

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9**



Melhoria na atenção dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Edval Ventura dos Santos, Lábrea/AM

Leandro Polanco Rodríguez

Pelotas, 2016

Leandro Polanco Rodríguez

Melhoria na atenção dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade Básica de Saúde Edval Ventura dos Santos, Lábrea/AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família 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

R696m Rodríguez, Leandro Polanco

Melhoria na Atenção na Atenção dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Edval Ventura dos Santos, Lábrea/AM / Leandro Polanco Rodríguez; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

115 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

A todos aqueles que estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Agradecimentos

À Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pela oportunidade de fazer o curso em um ambiente criativo e amigável, o qual proporciona liberdade e estímulo aos seus educandos;

A meu orientador, pelo empenho dedicado durante a elaboração deste trabalho;

Aos gestores do município de Lábrea pela ajuda oferecida para o bom desenvolvimento do projeto de intervenção;

Aos companheiros e parceiros da equipe de trabalho da UBS que com a dedicação e o compromisso de cada um fizeram possível a realização desta intervenção;

A minha família, que é o motor impulsor de tudo!

Resumo

RODRÍGUEZ, Leandro Polanco. **Melhoria na atenção dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Edval Ventura dos Santos, Lábrea/AM.** 2016. 115f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem reconhecidos problemas de saúde no Brasil, são doenças crônicas, e também importantes fatores de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, que terminam em um significativo número de complicações, muitas delas incapacitantes. Essa multiplicidade de consequências caracterizam a estas duas doenças como umas das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Pensando nisso, foi realizada uma intervenção na ação programática destinada a melhorar a atenção dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus acompanhados na Unidade Básica de Saúde Edval Ventura dos Santos, município de Lábrea/AM, tendo por objetivo principal melhorar a atenção destes usuários. Esta intervenção foi o produto de um projeto que surgiu por meio da análise situacional realizada neste serviço e no qual apontou a necessidade de melhoria na atenção integral de usuários portadores destas doenças crônicas. A intervenção aconteceu no período de novembro à primeira semana de fevereiro de 2015, totalizando 12 semanas e contemplou os eixos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Os instrumentos de coleta de dados foram as fichas espelho do atendimento a cada usuário, anexadas à ficha clínica individual, e posteriormente os dados foram inseridos numa planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pela especialização. Antes da intervenção tínhamos uma cobertura inadequada destes usuários, os registros eram precários e, por consequência o controle dos mesmos era deficiente; antes da ação de intervenção o número de hipertensos era de 299 usuários, segundo dados antigos e arquivos desatualizados, este número elevou-se para 411 usuários, destes conseguimos acompanhar 376 para um percentual de 91.5%, o mesmo fato aconteceu com os usuários diabéticos, de 45 usuários cadastrados terminamos com 85, deles 84 avaliados em consulta por percentual 98.8%. A intervenção propiciou a melhoria da cobertura da a

evidenciada com o aumento nos cadastros e números de usuários devidamente registrados, avaliados e acompanhados.

Também conseguimos melhorar os registros e qualificar a atenção integral em cada caso, melhoria da adesão, realização de avaliação de risco cardiovascular, realização de exame físico completo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, e ações de promoção à saúde como orientações nutricionais, prática sistemática de atividade física, riscos do tabagismo. Enfim, a intervenção proporcionou a melhoria da qualidade da assistência, a partir da ampliação dos indicadores de cobertura e de qualidade, o que gerou a qualificação dos atendimentos realizados, a ampliação das ações de promoção à saúde e uma maior integração entre os profissionais da equipe.

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

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EP	Engajamento Público
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OGS	Organização e Gestão do Serviço
PIB	Produto Interno Bruto
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
QPC	Qualificação da Prática Clínica
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade Saúde da Família
USG	Ultrassonografia
PCD	Planilha Coleta de Dados

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	Erro! Indicador não definido. 1
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	Erro! Indicador não definido.
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido. 3
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	Erro! Indicador não definido. 8
2 Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	Erro! Indicador não definido. 4
2.2.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido. 34
2.2.2 Objetivos específicos e metas	Erro! Indicador não definido. 34
2.3 Metodologia	Erro! Indicador não definido. 36
2.3.1 Detalhamento das ações.....	Erro! Indicador não definido. 6
2.3.2 Indicadores.....	Erro! Indicador não definido. 59
2.3.3 Logística	Erro! Indicador não definido. 64
2.3.4 Cronograma	Erro! Indicador não definido. 68
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido. 69
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	1
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	7272
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	7272
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	73
4 Avaliação da intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
4.1 Resultados	Erro! Indicador não definido. 74
4.2 Discussão.....	Erro! Indicador não definido. 100
5 Relatório da intervenção para gestores	Erro! Indicador não definido. 103
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	Erro! Indicador não definido. 106
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	Erro! Indicador não definido.
Referências	Erro! Indicador não definido. 111
Anexos	112
Anexo A – Planilha de coleta de dados.....	113
Anexo B – Ficha-espelho (frente e verso)	114
Anexo C – Documento do Comitê de Ética	115

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS)/Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Edval Ventura dos Santos, situada no Município de Lábrea/AM. O objetivo geral deste buscou a melhora da qualidade da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS.

O volume está organizado em sete partes, construídas de maneira independente entre si, mas seqüenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. A quinta parte e a sexta se referem, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e para a comunidade. Na sétima e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização desta intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês maio do ano 2015, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu um ano depois, em maio do presente ano, com a defesa do presente volume.

1. Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Edval Ventura dos Santos, Município de Lábrea, AM tem na área de abrangência a população da comunidade do Bairro da Fonte, conjuntamente com várias comunidades ribeirinhas. É estruturada em duas equipes de saúde, na realidade incompleta, pois temos somente um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, 16 ACS que se têm cobertas todas às vagas, um odontologista com seu técnico, uma farmacêutica, dois técnicos de enfermagem na sala de vacina, e um técnico na sala de curativo. Na unidade também funciona um laboratório clínico onde se pesquisa malária e filariose. A população total da UBS é aproximadamente de 5726 usuários cadastrados, provavelmente maior se temos em conta os usuários que não moram na área de abrangência e recebem atendimento na unidade.

A parte estrutural da UBS está composta por um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, consultório odontológico, sala de cura, farmácia, recepção, cozinha, laboratório para pesquisa de filariose e malária, sala para reuniões da equipe, e a sala de espera.

De forma geral o atendimento na unidade é planejado pela equipe de saúde, O trabalho da semana é planejado em reunião realizada cada sexta feira, nesse espaço se discute também os objetivos e metas alcançados durante a semana. Todo o trabalho é planejado segundo os diferentes programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, em consultas agendadas, de cuidado programado e o atendimento à demanda espontânea. Por enquanto não completarem-se as duas equipes, a UBS funciona como se fosse somente uma equipe; e as atividades de atendimento em geral são planejadas desta forma.

Temos em funcionamento os diferentes programas de atenção básica: pré-natal e puerperio, puericultura, saúde do adolescente, saúde da mulher e do homem, saúde do idoso e seguimento de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, assim como atendimento domiciliar que geralmente é feito nas terça feiras. Além disso, cada dia fazemos atendimentos da demanda espontânea e das urgências. Semanalmente são realizadas coletas de PCCU. O serviço de vacinação está aberto cada dia após a triagem dos pacientes para consulta.

A equipe participa das campanhas preconizadas pelo Ministério, e constantemente procuramos melhorar a qualidade dos atendimentos em todas as frentes. Uma vantagem é que um número importante de membros da equipe são filhos da cidade, e muitos deles moram dentro da nossa comunidade, o que de fato é uma vantagem para a gente, e para a comunidade em geral, pois facilita sobremaneira todas as atividades planejadas para realizar dentro da mesma, aumentando o nível de confiança deles como equipe e máximos responsáveis pela sua saúde.

No município existem tem agora seis UBS, quatro delas cobertas por médicos do programa, um hospital regional com recursos e pessoal qualificado muito limitado, o que realmente dificulta o acompanhamento de usuários que precisam avaliação por especialidades do nível secundário, agravado também pelas características próprias da cidade que somente tem como vias de comunicação a via aérea e fluvial, pois a estrada é transitável somente no verão, sendo extremadamente caro e muitas vezes inacessíveis aos usuários; realmente este é um dos principais problemas na área.

1.2. Relatório Análise Situacional

O município de Lábrea encontra-se localizado na parte sul do estado Amazonas, ao lado do rio Purus, afluente do rio Solimões. Com uma população de 37 701 habitantes, conta com um hospital de nível secundário para os atendimentos de pronto socorro (cirurgias de pura emergência, partos normais e cesáreas, urgências clínicas) (IBGE, 2010).

Não existe atenção especializada que não seja de cirurgia e medicina geral, sendo necessário o deslocamento dos usuários que precisaram destes serviços para Manaus ou Porto Velho que são as capitais dos estados Amazonas e Rondônia, respectivamente.

Anualmente, são realizados “mutirões gigantes” com a presença de diversos especialistas (cirurgiões, anestesistas, cardiologistas, neurologistas, ginecologistas) em parceria com o governo estadual. Na atenção primária existem seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) todas tradicionais, a maioria com capacidade para duas equipes de saúde. Pelo tamanho da população abrangente, todas são cobertas por médicos. Seis médicos trabalham na atenção primária, além de equipes de odontologia, Existe um Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) municipal, e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Para a realização de exames complementares o município conta com um laboratório clínico onde são feitos a maioria dos exames hematológicos (hemograma, sorologias para sífilis, HIV, teste de gravidez.), urina e fezes. Existem três laboratórios privados também. Exames de radiologia como ultrassonografias, mamografias e radiografias são feitos no mesmo hospital. Os eletrocardiogramas são informados pelos médicos especialistas em Manaus por meio de tele saúde. Atualmente, existem dificuldades na realização de certos exames importantes como proteinúria de 24 horas, teste de tolerância à glicose, estudos de hormônios, endoscopias, o que atrapalha um pouco o adequado fluxo do atendimento de determinadas doenças. A UBS tem na área de abrangência a população da parte sul da cidade, conjuntamente com várias comunidades ribeirinhas, mas é uma UBS urbana, com modelo de atenção em saúde familiar, estruturado em duas equipes de saúde, na realidade incompleta, pois somente temos um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, 16 agentes de saúde comunitários (ACS) que se têm cobertas todas as vagas, odontologista com seu técnico, farmacêutica, dois técnicos de enfermagem na sala de vacina, e um

técnico na sala de curativo. Na unidade, também funciona um laboratório clínico onde se pesquisa malária e filariose. A população total da UBS é aproximadamente de 5726 usuários cadastrados, número provavelmente maior se temos em conta os usuários que não moram na área de abrangência e recebem atendimento conosco. Em relação ao SUS, elo primário na atenção da saúde familiar, o atendimento é feito seguindo os protocolos e programas preconizados pelo ministério, e mensalmente são enviadas as informações estatísticas dos atendimentos realizados. O vínculo com as instituições de ensino é mantido, e de maneira sistemática são realizadas atividades de capacitação do pessoal como cursos dirigidos, atualizações, pelo tele saúde ou encontros presenciais com pessoal especializado do ministério.

