenvolvimento no trabalho e conseguiram que usuários que não estavam comparecendo cheguem até a UBS e nos lugares onde foram programadas os atendimentos.

O monitoramento da intervenção foi realizada a cada sexta feira da semana, foi um momento de confronto com a situação real e a reorganização de pactos entre os integrantes da equipe em prol da melhoria e participação de todos durante a intervenção e as estratégias que se apresentaram a cada semana, infelizmente sempre com ausência da enfermeira e do dentista.

Eu como outros colegas que fazem parte do PMMB e médicos autônomos contratados pelo Município e que fazem parte da Atenção Básica de Saúde na ESF tivemos reuniões onde montamos estratégias para levar à prática estas experiências de intervenção para aplica-las em todas as UBS, os enfermeiros das equipes estão muito interessados em realizar curso de especialização em PSF após de ter apresentado em reunião geral modelo de intervenção das ações programáticas ao Gestor e coordenadores de programada do Município.

Em relação às atividades e ações que precisam de continuidade serão realizadas com ajuda do novo Gestor que tem se comprometido a contribuir com material necessário para as atividades entre esta o fornecimento de transporte para a equipe, por outra parte continuaremos estimulando á população através dos lideres e em reuniões comunitárias mensais o engajamento e participação nas ações de saúde da região. Dar-se-á continuidade a melhoraria e organização dos registros

no sentido de ter todos os dados para acompanhamento, principalmente os de laboratório e valoração por especialidade que é ainda é o gargalo para completar o correto acompanhamento do usuário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não conseguimos atingir número de pessoas com HAS/DM no programa devido a vários fatores que dificultaram chegar ao planejado, entre estas, a instabilidade política do Município que teve entre Setembro a Dezembro de 2015 quando o Ministério Público Estadual interveio denunciando fatos de corrupção entre Prefeito, Secretários e Vereadores com a interrupção das atividades em todas as UBS do município, principalmente em relação ao transporte para deslocamento, a área de abrangência da UBS que depende muito deste material embora tenha arcado com o transporte não foi o suficiente para chegar a todos os usuários.

Em relação ao contato com lideranças da comunidade solicitamos apoio às ações do projeto de intervenção para divulgação das estratégias implementadas, não foi realizada terceira reunião durante os meses de intervenção devido aos problemas políticos do município que acabou afetando alguns integrantes.

No atendimento clínico das pessoas com HAS/DM chegamos a completar a porcentagem programada para Hipertensão Arterial Sistêmica e não para Diabete Mellito devido às dificuldades de deslocamento para lugares onde a equipe depende de transporte.

Embora não tenha sido realizado os três encontros do grupo de hipertensos e diabéticos conseguimos cumprir realizar dois reuniões-encontro durante a intervenção devido a outras atividades que concentrou a atenção da população como Outubro Rosa e Novembro Azul que afinal foram aproveitadas para captação e rastreamento de usuários novos com HAS/DM.

Uns dos aprendizados obtidos no projeto de intervenção é que a sistematização e aplicação dos protocolos de atendimento foram incorporadas à rotina da unidade, o que tem despertado interesse de realizar similar ação nas

outras ações programáticas está trabalhando nisto junto com coordenadores dos programas da Secretaria de Saúde envolvendo todas as equipes PSF do Município, acredito que foi dado o recado da importância de realizar de forma organizada e sistematizada o acompanhamento das ações programáticas e temos bons resultados que vem do no Gestor de Saúde em relação aos três Gestores anteriores que passaram em 2015.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, tivemos falta de retorno em tempo oportuno de exames complementares tanto de laboratório quanto de gabinete (Rx. Eletrocardiograma, Ultrassonografia) e a falta de avaliação por especialidade com falhas na contra referencia, isto devido as distancias que o usuário deve percorrer para realizar estes exames complementares e o sistema de programação de consultas por especialidade que é deficiente no Município.

No fechamento das planilhas de coletas de dados teve problemas em relação às informações preenchidas nas diferentes colunas entre 1 ou 0, o que deu diferencia na porcentagem dos indicadores, como resultado teve o numerador maior que o denominador evidenciado na leitura final dos resultados superiores ao 100%, esta dificuldade foi resolvida com ajuda do coordenador/orientador do curso a traves do DOE.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Atualmente tem se criado registro de fácil acesso e entendimento para monitoramento e acompanhamento dos usuários na ação programática Hiperdia e faz parte da rotina do atendimento o uso de Planilhas e fichas espelho, junto aos prontuários clínicos, para serem identificados como faltosos e programar busca ativa a partir do ACS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Aspectos quantitativos

O projeto de intervenção com ênfase na ação programática HAS/DM teve a intenção de melhorar os indicadores de cobertura para HAS e DM que até o momento da avaliação encontravam-se em 25 % que dizer 82 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 38% - 35 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS; desta forma melhorar o acompanhamento às pessoas com estas doenças que na área coberta da UBS estariam tendo complicações subsequentes a falta de controle e seguimento.

Numa população de 1815 habitantes distribuídos em 5 microrregiões (Cachoeira, Fé em Deus, Deus é amor, Lago do mudo, Paricatuba) foi estimado que 276 pessoas com 20 anos ou mais teriam HAS, o que representa 22,7% da população total, e 68 pessoas teriam DM que representam o 5,6% da população total.

A equipe SF da UBS conformada por 5 ACS, uma Tec. de enfermagem, uma Aux. de enfermagem, uma Enfermeira, um ACD, um Dentista e um Médico atendem uma área dividida em microrregiões ou comunidades (Paricatuba, Fé em Deus, Deus é Amor, Cachoeira, Lago do Mudo), distantes da sede da UBS, os profissionais que participaram desde o início ao fim da intervenção foram os ACS, outros profissionais como enfermeira e dentista foram infrequentes em sua participação devido a inúmeros problemas, entre eles, falta de engajamento e prática antiga de atendimento emergencial e ainda dificuldade de compreensão do desenvolvimento da ação programática com fins de organizar e sistematizar a ação programática em benefício da UBS e a população.

A equipe da UBS tem programado como meta melhorar em 60% os indicadores de cobertura tanto em HAS quanto em DM segundo o que explica o gráfico (confeccionado para melhor entender) a seguir em relação ao percentual programado e alcançado ao termo dos 3 meses de intervenção.

A cobertura para HAS tem superado percentual programado (77,90%), entre tanto que para DM não atingiu a meta programada (52,90%) para ambos de 60%.

PROGREÇÃO QUANTITATIVA.

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

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.

Indicador 1.1. Proporção de hipertensos cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde:

Observamos a evolução de cada indicador ao longo da intervenção de forma progressiva, embora tenha tido inúmeras dificuldades descritas a seguir em cada indicador superamos o indicador de cobertura para HAS como indica a Fig.1.1

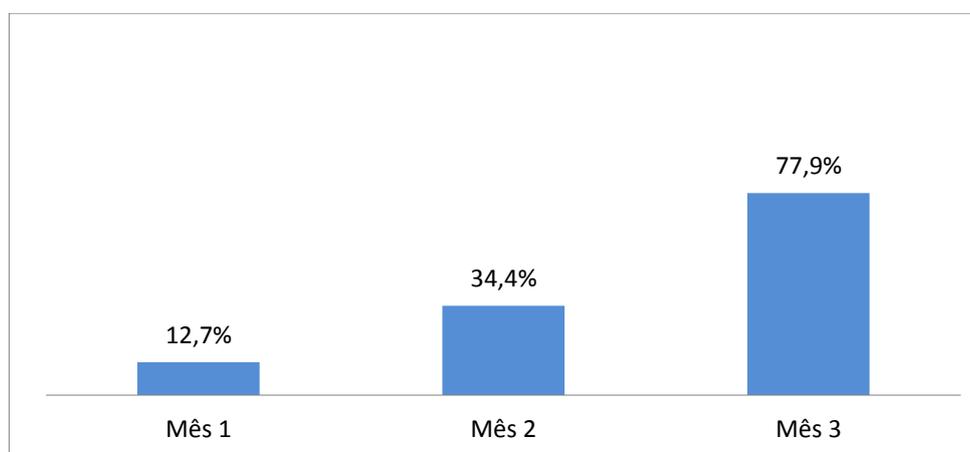


Fig. 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.

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

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.

Indicador 1.2. Proporção de diabéticos cadastrados no Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde:

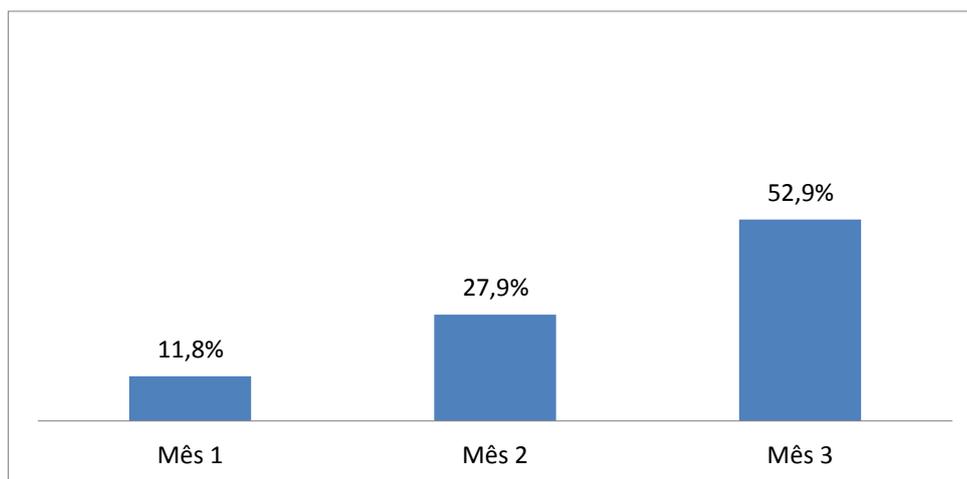


Fig. 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde

A longo da intervenção a cobertura para HAS/DM foi progressiva devido á dinâmica implementada desde o primeiro mês, com alguns empecilhos como a falta de conhecimento das atribuições e competências da equipe para acompanhamento desta ação programática, falta de interesse em alguns integrantes da equipe, falta de insumos e materiais para atender estas patologias (HAS/DM) e apoio logístico em geral solicitado do Gestor de saúde principalmente no que tange a transporte para o deslocamento na área de abrangência da UBS e conjuntura política conturbada no Município que em determinados momentos influenciaram negativamente para a demora de atendimento e captação de pessoas com HAS e DM.