A parte estrutural da UBS está composta por um consultório médico, um de enfermagem e um odontológico, uma sala de vacina, uma de curativo, uma para reuniões da equipe, uma para espera, farmácia, recepção, cozinha, laboratório para pesquisa de filariose e malária, dois banheiros, um deles para uso do pessoal que trabalha no UBS. A Unidade foi inaugurada há 13 anos e desde então funciona com uma equipe de saúde. Foi planejada para funcionar como uma Unidade de Saúde da Família, contudo faltaram detalhes no planejamento da sua arquitetura, tomando em conta a área onde iria ser feita, e a densidade da população.

Existem barreiras arquitetônicas que atrapalham o trabalho, por exemplo, as portas que não foram construídas pensando em pessoas cadeirantes, o banheiro que também não reúne os requisitos estipulados para estes usuários. Outro problema observado é referente à sala de curativo, usada também como sala para nebulização, e para colocar tratamentos endovenosos, às vezes isto pode causar certos inconvenientes com alguns usuários que precisarem de ambos serviços conjuntamente. Tomando conta das questões que realmente afetam a qualidade de nosso atendimento, por exemplo, em relação à sala de curativo, orientamos realizar um remanejamento. Estamos procurando arrumar um lugar na UBS para realizar as nebulizações e injeções, contando que seja um local onde não se trabalhe com material biológico contaminado e que permita um maior fluxo de usuários. Referente às barreiras arquitetônicas não temos escadas no UBS e isto é uma vantagem para os usuários cadeirantes, mas as portas e banheiros não cumprem as normas indicadas, e representam barreiras. A equipe, como medida preventiva, e até melhorar esta questão em particular, acordou aumentar o número de visitas domiciliares para estes casos, assim como ficar alertas ante qualquer necessidade

de medicação, ou atendimento. A Unidade também tem outros aspectos muito positivos, a iluminação de praticamente todas as salas é excelente, a sala de espera cumpre com todas as normas, sendo adequada para a realização de atividades educativas de saúde. As paredes, pisos, janelas, são de material adequado, foi construída numa região estratégica dentro da comunidade, ficando quase no centro da área abrangente.

Em relação às atribuições dos profissionais, cada membro da equipe tem funções diferentes, embora o resultado final seja o mesmo levar ao povo as ferramentas necessárias para melhorar seu estado de saúde. Assim todos, incluindo aos membros da comunidade, devem trabalhar de forma planejada e com base na premissa que é a unidade e o profissionalismo. Para começar estamos trabalhando no novo mapeamento da zona de abrangência, todos em conjunto. O mapeamento atual foi feito pelas equipes anteriores, e na realidade está desatualizado. Todos os membros da nossa equipe encontram-se engajados com o trabalho do dia a dia, a maioria trabalha há muito tempo na comunidade, sobretudo os ACS, que constituem a nossa principal fortaleza dentro da mesma comunidade, orientando e identificando conjuntamente com as famílias os indivíduos mais vulneráveis, e os mais expostos a riscos.

De forma geral, temos observado o andamento e atendimentos realizados pelas equipes e o que tem me chamado muito a atenção tem sido muitas vezes o não planejamento das ações e as intervenções realizadas depois do agravo acontecer. A prevenção e promoção nem sempre é feita, ou seja, a avaliação das atividades realizadas e impactos para com a comunidade tem deixado a desejar. Certo de que a educação em saúde sendo constante, bem como a educação permanente dos profissionais com atualizações gerarão um impacto positivo nos resultados. A delimitação do seu território, o estabelecimento das prioridades com ações programáticas seria uma das soluções para amenizar determinados condicionantes. Um exemplo clássico está no levantamento quantitativo e diagnóstico situacional das micro-áreas de abrangência e os programas que devem ser prioritários tornando a unidade uma referência para aquela região.

A população adstrita a nossa área de abrangência é de 5726 habitantes (deles a maior proporção corresponde ao sexo feminino com 2996, que equivale a 54%). O sexo e faixa etária, de acordo as estatísticas nacionais demográficas, comportam-se em geral da forma esperada, exceto nos menores de um ano, onde o

número registrado, 70, é muito menor que a média esperada para nossa população que seria de aproximadamente 121 lactantes. Já os menores de cinco anos com 507, número maior a média esperada. Os números restantes parecem de acordo a realidade da população atendida, e coincidem com os registros demográficos nacionais.

É importante assinalar que o número total é provavelmente maior tomando em conta que os usuários que recebem atendimento na UBS e que moram em comunidades do interior, sejam pelo rio ou pela estrada. Assim, a unidade deveria ter duas equipes de saúde completas, pois o número de usuários é maior aos 4000 determinados pelo Ministério da Saúde. Apesar do serviço estar aquém do desejado, a equipe não enfrenta grandes problemas a respeito ao excesso de demanda espontânea, ou dificuldades com a qualidade do atendimento. As ações que minimizam essa dificuldade, e ajudam a um obter um melhor serviço são as ações como uma boa triagem, um acompanhamento adequado dos usuários com doenças crônicas que precisem uma maior atenção, uma maior qualidade nas visitas domiciliares realizadas por qualquer membro da equipe, assim como trabalhar em parceria com as unidades de saúde vizinhas para minimizar o deslocamento dos usuários não adstritos.

Referente à demanda espontânea, em nossa UBS temos um trabalho organizado. Nossa população adstrita é superior as 5000 pessoas, e no dia a dia temos que lidar com usuários que procuram ajuda por determinadas questões, seja de emergência ou não, e a maioria deles recebem solução sem necessidade de recorrer a outros níveis de atendimento. Até o momento, não temos grandes dificuldade com o excesso dessa demanda, diariamente fazemos atendimentos não agendados, mas planejados, pois além da disponibilidade para encaixar esses usuários na lista diária, temos uma excelente equipe de trabalho, muito qualificada, e com muita experiência. Assim o acolhimento, triagem, e encaminhamento são feitos prontamente e adequadamente. A disponibilidade de UBS no município tem melhorado muito, e a disponibilidade de médicos e enfermeiros nessas Unidades também, o que contribui à diminuição dessa demanda espontânea. O acolhimento no UBS é feito geralmente pela enfermeira ou técnica de enfermagem, na primeira instância as queixas são ouvidas pelo pessoal capacitado onde se faz a triagem. Depois o usuário é encaminhado para o profissional necessário, o médico permanece atendendo as consultadas agendadas ou programadas para o dia, e

permanece na retaguarda da equipe. A determinada hora da manhã a enfermeira incorpora-se as atividades programadas e a técnica de enfermagem permanece fazendo o acolhimento, já com menor demanda. Não encontramos dificuldades relevantes referentes a este ponto.

Na UBS, temos um total de 603 crianças menores de seis anos, a maioria recebe acompanhamento regular em ações programadas de saúde, consultas médicas e de enfermagem, ações de imunização, consultas de odontologia, atividades de promoção e prevenção de saúde com os familiares. Os avaliados com maior frequência são os menores de um ano, conforme os protocolos ministeriais, mas de forma geral, a equipe realiza diversas atividades educativas e de controle com todo o grupo. A UBS não contava com um registro específico, tornando impossível planejar, ou monitorar toda a atividade. A cobertura total a este grupo populacional é aceitável, pois temos até agora 70 crianças menores de um ano, e todas recebem consulta programada de puericultura na UBS, cobrindo o total de lactantes cadastrados.

Em relação ao número total de crianças provavelmente é maior se tomamos em conta o número total da população e comunidades ribeirinhas incluídas ou não em nossa área de abrangência. Quanto aos indicadores de qualidade das consultas de puericultura, 45 são as consultas ao dia e 30 estão com um atraso de mais de 7 dias. Esse número fica longe do esperado, assim nossa equipe trabalha para conscientizar as mães sobre a importância de um acompanhamento correto durante esta etapa do crescimento; sinalizando que a difícil geografia da região tem influência negativa neste sentido, pois muitos desses usuários moram em comunidades distantes e com logística difícil para viajar para cidade; ainda assim o número de consultas feitas durante as primeiras semanas de nascidos é aceitável, e isso tem relação com o teste do pezinho. A maioria das mães têm conhecimento da importância da realização deste exame durante os primeiros dias de nascido, 57 crianças tem este exame feito na primeira semana de vida, o número restante depois desta data.

Com respeito à captação do recém-nascido, 30 receberam a primeira consulta antes dos sete dias de nascido, indicador que devemos melhorar; 61 têm triagem auditiva feita, e 58 tem o esquema de vacinas ao dia. Os lactentes restantes estão faltando por questões diversas relacionadas com o lugar de residência, doenças agudas relacionadas com contra-indicações para tomar alguma vacina, etc.

Todas as crianças (as 70 cadastradas) são avaliadas cuidadosamente em cada consulta realizada, analisando-se e monitorando-se cuidadosamente os parâmetros de crescimento e desenvolvimento psicomotor. O 100% das mães recebem orientações referentes ao aleitamento materno exclusivo, e a prevenção de acidentes. Até o momento 20 lactantes estavam faltando por avaliação odontológica.

Nossa equipe trabalha para conscientizar as mães sobre a importância de um acompanhamento certo durante esta etapa do crescimento e procurar uma adesão incondicional dos familiares que já estamos conseguindo. A difícil geografia da região tem influência negativa neste sentido, pois muitos desses usuários moram em comunidades distantes e com logística difícil para viajar para a cidade; ainda assim o número de consultas feitas durante as primeiras semanas de nascidos, e durante o tempo posterior é aceitável. Todas as atividades são realizadas com a participação de toda a equipe, mas precisam de um maior controle e planejamento, assim como de uma maior fiscalização por parte nossa, de uma conscientização da real importância do programa. Além disso, temos que melhorar na organização dos registros, e de forma geral conseguir uma maior participação e compromisso dos grupos específicos. Outra fraqueza em nosso atendimento era que não contávamos com uma consulta especializada de nutrição em nossa UBS, até poucas semanas atrás.