Superadas as dificuldades em relação ao material e logística por iniciativa própria e de alguns membros da equipe como a contratação de transporte para o deslocamento as comunidades, compra de material para registro e divulgação da ação programática e engajamento dos Agentes Comunitários de Saúde vemos nos gráficos 1.1 e 1.2 ao termo da intervenção meta superada para HAS com 77,9 % do 60% programado e meta não alcançada para DM com 52,9% dos 60 % programado.

Aspectos qualitativos

A implementação das ações de melhora na cobertura dos indicadores da ação programática HAS/DM teve muita importância, pois devido às diferentes ações realizadas pode ser feito o controle e acompanhamento aos usuários com estas patologias, segundo os protocolos de atendimento divulgados nos Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37 do Ministério da Saúde referente às Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: "Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013" usuários que em sua maioria não tinham

realizado há muito tempo, motivo pelo que alguns usuários tiveram intercorrências com sequelas devido a falta de acompanhamento (crise Hipertensiva – AVC, coma diabético, pé diabético etc.). Por outro lado, o projeto de intervenção implementado foi importante para a equipe da UBS, pois as diferentes ações desenvolvidas tem empoderado os profissionais para realizar com eficiência o controle dos usuários e, criado rotina no atendimento cotidiano da UBS.

Descrição qualitativa.

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

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

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

Resultado do Indicador 2.1

O indicador “Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo” (fig 2.1) tem facilitado interpretar a importância da avaliação clínica que evita intercorrências tanto nos usuários hipertensos quanto nos diabéticos.

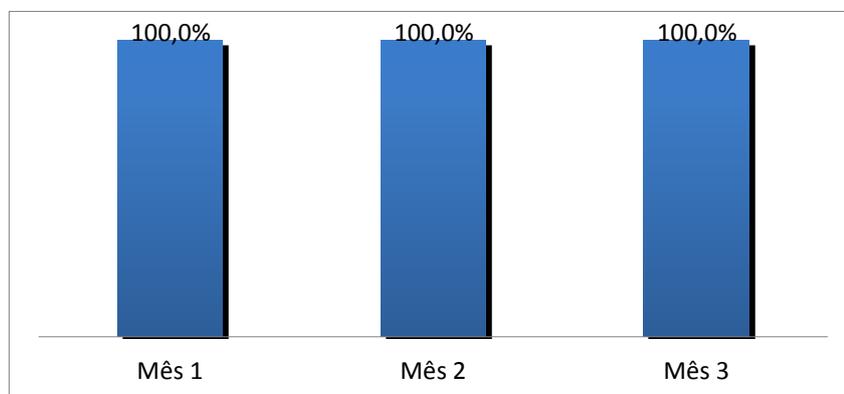


Fig. 2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Segundo a Fig. 2.1 Observamos resultado de atendimento em 215 pessoas com HAS as quais foram atendidas durante os três meses de intervenção superando a meta proposta de 60%. O motivo para o bom resultado (100%) nos três meses de intervenção é devido ao compromisso dos integrantes da UBS, embora haja ausência de alguns profissionais durante os três meses, como a enfermeira devido a problemas partidários ao interior do município; outro fator que tem

contribuído é a convocatória realizada na comunidade com divulgação da intervenção com antecedência de 2 meses, a informação dispensada á comunidade em geral, através de participação de reuniões e visita ás comunidades e confecção de banners informativos disponíveis em diferentes pontos da comunidade, outro motivo para o bom resultado é o deslocamento com recursos próprios ás diferentes comunidades de abrangência da UBS, pois tenho disponibilizado meu veiculo para este fim, e temos conseguido chegar ás comunidades da área de abrangência comprometidas.

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

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

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

Resultado do Indicador 2.2

Em relação à “Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo” o gráfico 2.2 facilita a interpretação do resultado final, ele mostra que houve atendimento clinico dos usuários diabéticos captados em cada mês de forma progressiva. No primeiro mês foram 6 os usuários com DM que realizaram exame clínico em dia segundo os protocolos de atendimento para DM o que significa proporção percentual de 75 %, no segundo mês foram 17 usuários com DM que realizaram exame clínico em dia segundo os protocolos de atendimento representando uma proporção de 89,5% e no terceiro mês 34 usuários com proporção e 94,4%

Lamentavelmente não atingimos o programado em cada um dos 3 meses devido as dificuldades no deslocamento da equipe para chegar nas comunidades distantes da área coberta pela UBS e o não comparecimento dos usuários devido as distancias das comunidades até a UBS, porém o empenho dos membros da equipe, e população mobilizada, a informação dispensada á população contribuíram para alcançar este resultado.

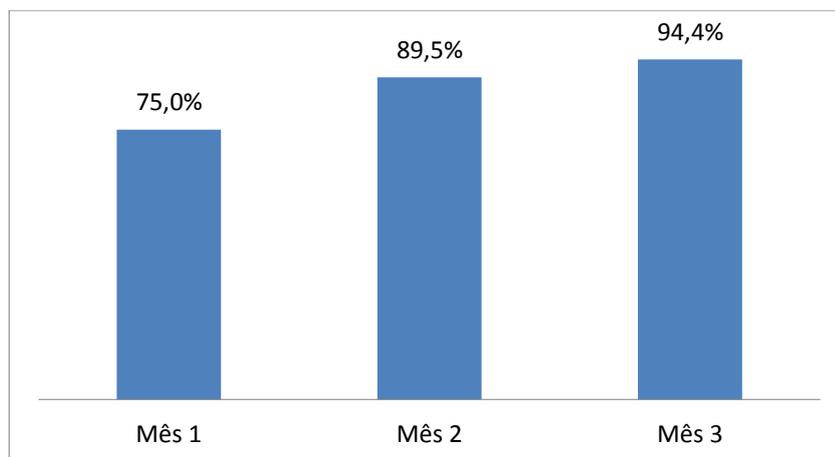


Fig.2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Entre as ações que dificultaram alcançar a meta proposta foi a falta de engajamento do próprio Gestor devido a instabilidade política no Município, a falta de material dispensado, como fitas de glicemia e o transporte para o deslocamento às comunidades, por outro lado, alguns membros da UBS não contribuíram na captação de pessoas com diabetes como a enfermeira, não quis se envolver por entender achar que a intervenção era “simplesmente interesse pessoal com a especialização à distancia”, embora tenha sido explicado inúmeras vezes esta dificuldade tem permanecido, por aproximadamente 2 meses, sendo que no ultimo mês de intervenção a enfermeira da equipe teve participação, atualmente foi entregue os registros PCD na sua responsabilidade e teve boa aceitação para dar continuidade à intervenção. As ações que ainda podem melhorar para o acompanhamento as pessoas com DM é a suplementação de materiais como as fitas de glicemia, e a educação continuada nos integrantes da ESF da UBS.

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

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

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

Resultado do Indicador 2.3

Embora o indicador quantitativo não tenha alcançado a meta programada, o cálculo realizado em todos os meses tem influenciado positivamente para a realização em todas as pessoas com DM o exame importante dos pés, o que demonstra no quadro 2,3 resultado de 8 usuários para o primeiro mês, 19 para o segundo mês e 36 usuários para o terceiro mês tendo realizado em (100%) destes usuários o exame dos pés (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade) com benefícios para o usuário prevenindo co-morbidades como o pé diabético.

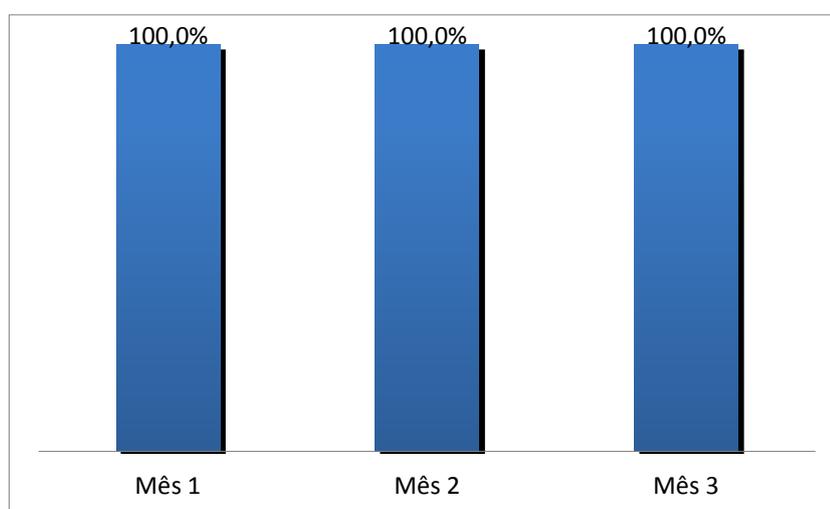


Fig.2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

As ações que facilitaram para alcançar este resultado qualitativo em cada mês (100%) foram os atendimentos tanto em consultório da UBS quanto em domicílios durante as visitas comunitárias realizados com recurso próprio, teríamos conseguido maior cobertura se tivéssemos tido apoio do Gestor em relação ao deslocamento para outras áreas distantes à UBS onde existem pessoas da terceira idade e com sequelas de Hanseníase que dependem de atendimento domiciliar.

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

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

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

Resultado do Indicador 2.4

O resultado da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo representado no quadro 2.4 mostra que no primeiro mês 97,1% que representa 34 usuários realizaram os exames complementares em dia, no segundo mês de intervenção foram 94 usuários com exames complementares em dia que representa proporção de 98,9%, no terceiro mês foram 214 usuários com proporção de 99,5% representa à maioria dos usuários com HAS que realizaram exames complementares, porém não chegamos ao 100% devido à duas dificuldades neste indicador: por parte o usuário não consegue se deslocar até o centro de referencia para realizar o exame na sede do município distante a 45 Km.

Fig.2.4

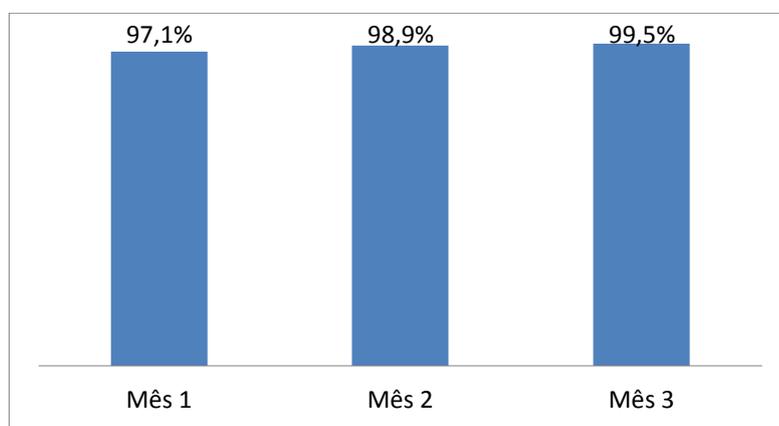


Fig.2.4 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Por outra parte, o município não conta com laboratório completo que realize exames complementares segundo protocolo de atendimento ao usuário com HAS, neste caso o usuário deve percorrer distancias maiores ate a capital do estado – Manaus, distante a 80 km aproximadamente. Situações que dificultaram em cada mês chegar aos 100% de cobertura neste indicador.

Este indicador ira melhorar, na medida em que a UBS e o Centro de referencia do município conte com laboratório completo para realizar ditos exames e o sistema de referencia e contra referencia esteja em prática.

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

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

Indicador 2.5 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Resultado do Indicador 2.5

Embora não tenhamos alcançado cobertura quantitativa neste indicador,

O quadro 2.5 mostra resultado de cobertura do 100% nos três meses de intervenção, o que representa no primeiro mês 8 usuários atendidos com realização de exames complementares no 100% dos usuários, no segundo mês de intervenção foram realizados exames complementares em 100% dos 19 usuários atendidos, e no terceiro mês de intervenção 39 usuários com 100% deles com exames complementares realizados segundo protocolo de atendimento estabelecido no Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37 do Ministério da Saúde referente às Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

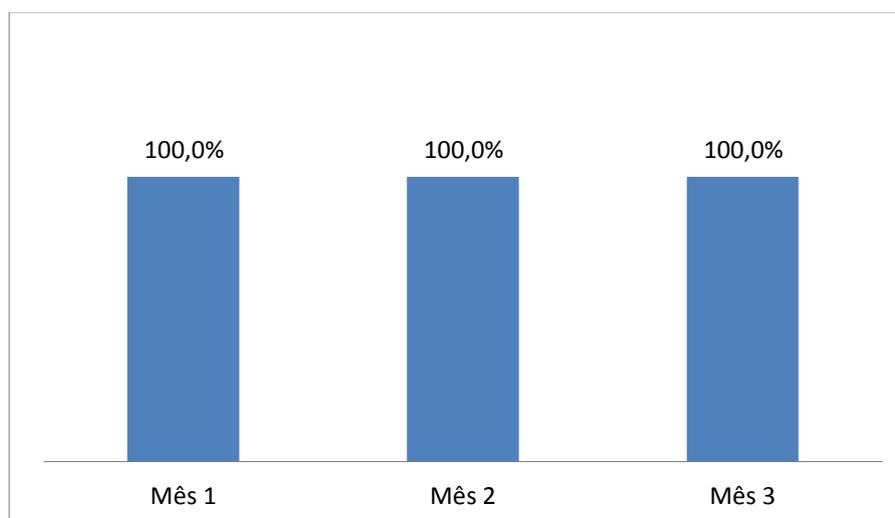


Fig. 2.5 Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

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

Indicador 2.6 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HAS/DM:

Resultado do Indicador 2.6

Segundo os resultados obtidos no quadro 2,6, em cada mês a proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada demonstra que todos os usuários com HAS atendidos tanto no primeiro mês (34 usuários), quanto no segundo mês (94 usuários) tiveram a respectiva prescrição dos remédios da Farmácia Popular/HIPERDIA numa proporção de 100% em ambos, porem no terceiro mês houve proporção de 98,9% representado por 186 usuários dos quais alguns solicitaram prescrição para receber remédios em centros de seguro de saúde privados.

Fig. 2.6

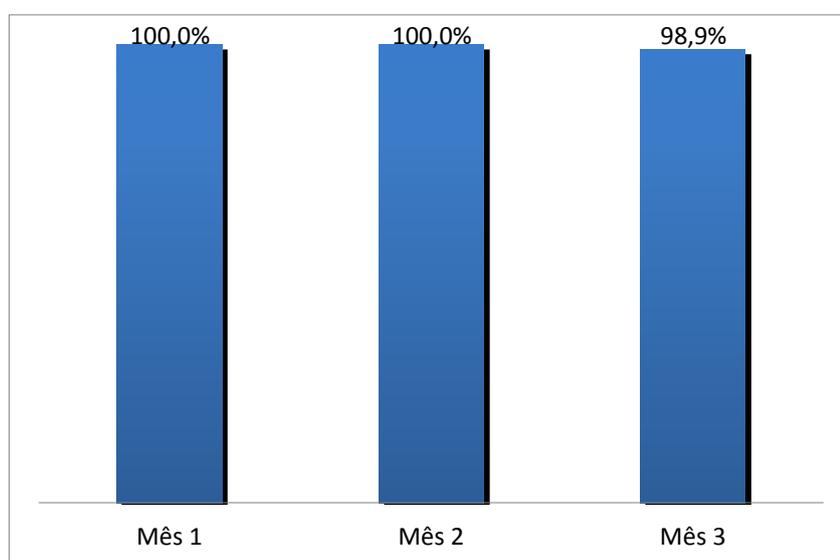


Fig. 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Indicador 2.7 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HAS/DM:

Resultado do Indicador 2.7

Segundo os resultados obtidos no quadro 2,7, nos primeiros meses da intervenção a proporção de pessoas com Diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada chegou ao 100% com 8 e 19 usuários respectivamente, porem no terceiro mês houve proporção de 97,2% dos 35

usuários atendidos devido a que alguns solicitaram prescrição para receber remédios em centros de seguro de saúde privados.

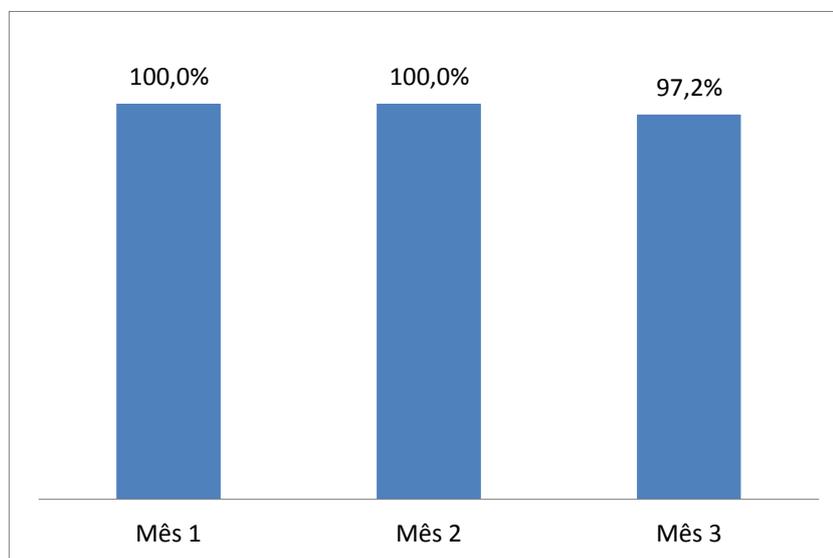


Fig. 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Indicador 2.8 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de avaliação odontológica:

Resultado do Indicador 2.8

O resultado da proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico chegou ao 100% em todos os meses da intervenção, sendo: 35 usuários no primeiro mês, 95 usuários no segundo mês, e 215 usuários no terceiro mês, porém nem todos foram atendidos pelo profissional de Odontologia devido à infrequência no atendimento durante a semana e a falta de insumos e materiais necessários para o atendimento.

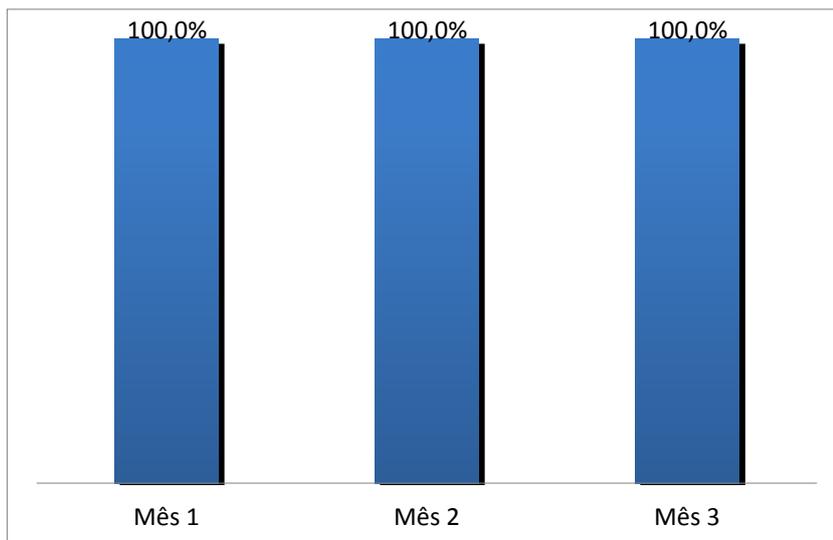


Fig. 2.8 Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 2.9 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de avaliação odontológica:

Resultado do Indicador 2.9

A proporção de pessoas com Diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcançou o 100% realizado durante os três meses de intervenção, 8 usuários no primeiro mês, 19 usuários no segundo mês e 36 usuários no terceiro mês.