De forma geral, existem aspectos no trabalho que devem ser resolvidos e outros melhorados: organizar um grupo responsável pela monitorização e avaliação do programa materno infantil, planejamento, gestão e coordenação de todas as atividades relacionadas, assim como conseguir um maior engajamento dos setores e população interessada.

Em relação às gestantes e puérperas, as ações de atenção de saúde são feitas de forma programada, destinamos dois dias por semana para a atenção pré-natal, e um dia a puérperas e recém-nascidos, que já entra na programação de consultas a lactantes e recém-nascidos. É importante destacar que realmente a equipe não tem certeza do número de gestantes que existem nas comunidades distantes do interior, pois para elas viajar à cidade é muito difícil e o parto é realizado por parteiras, que são mulheres com certa experiência, mas em ausência total de pessoal capacitado e cuidados especiais, em caso de alguma complicação com a mãe ou a criança. Na UBS são programadas diversas atividades para o acompanhamento das gestantes e puérperas. Além das consultas pré-natais feitas

pelo médico e enfermeira, temos as consultas de odontologia, e nutrição, estas últimas direcionadas às gestantes má nutridas, ou com alguma alteração no ganho de peso durante a gestação, atividades educativas, vacinação, orientação sobre a realização de atividade física, apoio psicológico para aquelas que precisem. No município seguimos o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. Contamos com uma consulta de obstetrícia onde enviamos as gestantes de alto risco, caso precisarem de avaliação por outros profissionais como neurologistas, cardiologistas, endocrinologistas. Para isso as gestantes têm que viajar a Manaus, que é a capital do estado. Os tramites são feitos segundo protocolo municipal para estes casos.

Fazendo uma análise da cobertura neste tipo de atendimento no território de abrangência, ainda estamos abaixo do descrito no caderno de ações programáticas (CAP). Para o total de pessoas cadastradas, 5526, o número de gestantes deve ser pelo menos de 1% da população total, e atualmente temos registrado somente 0.7%. Assim provavelmente tenhamos 17 gestantes ausentes ou sem receber atenção pré-natal. Referente aos registros específicos para este grupo na UBS existia dificuldade também, pois não se contava com um controle de qualidade, nem sequer atualizado, o que dificultava ou impossibilitava a realização de ações de planejamento ou controle adequadas. Referente á qualidade da atenção pré-natal também temos deficiências, os dados registrados na UBS permitiram preencher alguns aspetos dos indicadores fundamentais, outros não, por exemplo: das 39 gestantes que temos registradas, 22 foram captadas no primeiro trimestre, para um 56.4 %, indicador que temos que melhorar, pois todos conhecemos as vantagens de uma captação precoce.

A maioria das gestantes tem as consultas em dia (31), somente oito estão atrasadas. Neste aspecto o lugar de moradia tem muito que ver, pois observamos que as gestantes que moram no interior apresentam dificuldades para ir à cidade, para realizar exames, ou participar das consultas. Do total, 36 tem os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta, e já foram avaliadas na consulta de odontologia. Daí uma das importâncias de realizar um pré-natal precoce, pois além das questões orientadoras, e exames feitos em tempo, estão as interconsultas com outros profissionais. Em relação ao esquema de vacina (Antitetânica, Hepatite B, Antigripal) 31 das gestantes têm o esquema devidamente atualizado. O total de gestantes cadastradas tem prescrição de ferro oral preventivo, e recebe orientação especifica em cada consulta sobre a importância do aleitamento materno exclusiva.

O exame ginecológico é realizado de acordo com o trimestre, e necessidade individual de cada gestante, assim 31 das 39 gestantes tem o exame regularizado.

A população tem respondido adequadamente as ações realizadas que tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento. O monitoramento atual dessas ações é feito em conjunto por a enfermeira, o médico e a responsável da UBS. As ações monitoradas são as seguintes: aumentar a exigência com respeito à qualidade das consultas pré-natais conforme protocolos, trabalhando com todos os responsáveis da equipe, aumentar o número de atividades educativas com as gestantes e puérperas, instalar um sistema de registro específico para gestantes e puérperas em nosso serviço. As atividades de promoção e prevenção são desenvolvidas pelos membros da equipe que participam diretamente no acompanhamento, como médico, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo e técnico da saúde bucal, nutricionista, e ACS.

Durante o último ano foram avaliadas 32 puérperas em consulta, número por debaixo do estimado para a nossa população e ao número de partos acontecidos neste período de tempo, que deviera de ficar por encima das 52 tomando em conta o número da população total. De forma geral, podemos falar que as puérperas são avaliadas na primeira semana do pós-parto, isto acontece realmente com as que moram na cidade, sendo mais complexo com as que moram em comunidades do interior. Por regra, a maioria é avaliada de forma precoce, pois conhecem a importância de realizar o teste do pezinho e orelhinha ao recém-nascido, ou de tomar vacina, e vão à UBS por essas razões, aí aproveitamos para realizar a primeira consulta ao recém-nascido e à mãe. Do total das puérperas registradas, as 32 foram avaliadas nos primeiros 45 dias, nas diferentes consultas foram examinadas cuidadosamente aspectos importantes como as mamas, abdome, aparelho ginecológico, aspectos psíquicos, além de receber orientações gerais sobre cuidados básicos do recém-nascido, e aleitamento materno, e planejamento familiar.