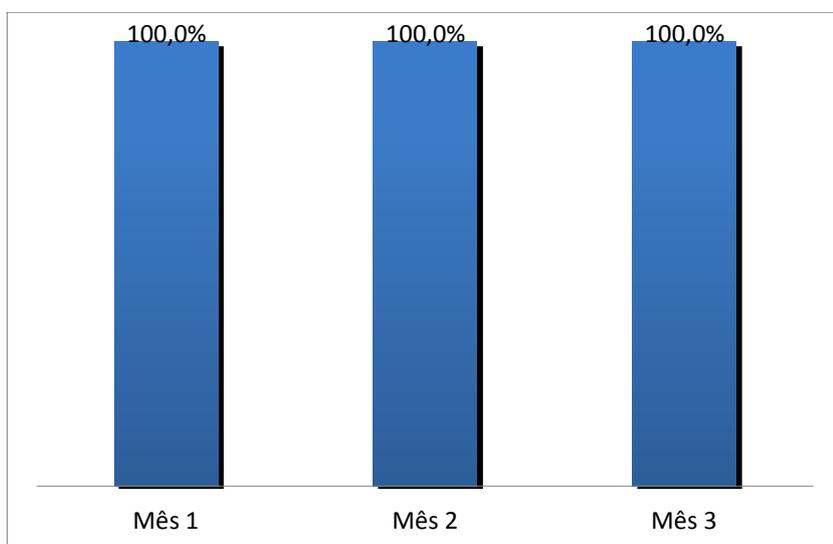


Fig. 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos á consulta médica com busca ativa:

Resultado do Indicador 3.1

O cálculo do indicador demonstrado no quadro 3.1 nos diferentes meses de intervenção mostra o número e a proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa realizada pela equipe numa relação de 4 usuários de 11 usuários com HAS residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas conseguindo proporção de 36,4%; no segundo mês de intervenção foram 10 usuários faltosos às consultas com busca ativa de 20 usuários com HAS residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas numa proporção de 50%; e finalmente no terceiro mês de intervenção foram 42 usuários faltosos às consultas com busca ativa de 45 usuários com HAS residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas numa proporção de 93,3%.

Estes usuários justificaram o não comparecimento para completar atendimento a falta dos resultados de exames complementares de controle que não tinham realizado por falta de recursos econômicos para seu deslocamento á sede do município e, por outro lado não tinham recebido os resultados de laboratório.

Da mesma forma, os controles por especialidade não tinham sido realizado pelos motivos anteriores acrescentando ausência de contra referência por parte de cardiologia e endocrinologia.

Os usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa em cada mês de intervenção foram visitados em domicilio e comunidades por alguns integrantes da equipe como ACS e o médico que chegaram com recursos próprios sem ajuda do Gestor como disponibilização do carro particular para o transporte.

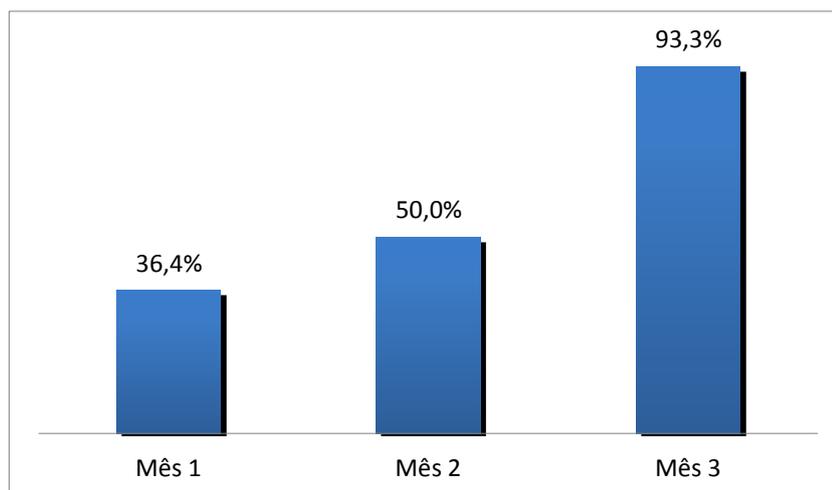


Fig. 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa.

As ações que dificultaram a melhoria deste indicador esbarram radica por uma parte na responsabilidade do usuário que não procura completar seu atendimento, por outro lado, o sistema de referencia para realizar exames de laboratório e valoração por especialidade nem sempre acontece, e finalmente o gestor não facilita realizar as atividades da equipe para busca ativa pois não, contamos com transporte para percorrer distancias longas.

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

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

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos á consulta médica com busca ativa:

Resultado do Indicador 3.2

A proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa foram 2 no primeiro mês de intervenção de 3 usuários residentes na área acompanhados pela UBS com proporção do 66.7 %, 3 usuários no segundo mês de intervenção de 3 usuários residentes na área acompanhados pela UBS com proporção do 100 % e 10 usuários faltosos de 11 usuários residentes na área acompanhados pela UBS proporção do 90.9 % segundo quadro demonstrativo 3.2.

A equipe conseguiu chegar a completar o atendimento destes usuários através de estratégias adotadas pela equipe, principalmente pelos ACS que tiveram que visitar os usuários em varias oportunidades para comparecer na UBS e aproveitando outras atividades programadas de saúde como Outubro Rosa e

Novembro Azul, razão pela qual conseguimos no mês de outubro e novembro bons resultados.

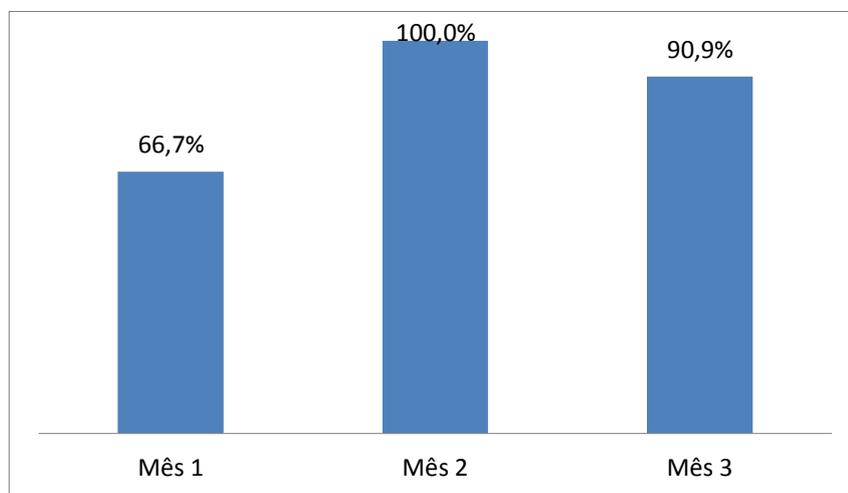


Fig. 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Resultado do Indicador 4.1

Este indicador “Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento” tem melhorado em (100%) devido á aplicação da PDC durante o atendimento, as reuniões de monitoramento da equipe que tem organizado junto às fichas espelho.

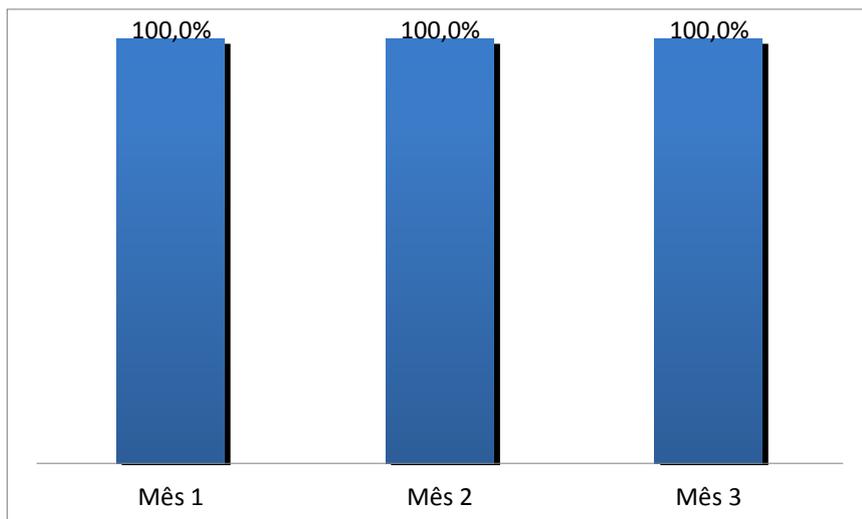


Fig. 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Resultado do Indicador 4.2.

Embora não tenhamos alcançado a meta quantitativa de 60% todos os usuários (100%) atendidos tiveram os registros adequadamente preenchidos na ficha de acompanhamento para próximas consultas. Foram 8 usuários no primeiro mês, 19 no segundo e 36 no terceiro mês de intervenção todos eles com o 100% de registro adequado na ficha de acompanhamento.

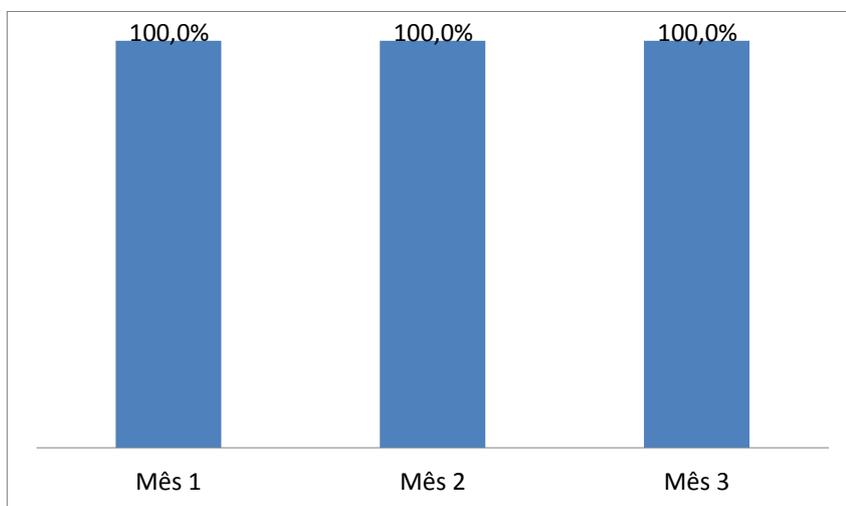


Fig. 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular:

Resultado do Indicador 5.1

A proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia tem sido realizada em 100% dos usuários nos diferentes meses de intervenção; 35 no primeiro, 95 no segundo e 215 no terceiro mês, facilitado a melhora deste indicador devido á sistematização e organização de todos os usuários os quais foram agendados para próximas consultas de acordo o grau de risco cardiovascular. As ações que facilitaram a melhora deste indicador foram a mobilização ativa da equipe, principalmente ACS e atendimento médico em comunidades de abrangência da UBS, aonde tivemos que chegar com recursos logísticos próprios como a disponibilização do meu veículo a falta de contrapartida do gestor de saúde.

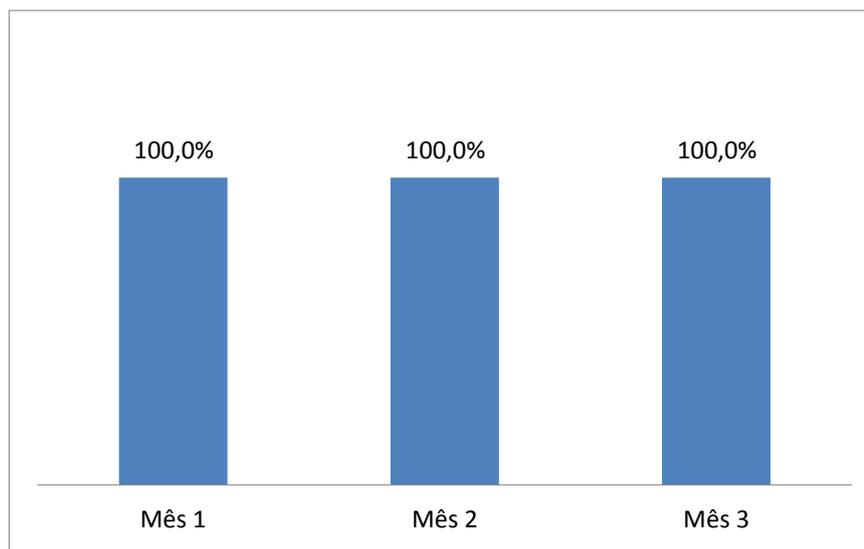


Fig. 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

Resultado do Indicador 5.2

O motivo para o bom resultado do indicador “Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia” é resultado da organização sistemática durante o atendimento e as ações que facilitaram a melhora deste indicador como: participação ativa dos ACS os quais durante as visitas domiciliares reforçaram a importância e busca ativa durante os controles agendados. Foi realizado a estratificação no 100 % dos usuários nos diferentes meses de intervenção, 8 no primeiro mês, 19 no segundo e 36 no terceiro mês.

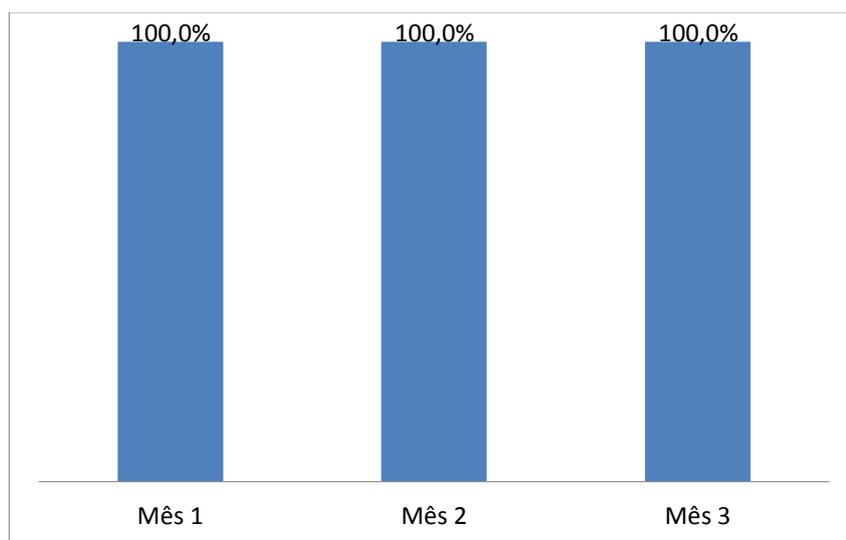


Fig. 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre alimentação saudável:

Resultado do Indicador 6.1

A proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável chegou aos 100% nos três meses de intervenção (35 no primeiro mês, 95 no segundo e 215 no terceiro mês), devido ao trabalho de orientação com elaboração de cardápio para cada usuário tanto em consulta clínica na UBS, quanto nas visitas às comunidades de Cachoeira, Fé em Deus, Lago do Mudo, Deus é amor, área de abrangência visitada por alguns integrantes da equipe, Médico e ACS da microrregião.

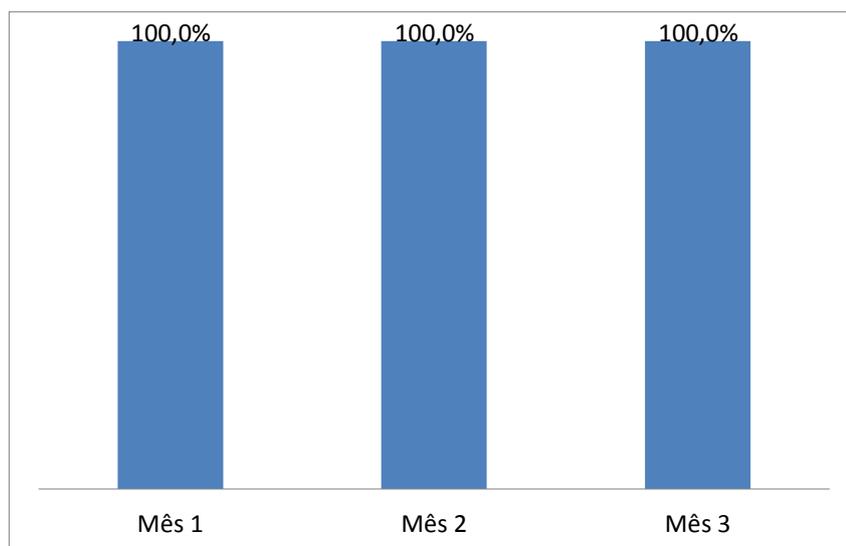


Fig. 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável:

Resultado do Indicador 6.2

A proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável chegou ao 100% devido às práticas de alimentação saudável durante o atendimento médico, com elaboração de cardápio para cada usuário.

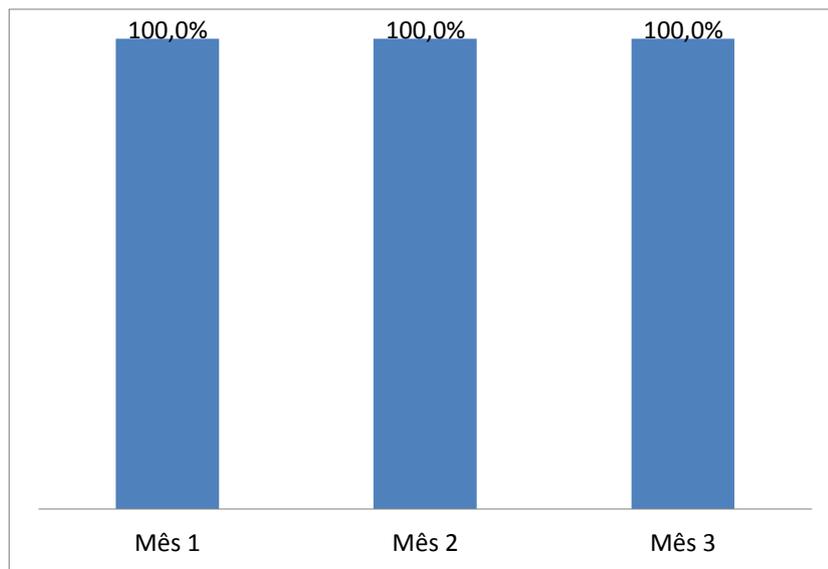


Fig. 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

As ações que facilitaram a melhoria deste indicador, deu-se ao fato de ter conseguido chegar a todos os usuários atendidos, com elaboração de cardápios adequados a cada um.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Resultado do Indicador 6.3

O quadro 6.3 identifica a proporção de usuários com HAS atendidos em cada mês de intervenção (35 no primeiro mes, 95 no segundo e 215 no terceiro mês) sendo que todos eles (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular dando ênfase junto às orientações nutricionais que a equipe disponibilizou para todos os usuários com ajuda do pessoal do NASF.

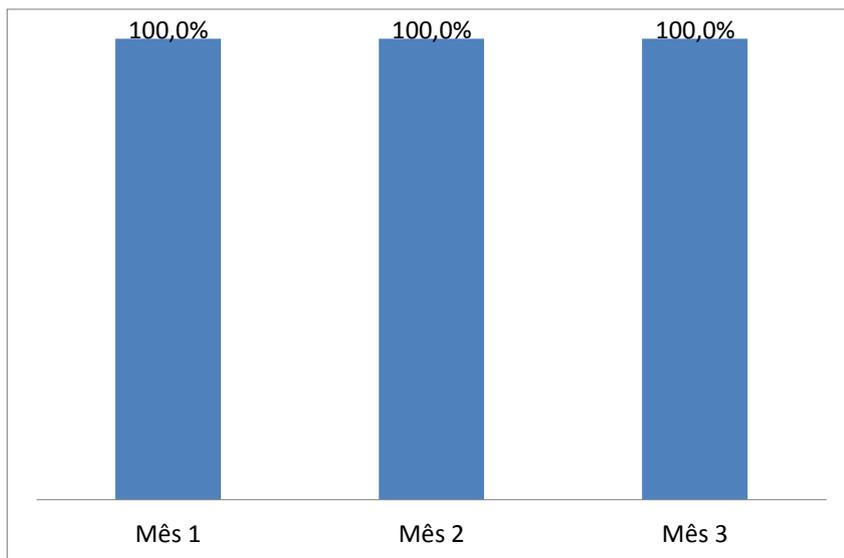


Fig. 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Resultado do Indicador 6.4

A proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular chegou ao 100% (Fig.6.4) sendo 8 no primeiro mês, 19 no segundo e 36 usuários no terceiro mês de intervenção, todos eles receberam orientação durante a consulta e através de encontro do grupo de usuários Hiperdia realizado pela equipe da UBS com apoio de professores de educação física voluntários.