A importância da coleta de exame de colo de útero (Exame de Papanicolau) regularmente previne o câncer de colo de útero, além de avaliar em relação a DIP (Doença Inflamatória Pélvica). A promoção da saúde preconizada pelo Ministério da Saúde no tocante à saúde da mulher nos dá uma condição para melhor avaliação e com isso a solicitação dos exames preconizados, garantindo a qualidade da saúde da mulher em idade fértil. O mesmo acontece referente ao câncer de mama, outra

doença que pode ser detectada a tempo, minimizando os danos. Referente a este programa a equipe realiza atividades como as consultas médicas, consultas de enfermagem, coleta de amostra para exame citológico de colo de útero, exames clínicos de mama, vacinas específicas contra HPV (Vírus Papiloma Humano) em adolescentes, atividades educativas de promoção de saúde em diferentes âmbitos. Todas estas ações são planejadas e estruturadas de forma programática e de acordo aos protocolos do Ministério da Saúde.

Em nossa UBS a cobertura sobre a população alvo está abaixo do esperado. De um total de 1998 mulheres, temos somente 756 com o exame de colo de útero em dia, o que representa 61 %, pelo que devemos trabalhar muito para melhorar esse indicador. Quanto aos indicadores de qualidade de controle de câncer de útero avaliados, 231 mulheres têm o exame com mais de seis meses de atraso, o que constitui uma cifra significativa. Dos exames feitos 13 resultaram alterados. É importante assinalar que estas mulheres já estão recebendo o atendimento indicado.

Em relação à avaliação de risco de câncer de útero e colo de útero, a orientação sobre a prevenção deste tipo de doença, e a orientação sobre doenças sexuais transmissíveis, 100% das mulheres que fizeram exame preventivo têm avaliado estes indicadores, assim como muitas mulheres que estão na faixa etária de risco. Assim temos um total de 963 usuárias avaliadas e orientadas nestes três aspectos relativamente. A maioria dos exames coletados, 697 em total, foram satisfatórios, e úteis para diagnóstico, o que representa um 92.1%.

A estratégia usada para não perder as mulheres que têm exames alterados é em primeiro lugar conseguir criar uma consciência individual sobre a importância de manter um adequado controle, e acompanhamento pela equipe; além de manter um controle adequado com todos os responsáveis da equipe envolvidos: ACS, enfermeiro, técnico de enfermagem, e médico.

Existem questões do processo de trabalho com relação à promoção prevenção de câncer de útero e de mama que devemos melhorar, por exemplo, aproveitar mais o contato dos profissionais da equipe com a população mais vulnerável para verificar as necessidades individuais de realizar prevenção do câncer ginecológico (exames citológicos atrasados, antecedentes de exames alterados, exames de mama, mamografias, fatores de risco modificáveis, etc.). Criar um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citológicos, e de

mama realizados. Criar um grupo de profissionais para avaliar e monitorar os programas de prevenção do câncer de colo uterino, e mama.

Algumas das ações propostas para melhorar a serviço, bem acolhidas pela comunidade, e com participação de toda a equipe envolvida (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS) são: realização de atividades com fines educativos e preventivos, conversas com mulheres em idades alvo, identificação de riscos na população mais vulnerável, atividades educativas para estimular a realização do auto-exame de mama e preventivo nas datas certas.

Com respeito à prevenção de câncer de mama, temos um total de 281 mulheres que se encontram na faixa etária dos 50-69 anos, desafortunadamente, em nossa UBS não contávamos até agora com um registro específico para o controle e seguimento deste programa, onde se levava a relação de mamografias feitas, ou exames clínicos de mama. Do total, somente 35 tem exames de mamografia em dia. Devemos assinalar que no município não havia possibilidade de realizar este estudo até umas semanas atrás, e 246 mulheres têm este exame atrasado em mais de três meses.

Também podemos analisar a cobertura deste importante programa pelos atendimentos feitos na última semana; que foram 12, e realmente foi uma semana típica de atendimento. Aproximadamente no mês são feitos uns 48 exames de mama, e indicadas um número importante de mamografias (conforme as características e necessidades de cada usuária), ainda assim a cobertura é baixa. A avaliação de risco para este tipo de câncer é feita adequadamente, e até o momento 207 usuárias tem sido avaliadas, ainda temos dificuldades para chegar aos 100% das mulheres de risco.

O trabalho de prevenção de câncer de mama é feito diário, seja na consulta de enfermagem, médica, nas atividades educativas, visitas domiciliares, etc., assim aproximadamente 269 do total das 281 recebeu algum tipo de orientação específica.

Em relação aos usuários com DM e HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) são realizadas atividades de atendimento individual e coletivas, seja no ambiente da comunidade como na própria UBS, como consultas médicas, de enfermagem, de nutrição, de odontologia, vacinas, atividades orientadoras de promoção e prevenção de saúde. São aproveitados os dias de cada semana que temos disponibilizado para o atendimento deste grupo, porém as consultas aconteçam qualquer dia para atendimento da demanda espontânea. Estas ações de forma geral estão

estruturadas de forma programada, adotando como protocolo o estipulado pelo Ministério da Saúde, para o atendimento destas doenças na atenção básica.

Na UBS não temos um registro específico de pessoas com DM e HAS, e o monitoramento das ações realmente é precário. É difícil conseguir um controle de qualidade das ações feitas, em relação a população atingida por estas doenças. A maior dificuldade é relacionada à cobertura de atenção às pessoas com DM e HAS, existe pelo menos 3/4 dos usuários que sofrem estas doenças e que não conhecem que estão doentes, o que constitui um verdadeiro problema, tomando em conta as diversas complicações que se podem apresentar se não são tratados precoce e devidamente. Nesse sentido estamos trabalhando, em parceria com a comunidade, e líderes comunitários, assim como com apoio dos diferentes ACS. A população tem respondido adequadamente a essa ação.

Segundo dados coletados antes de iniciada a intervenção, a cobertura de atenção aos usuários já diagnosticados com HAS era aceitável. Dos 299 cadastrados inicialmente, o total tinha realizado a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico. Devíamos alcançar uma maior cobertura nas consultas programadas para diminuir o número de usuários atrasados nas consultas periódicas agendadas. Um total de 134 usuários (44.8%) tinha os exames complementares periódicos em dia, isto se correspondia com o número de pessoas com as consultas em dia. A maioria (290 usuários) tinha recebido orientações e dicas específicas nas consultas sobre como mudar para hábitos de vida mais saudáveis, por exemplo, a prática de atividade física regular de acordo as particularidades individuais, e orientações nutricionais para uma alimentação mais saudável.

A avaliação da saúde bucal tem peso na qualidade da atenção, a equipe até esse momento havia conseguido uma cobertura de 78% (235 usuários) com as consultas de odontologia ao dia, parâmetro que também devíamos melhorar.

Em relação à DM observamos que o número de pessoas com essa patologia diagnosticados em nossa área de abrangência também era inferior à média nacional, e no próprio estado, onde o índice é um dos mais baixos do país com 4,4%. Em um começo existiam somente 45 pessoas com DM diagnosticadas e cadastradas para um 1.46%. A cobertura da atenção a esse pessoal com DM era aceitável, porém sabíamos que devíamos melhorar muito mais; os 45 cadastrados tinham realizado a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, para um

100%. Até a data de realização dessa atividade, 19 usuários tinham atraso de mais de sete dias nas consultas agendada. A realização dos exames periódicos em dia era outro item onde também devíamos trabalhar, pois 16 dos 45 usuários cadastrados não tinham os exames atualizados.

Nas pessoas com DM é sumamente necessário realizar um exame físico minucioso, isso inclui: o exame dos pés, a palpação dos pulsos superficiais em membros inferiores, o exame neurológico procurando alterações na sensibilidade. Por isso, manter em dia as consultas médicas e de enfermagem é de vital importância, em nosso caso, do total de usuários cadastrados, 15 estavam pendentes e com mais de três meses desde o último exame feito por pessoal qualificado. Assim, 30 usuários tinham o exame físico atualizado, o que inclui exame dos pés, exame cardiovascular periférico, exame neurológico, entre outros importantes itens. O total havia recebido orientações sobre realizar atividade física regular, e levar uma alimentação adequada em cada caso particular.

A avaliação da saúde bucal é outro dos aspectos importantes em cada pessoa com DM, do total, 33 tinham as consultas em dia, para um 73%.

A qualidade da atenção aos usuários diagnosticados é boa, nas diferentes consultas, sejam médicas, ou de enfermagem, são examinados e avaliados conforme as normas e procedimentos estabelecidos pelos diferentes protocolos ministeriais, assim como nas consultas de nutrição, que se tornaram regulares, consultas odontológicas, e vacinas. Na UBS não se fazem registros específicos dos usuários com doenças crônicas, o que dificulta as ações de planejamento. O monitoramento é feito em conjunto pela enfermeira, o médico e a responsável da UBS. As atividades de promoção e prevenção são desenvolvidas pelos membros da equipe que participam diretamente no acompanhamento, como o médico, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo e técnico da saúde bucal, nutricionista, e ACS.

Referente à saúde do idoso e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010), atualmente existe no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. A atenção a estas pessoas é outro dos temas prioritários da atenção básica, e em nossa UBS desenvolvem-se várias atividades com este objetivo, como consultas médicas, de enfermagem, de odontologia, de nutrição, campanhas de vacinas, círculos orientadores, atividades contra o

sedentarismo e obesidade, assim como as visitas no próprio domicílio daqueles idosos mais frágeis e portadores de doenças ou seqüelas mais complexas.

Todas estas ações de saúde são estruturadas de forma programática, adotando-se como protocolo o estipulado pelo Ministério da Saúde para este tipo de atenção. Não contamos com registro específico detalhado, porém, cada ACS é responsável por cada micro-área, com controle de sua população adstrita, o que nos facilita qualquer ação de intervenção de saúde. Este programa, como cada um dos programas priorizados da atenção básica que formam parte de nossa rotina de atendimento do dia a dia, está sendo melhorado pela equipe, e está recebendo uma atenção diferenciada, realizando-se ações de monitoramento e controle que até pouco tempo atrás não eram feitas. As atividades realizadas são: atividades de controle sobre os responsáveis por cada ação programada, reuniões específicas sobre cada programa, planejamento melhor das visitas domiciliares, maior número de atividades educativas, etc.

A cobertura de atenção à saúde do idoso em nosso serviço é regular, e ainda resta muito caminho por percorrer, porém tem melhorado bastante nos últimos meses. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Os dados anteriores citados no Caderno de Atenção Básica da atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2012), referentes à proporção de pessoas com idades iguais ou superiores aos 60 não correspondem com os dados demográficos que obtivemos de nossa área de abrangência. Segundo o estudo devemos ter aproximadamente 572 idosos, e atualmente temos somente em cadastro 345, para 6%. Tomando isso em consideração, provavelmente temos um sub-registro destes usuários. A nossa cobertura para idosos é aceitável, os 345 tem caderneta de saúde de pessoa idosa, e a grande maioria tem realizada a avaliação multidimensional (335 dos 345 cadastrados para um 97%).