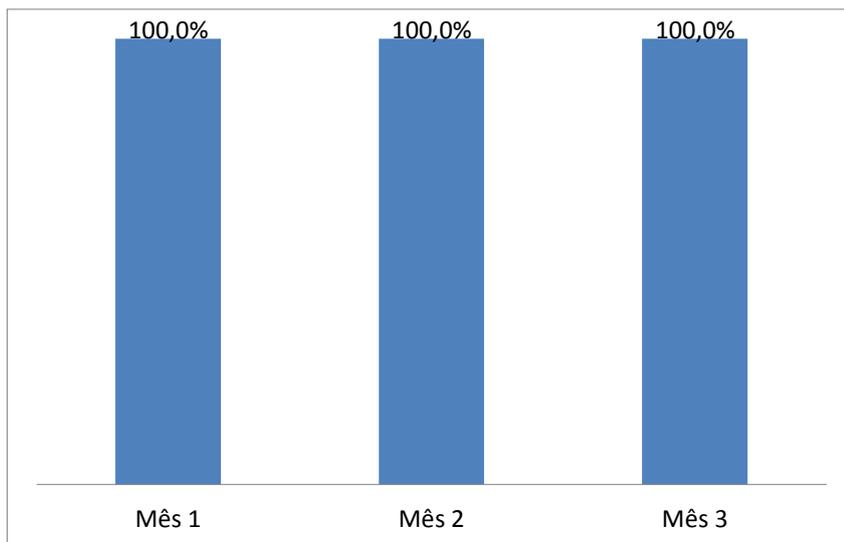


Fig. 6.4 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Resultado do Indicador 6.5

Este indicador tem chegado a 100%, devido a que as pessoas com hipertensão atendidas receberam orientação sobre os riscos do tabagismo durante o atendimento e, através de palestras realizadas em diferentes ações de saúde a longo dos três meses como outubro Rosa e Novembro azul e na oportunidade do encontro de usuários com HAS/DM.

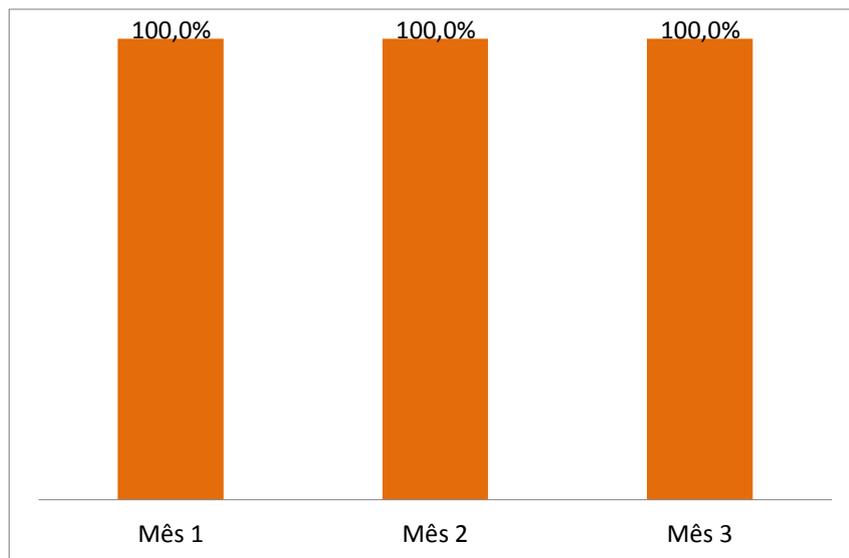


Fig. 6.5 Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Resultado do Indicador 6.6

No indicador “Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo” chegou ao 100% dos usuários atendidos em cada mês de intervenção: 8 no primeiro mês, 19 no segundo e 36 no terceiro mês devido ao ênfase que tem se dado durante o atendimento clínico, visitas domiciliares, as reuniões do Hiperdia com todos os usuários.

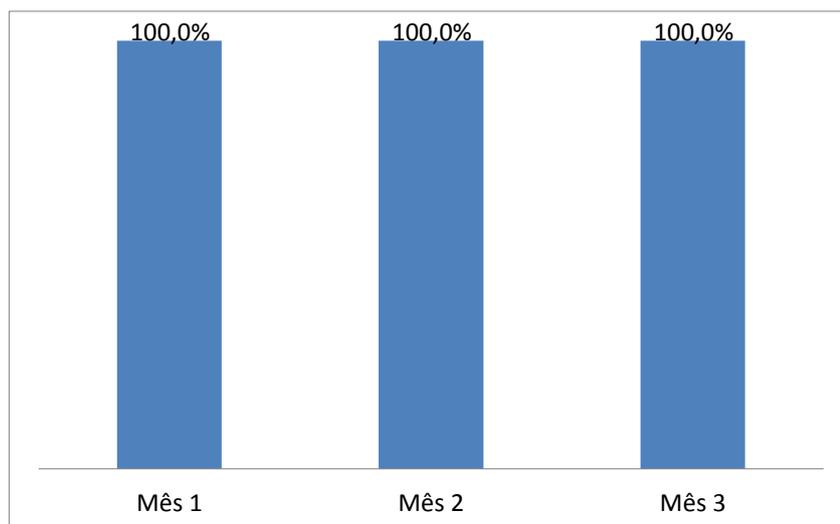


Fig. 6.6 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

As ações que facilitaram a melhoria deste indicador radica no empenho da equipe, para chegar em todos os usuários, muito embora não ter recebido apoio do Gestor.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal:

Resultado do Indicador 6.7

O quadro 6.7 demonstra proporção de 100% de cobertura neste indicador sendo que no primeiro mês foram atendidos 35 usuários, 95 no segundo mês e 215 no terceiro mês de intervenção, todos eles receberam orientação sobre higiene bucal.

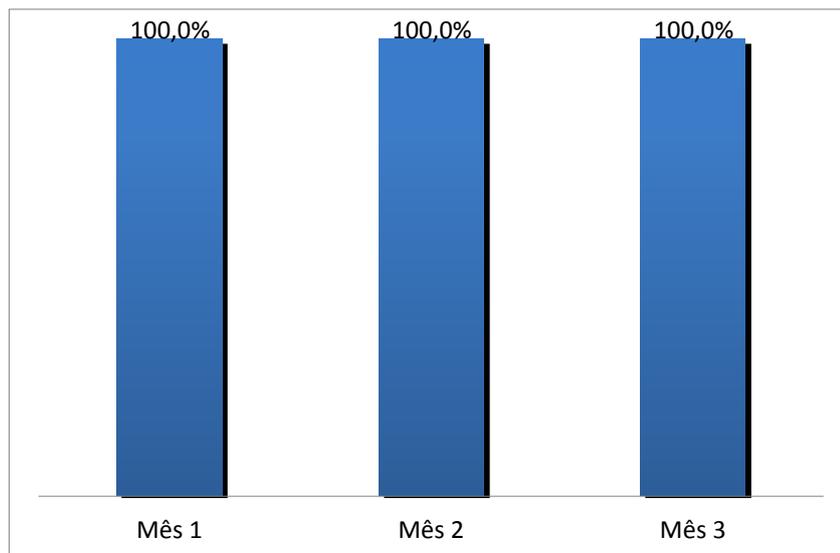


Fig. 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

O motivo para o bom resultado é o empenho da equipe envolvida para chegar à maioria das pessoas com HAS para realizarem avaliação da saúde bucal como parte do atendimento clínico, desta forma o indicador chegou ao 100% de cobertura.

As ações que facilitaram a melhoria deste indicador foram a busca ativa de usuários novos e faltosos aos controles realizado pelas ACS que conseguiram chegar a cada microrregião, além do deslocamento às comunidades de abrangência em ocasiões com recursos próprios.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal:

Resultado do Indicador 6.8

O quadro 6.8 identifica a proporção de 100% de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês 8 usuários, no segundo mês 19 e no terceiro mês 36, todos eles foram orientados e avaliados durante atendimento e realizados referência em casos necessários para atendimento por profissional odontólogo.

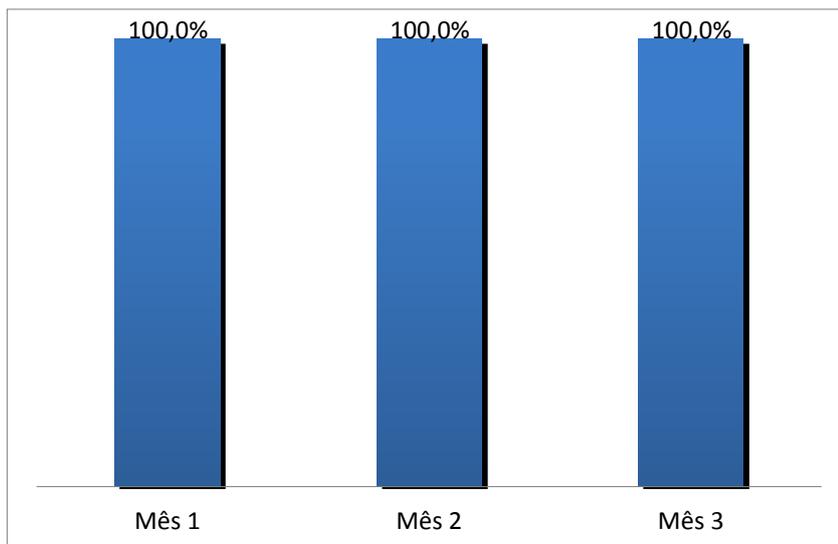


Fig. 6.8 Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

O motivo para o 100% de resultado é o empenho da equipe envolvida para chegar a todos os usuários com DM para realizarem avaliação da saúde bucal como parte do atendimento clínico.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção visado a melhoria dos indicadores qualitativos e quantitativos da ação programática HAS/DM, coberturas que segundo o análise situacional tem demonstrado baixos segundo as estimativas, embora seja de importância o indicador quantitativo.

A equipe tem propiciado a qualidade no acompanhamento dos usuários devido à prevalência de complicações destas enfermidades (HAS/DM) na área de cobertura da UBS, temos melhorado os registros, com ênfase na avaliação clínica sucinta e a estratificação segundo risco Cardiovascular para os cuidados de forma sistematizada e programada desta forma evitar intercorrências produto da falta de avaliação periódica.

Importância da intervenção para a equipe

A Importância da intervenção para a equipe esta no fato de ter despertado interesse na educação continuada, enfatizando as ações programáticas, mudando a “velha prática de atendimento emergencial sem acompanhamento periódico” para

seguir os protocolos de atendimento fornecidos pelo Ministério de Saúde para atenção básica.

Além deste fato, tem incomodado o proceder profissional dos integrantes de toda a equipe, ao ponto de termos diferenças, principalmente com a enfermeira da equipe que indiretamente contagiava os ACS; vencemos este impasse, através da distribuição impressa das atribuições, deveres e competências de cada integrante da equipe, o que despertou o interesse de realizar similar atividade em outras ações programáticas como na Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento da Criança e na atenção à pessoa Idosa.

Importância da intervenção para o serviço

A organização para as consultas, segundo a estratificação de risco cardiovascular, tem viabilizado a atenção à demanda espontânea para priorização do atendimento, os controles são agora compartilhados entre a enfermeira e o médico, segundo os protocolos de atendimento, o que no início eram atendidos somente pelo médico da equipe. A organização da ação programática tem contribuído para o agendamento dos usuários e o acompanhamento individualizado, os registros facilitam a identificação de usuários faltosos e a programação de busca ativa se necessário.

Importância da intervenção para a comunidade

Devido a divulgação do projeto antes, durante e depois da intervenção a comunidade foi informada da importância de manter organizada a ação programática para o acompanhamento de todos os usuários de forma individualizada, os usuários demonstram satisfação com o atendimento e os cuidados individualizados principalmente nas comunidades distantes de difícil acesso, as distancias não são mais impedimentos, pois a partir desta experiência a comunidade se sente protegida, esta mais próxima da UBS e consciente de exercer seus direitos cidadão usufruindo das políticas publicas.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento?

Poderia enfatizar a participação e mobilização das partes integrantes no desenvolvimento da ação programática, faria a distribuição por escrito desde o início

da intervenção das atribuições de cada integrante da equipe, envolveria o Gestor de saúde nas diferentes ações e responsabilizaria o fornecimento de condições para o deslocamento devido às áreas distantes da UBS.

Ao termo da intervenção, vejo a equipe com atitudes e conhecimentos diferentes em relação ao início da intervenção, referente ao entrosamento, respeitando as competências de cada profissional, devido à incorporação da intervenção na rotina do serviço, então teremos condições de superar as dificuldades encontradas como a falta de conhecimento das competências e atribuições do pessoal, a catalogação dos usuários nos diferentes grupos de risco.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretende fazer na intervenção?

A intervenção esta atualmente incorporada à rotina do serviço, o monitoramento ainda é realizado pelo médico com pouca intervenção da enfermeira, se espera que com o tempo o pessoal da equipe assuma sua responsabilidade respeitando as Fichas espelho onde se encontram todos os dados de acompanhamento e o agendamento da próxima consulta do usuário segundo catalogação de risco cardiovascular.

Iremos dar continuidade e vamos ampliar o trabalho de conscientização as comunidades distantes da sede da UBS em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. O que se pretende realizar são gestões perante a secretaria de Saúde para o fornecimento de transporte insumos e medicamentos que facilite o deslocamento da equipe nas áreas distantes da UBS e atendimento segundo os protocolos de atendimento, dependemos da união da ESF e participação ativa da sociedade para que o Gestor Municipal dê as condições necessárias para desenvolver esta e outras ações programáticas.

Iremos solicitar participação ativa do Gestor a partir das diferentes coordenações das ações programáticas em louco para que a ESF tenha atualizado as estimativas para cada ação programática entre elas HAS/DM e sejam impartidas atualizações constantes para o manejo em relação a monitoramento e avaliação periódica.

Quais os próximos passos?

Após de termos as condições de trabalho que serão solicitados ao Gestor de saúde, realizaremos agenda de visita às comunidades da área de abrangência da UBS para não mais deixar os usuários sem controles periódicos, monitoramento constante dos hipertensos e diabéticos, pretendemos implementar a ação programática no Pré-natal e puerpério na UBS como parte da rotina de atendimento.

5 Relatório da intervenção para gestores

Resultado da análise situacional nas diversas Ações Programáticas desenvolvidas na UBS Antônio Alves de Lima observou-se baixas coberturas quantitativas e qualitativas em relação às estimativas para 2015 numa população de 1815 habitantes, sendo a Ação Programática de atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos a mais baixa com 25% de cobertura para HAS com 82 usuários e 38 % para DM com 35 usuários registrados respectivamente.

Trata-se de uma intervenção colocando em prática protocolos de atendimento disponibilizados pelo SUS através das Políticas Públicas de Atenção Básica na ideia de melhorar os indicadores de cobertura e qualidade da ação programática Saúde da pessoa com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Antônio Alves de Lima, no intuito de melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, melhorar o registro das informações para monitoramento e avaliação, mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para acompanhamento individualizado do usuário, promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Para este feito temos organizado o trabalho através de um planejamento estratégico com toda a ESF determinando responsabilidades e tarefas a serem realizadas a longo das 12 semanas de intervenção num cronograma que incluíram atividades de:

Mobilização da EFS da UBS revisando literatura em relação aos protocolos de atendimento ao usuário com HAS/DM relacionando-os com indicadores de saúde e estimativas/metaprogramadas para 2015, atribuições e competências de cada integrante da ESF para desenvolver a ação programática através da educação continuada para monitoramento e avaliação antes, durante e após a intervenção.

A comunidade foi envolvida através de informação transmitida nas visitas familiares através dos ACS, cartazes e banners colocados em diferentes pontos da comunidade, participação com lideranças comunitárias da região, e através de um encontro de usuários com HAS/DM e participação aberta para a comunidade antes de iniciar a intervenção de forma a estimular seu engajamento.

Participação do Gestor foi protocolada ofício explanando as atividades de intervenção solicitando participação, informação epidemiológica referentes aos indicadores e estimativas para 2015, participação da coordenação da ação programática de atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos, apoio e colaboração referente à logística, insumos e medicamentos para o desenvolvimento das atividades.

Numa população de 1815 habitantes distribuídos em 5 microrregiões (Cachoeira, Fé em Deus, Deus é amor, Lago do mudo, Paricatuba) foi estimado que 276 pessoas com 20 anos ou mais teriam HAS, o que representa 22,7% da população total, e 68 pessoas teriam DM que representam o 5,6% da população total.

Ao termo da intervenção meta superada para HAS com 77,9 % do 60% programado e meta não alcançada para DM com 52,9% dos 60 % programado porem com melhora significativa em relação ao estado inicial, identificamos os avanços e possibilidades futuras entre estes temos:

Existem nos registros atuais 215 usuários com diagnostico estabelecido de HAS de 82 que existiam antes da intervenção e 36 pessoas com Diabetes de 35 usuários registrados antes da intervenção embora o quantitativo seja importante o projeto de intervenção tem valorizado ainda mais o indicador qualitativo com beneficio direto no usuário, evitando desta forma episódios indesejáveis como desfeitos e ou complicação da Hipertensão e ou Diabetes.

A comunidade esta informada e tem participação ativa com interesse para usufruir das politicas públicas de saúde conhecendo o grão de resolutividade da UBS para serem corresponsáveis no cuidado da saúde de forma inclusiva em apoio a equipe da ESF.

A organização dos registros de acompanhamento aos usuários de maneira sistemática e individualizada para monitoramento e avaliação constante da ação programática de atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos com a tendência de realizar similar atividade de intervenção em outras ações programáticas.

Foi iniciado e estimulado à prática de educação continuada para que a equipe da ESF de continuidade a revisão de temas inerentes ao manejo das diferentes ações programáticas segundo protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério de saúde como parte do SUS, no futuro esperasse contar com equipe da ESF atualizado e capacitado para organizar outra ação programática.

O projeto de intervenção da Ação Programática de atenção a Hipertensos e /ou Diabéticos embora tenha atravessado por muitas limitantes para sua execução, tem conseguido ao final da intervenção melhorar os indicadores de cobertura e qualidade em relação aos achados iniciais registrados no documento Análise situacional, o que tem reflexo direto na saúde dos usuários com estas patologias e da população em geral, porem não menos significativo resultado de qualificação da ESF da UBS pela aplicação dos protocolos de atendimento à pessoa com HAS e DM preconizados pelo Ministério de Saúde com capacidade para dar continuidade e fazer parte rotineira do atendimento a saúde com a perspectiva de ampliar e implementar esta experiência a outras ações programáticas.

É extremamente importante a participação do Gestor para viabilizar a intervenção de uma determinada Ação Programática, ferramentas da ESF, identificado com os quatro atributos próprios da atenção primária – porta de entrada, continuidade, integralidade e coordenação, conhecimento das práticas na APS (Atenção Primaria de Saúde), através das diferentes Ações Programáticas evitariam constantes fricções entre os integrantes da ESF na UBS o que ira refletir diretamente nos indicadores de Cobertura e qualidade das ações programáticas em todo o Município e reverter os baixos indicadores em saúde refletindo na diminuição dos riscos para a população e melhora na qualidade de vida das pessoas.

Tendo o Gestor com capacidade de criar as condições de operacionalização da APS, garanta o espaço para que as equipes de saúde concretizem a atenção primária com eficiência, monitorem e avaliem periodicamente para conseguir alcançar as metas (estimativas) em relação ás coberturas e indicadores de saúde, poderiam qualificar ainda mais o serviço oferecido à população.

A Participação do Sr. Secretário Municipal de Saúde do município consciente da necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho da ESF com maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho a traves da

qualificação e atualização profissional permanente ira viabilizar e ampliar a intervenção e prática de outras ações programáticas.

Existem pontos que precisam ser melhorados como a organização e engajamento de outras comunidades que fazem parte da abrangência da ESF os quais tem tido acesso limitado devido à distancias entre a sede da UBS, a participação ativa do Gestor facilitando informação e acompanhamento epidemiológico, logística para deslocamento da equipe aquelas comunidades distantes, insumos e medicamentos para atendimento a população. Se faz muito necessário.

Precisamos melhorar engajamento de todos os integrantes da equipe SF especialmente no compromisso para a educação permanente estimulando a capacitação e atualização da equipe ESF para desenvolver atividades de saúde com excelência.

Precisamos aproveitar as oportunidades de aliança entre equipe ESF, NASF, comunidade e Gestor no que tange a participação de reuniões comunitárias e grupos populacionais da área de abrangência envolvendo lideranças comunitárias para estimular a criação de um conselho comunitário de saúde que coadjuve as ações da ESF. Criar encontro de usuários da ação programática de atenção ao hipertenso e/ou diabético para intercambiar experiências. É imperiosa a presença constante do Gestor através dos coordenadores das diferentes ações programáticas para dar suporte a equipe da ESF no monitoramento e avaliação, orientar na realização das diferentes ações da UBS para enviar relatórios periódicos dos resultados, necessidades e planejamento das atividades da ESF. Apoio permanente na logística e na dotação de insumos e materiais para desenvolver as atividades cotidianas tendo as ferramentas necessárias a ESF terá bons e melhores resultados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Após de ter realizado análise situacional nas diversas Ações Programáticas desenvolvidas na UBS Antônio Alves de Lima no Município de Iranduba observamos baixos porcentagens de cobertura para atendimento aos Hipertensos e Diabéticos na área coberta pela equipe SF.

Considerando que a Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Milito são principal causa de morbimortalidade na população Brasileira a importância em cuidar a saúde

de pessoas com estas doenças e os baixos indicadores de cobertura e qualidade da Ação Programática de atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos com 25% de cobertura que significa 82 usuários e 38 % com 35 usuários registrados respectivamente. A equipe SF tem colocado em prática um projeto de intervenção como desafio e responsabilidade de toda Unidade de Atenção Básica de Saúde.

O projeto de intervenção coloca em prática os protocolos de atendimento disponibilizados pelo SUS através das Políticas Públicas de Atenção Básica no intuito de melhorar a quantidade e qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, melhorar o registro das informações para monitoramento e avaliação, mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para acompanhamento individualizado do usuário, promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Para este feito temos organizado o trabalho através de um planejamento estratégico com toda a ESF determinando responsabilidades e tarefas a serem realizadas a longo das 12 semanas de intervenção num cronograma que incluam atividades de:

Mobilização da EFS da UBS revisando literatura em relação aos protocolos de atendimento ao usuário com HAS/DM relacionando-os com indicadores de saúde e estimativas/metaprogramadas para 2015, atribuições e competências de cada integrante da ESF para desenvolver a ação programática através da educação continuada para monitoramento e alagação antes, durante e após a intervenção.

A comunidade foi envolvida através de informação transmitida nas visitas familiares através dos ACS, cartazes e banners colocados em diferentes pontos da comunidade, participação com lideranças comunitárias da região, e através de um encontro de usuários com HAS/DM e participação aberta para a comunidade antes de iniciar a intervenção de forma a estimular seu engajamento.

Foi solicitado a participação do Gestor solicitando informação epidemiológica referentes aos indicadores e estimativas para 2015, participação da coordenação da ação programática HAS/DM, apoio e colaboração referente à logística, insumos e medicamentos para o desenvolvimento das atividades.

A comunidade tem usufruído das ações voltadas ao acompanhamento, monitoramento, cuidado individualizado da doença (HAS/DM) além da descoberta de novos usuários com HAS e ou DM que não tinham sido identificados nem

diagnosticados com estas enfermidades crônicas que diretamente comprometia a qualidade de vida do usuário. Após a intervenção, a comunidade sente-se mais protegida pelo fato de ter melhorado as visitas domiciliares constantes pela busca ativa de faltosos e a capacidade técnica de acompanhamento em geral.

O resultado ao final da intervenção em termos numéricos tem obtido melhora na cobertura para HAS com 77,9 % do 60% programado e meta alcançada para DM com 52,9% dos 60 % programado porem com melhora significativa em relação ao estado inicial, identificamos os avanços e possibilidades futuras entre estes temos:

O projeto de intervenção esta diretamente incorporada à rotina de atendimento no serviço do dia a dia pelo fato de ser uma das atividades e atribuições da ESF no cumprimento da Atenção Básica de Saúde.

O ganho maior para a comunidade é ter grupos populacionais de homens e mulheres com informação oportuna através de atividades educativas que foram transmitidas durante a intervenção, a população é ciente da importância de evitar estas doenças e levar uma vida saudável com hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular. O grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes estão identificados nos registros (Ficha Espelho), segundo risco cardiovascular, precisamente para serem acompanhados desta forma evitar intercorrências indesejáveis, em função do anterior todos os usuários com diagnóstico estabelecido de HAS e ou DM e usuários com sinais e sintomas sugestivos na população realizaram exame clínico completo corroborando logo com exames complementares de laboratório (Hemograma completo, Glicemia, creatinina Perfil Lipídico, TGO, TGP, EAS, Parasitológico) e gabinete (Eletrocardiograma, Rx, Ultrassonografias), tiveram avaliação odontológica e segundo necessidade avaliação por Cardiologia e Endocrinologia. A população conta com equipe capacitada para manejo da ação programática de atenção ao hipertenso e/ou diabético segundo o que preconiza o MS e o SUS.

O atendimento aos Hipertensos e ou Diabéticos faz parte da rotina de atendimento todos os dias da semana, não tendo comparecido o usuário entra na lista de busca ativa como faltoso para que os Agentes Comunitários de Saúde visitem ao usuário, dependendo do caso é programado visita pela ESF ou pela NASF.

A comunidade precisa se organizar através de um conselho Comunitário de Saúde para coadjuvar as ações de saúde levadas a cabo pela ESF exercendo

controle social no sentido de criar alianças principalmente perante o Gestor para a ESF tenha condições de desenvolver seu trabalho.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

A modalidade de ensino a distancia na aplicação do projeto de Intervenção tem sido uma experiência de grande aprendizado pelo fato de levar a teoria à pratica com acompanhamento constante do orientador reforçado pela atualização científica em diversos temas clínicos referente às Ações Programáticas.

Superou minhas expectativas, pois através do curso soube identificar e conhecer indicadores de saúde da área coberta pela UBS onde atuo, a grande gama de ações pragmáticas parte das Políticas Públicas de Saúde e a possibilidade de colocar em prática uma ação programática segundo o que o SUS preconiza, ainda mais, dar continuidade e ampliar esta experiência para implementar em outra Ações Programáticas.

Em definitiva um desafio para lidar com diferentes situações a favor e em contra da realização da intervenção por parte do Gestor, Equipe e Comunidade que no decorrer do tempo foram superadas.

O curso tem favorecido para obter novas habilidades, atualizar e ampliar conhecimentos técnicos para desenvolvimento profissional na Atenção Básica através das diferentes Ações Programáticas.

Tem facilitado ter o olhar holístico das peculiaridades epidemiológicas de uma determinada área geográfica para melhorar indicadores de saúde, trabalhando em equipe embora exista diferenças e desencontros segundo as competências e atribuições de cada profissional.

A produção de conhecimento e o seu uso devem ser institucionalmente valorizados pelo Gestor, o que exige um contexto de aprendizagem, o apoio de sistemas que disponibilizam a melhor informação vigente, e uma cultura avaliativa, conhecimentos identificados como, tácito e explícito que devem estar disponíveis quando necessário para ampliar as experiências.

Referências

Brasil. Portal Amazônia. Amazônia de A a Z. Iranduba, município do Amazonas. [Acessado 2015 ago 9]. Disponível

em: <http://www.portalamazonia.com.br/secao/amazoniadeaz/interna.php?id=713>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. [Acessado 2015 ago 9]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município - IRANDUBA/AM, Janeiro de 2010 a Setembro de 2015 [Acessado 2015 set 9]. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – IDH dados por município agosto 2013 [Acessado 2015 ago 9]. Disponível em:

<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/download/>

Brasil. Ministério de saúde/SVS – Sistema de informações de Mortalidade (SIM) e

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. 2014 [Acessado 2015 set 9]. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130185>

Brasil. Ministério de Saúde/ Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde – SGOIS [Acessado 2015 set 12]. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de atenção básica).

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de atenção básica).

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de atenção básica).

Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de atenção básica).

Brasil. Portal Amazônia. Amazônia de A a Z. Iranduba, município do Amazonas. [Acessado 2015 ago 9]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município - IRANDUBA/AM, Janeiro de 2010 a Setembro de 2015 [Acessado 2015 set 9]. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. 2014 [Acessado 2015 set 9]. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130185>

Brasil. Ministério de saúde/SVS – Sistema de informações de Mortalidade (SIM) e IBGE portal da saúde 2015. [Acessado 2015 set 5]. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. [acessado 2015 ago 9]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130185>.

Apêndices.

Foto. 1



Banner convite a participar da Intervenção.

Foto. 2



Médico da UBS medindo estatura de Usuária Hipertensa.

Foto. 3



Tec. Enfermagem Sandra realizando glicemia.

Foto. 4



ACS. Mara e Miryam pesando e medindo estatura

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Planilha de coleta de dados HAS e DM 310714 [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

A4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com exames dia a dia em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares e em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão e de Farmácia Popular?	O paciente foi orientado quanto à acessibilidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso à consulta de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consulta em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A atualização de risco cardiometabólico por exames dia a dia está em dia?	O paciente recebeu orientação sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre o risco de tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1																		
2																		
3																		
4	1																	
5	2																	
6	3																	
7	4																	
8	5																	
9	6																	
10	7																	
11	8																	
12	9																	
13	10																	
14	11																	
15	12																	
16	13																	
17	14																	
18	15																	
19	16																	
20	17																	
21	18																	
22	19																	
23	20																	
24	21																	
25	22																	
26	23																	
27	24																	
28	25																	
29	26																	
30	27																	
31	28																	
32	29																	

Orientações Dados da UBS Plan1 Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 23:39 05/01/2015

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