Do total, 335 têm as consultas ao dia, com uma adequada avaliação em cada controle do risco de morbimortalidade, e investigação dos indicadores de fragilização na velhice. Em cada avaliação feita, os usuários recebem orientações e dicas sobre como mudar para hábitos de vida mais saudáveis, se orienta sobre a importância de uma alimentação saudável, e sobre a necessidade da prática de atividade física regular (podemos falar que os 335 idosos com suas consultas em dia têm recebido

estas orientações em cada controle feito). Outro aspecto a destacar é o fato da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na velhice. Em respeito a isso do total de nossos usuários com HAS, 105 estão incluídos na faixa etária objeto de estudo (35%). Do total de pessoas com DM, temos 19, para 42%, o que indica a incidência destas doenças em pessoas idosas, e a importância da pesquisa ativa constante. A avaliação da saúde bucal é outro aspecto de importância, na avaliação atual. Observamos que 278 dos 361 idosos têm as consultas em dia, o que é aceitável tomando-se em conta as características da região.

Alcancamos aspectos positivos que repercutem em uma melhor qualidade no atendimento, como por exemplo, cobrir a maioria das micro-áreas do território de abrangência com nosso pessoal da equipe, o que dá uma visão mais profunda no momento de planejar e realizar as ações. Também o fato de melhorar a atenção nas UBS vizinhas nos permitiu realizar uma adequada atenção individualizada e diferenciada de cada um dos usuários. Persistem dificuldades como a cobertura às áreas que ficam mais longes da cidade, e relativo a pequenas micro-áreas que ainda estão sem ACS.

A adesão da população tem sido boa, apoiando todas as atividades realizadas, seja individuais ou coletivas, onde se precisa de ações em conjunto com todos os setores possíveis. Registros específicos de idosos não são levantados de maneira sistemática na UBS, o que dificulta as ações de planejamento. O monitoramento é feito em conjunto pela enfermeira, médico e a responsável da UBS. As atividades educativas são realizadas por todos os membros da equipe que participam diretamente no acompanhamento, médico, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, técnico da saúde bucal, nutricionista, e ACS. De forma geral os desafios são muitos, mais acho que o principal deles é conseguir uma cobertura total de nossa população adstrita, que cada uma das pessoas que moram em nossa área de abrangência estejam devidamente cadastradas e recebendo atenção de acordo com seus riscos, vulnerabilidade ou doença. Sem dúvida o melhor recurso que a UBS apresenta é a qualidade de todos os membros de nossa equipe, e contamos com o apoio da maior parte da comunidade.

A saúde bucal é uma das atividades prioritárias na atenção básica, à prevenção de doenças odontológicas com atividades de promoção e prevenção de saúde, conseguindo conscientizar a população sobre a importância do tema deve ser a base principal para melhorar este indicador de saúde. Nossa UBS conta com

serviço de odontologia, um médico e técnico de saúde bucal, com uma capacidade instalada para prática clínica para a atenção de 16 usuários diários aproximadamente, e em dependência dos procedimentos a serem realizados. As ações coletivas e de atendimento como tal, são feitas em coordenação com a secretaria municipal de saúde, pois realmente não temos capacidade para a realização de ações múltiplas que não sejam meramente preventivas, não de procedimentos práticos como tal. Para as ações de promoção e prevenção nos diferentes ambientes a capacidade é aceitável.

O número de procedimentos clínicos por mês no serviço se adéqua à capacidade de atenção individual que tem. No último mês realizaram-se atendimento a 320 usuários, aproximadamente uma média diária de 16 usuários, sendo este o limite devido ao instrumental disponível. Isso é o referente ao número de atendimentos individuais, referente ao número de procedimentos é maior, já que às vezes um usuário precisa mais de uma intervenção. Referente a esse dado foram realizados 370 procedimentos, o que avaliamos como aceitável, porque ainda temos dificuldades para suprir todas as necessidades da nossa população abrangente. Este número está em correspondência com a capacidade que temos para a realização de procedimentos. Em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde encontra-se dentro da faixa ideal com um denominador de 0.7 (ideal de 0.4 -1.6).

Referente à atenção por grupos específicos, no mês analisado receberam atendimento médico somente seis usuários na faixa etária dos 0-4 anos o que evidentemente devemos melhorar; 155 escolares de 5-14 anos com 11.1% do total da população dessa faixa, 228 usuários entre 15-59 anos, e sete gestantes, cifra que devemos repassar também, tomando em conta a importância duma atenção odontológica adequada nesta etapa. Quanto ao desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários resta muito trabalho ainda. O melhor resultado foi alcançado na faixa dos 5- 14 anos (1300), isso pelas ações desenvolvidas no ambiente escolar, com os restantes grupos os resultados não foram significativos (0-4: 45, 15-19: 340, idosos:140, gestantes:24).

A razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados foi excelente, quase não foram feitos atendimentos não programados no mês. A razão entre estas duas variáveis está por muito por encima de um, que é o recomendado.

A saúde odontológica é parte importante na qualidade de vida de cada indivíduo, às vezes não é prestada a devida atenção e a pessoa termina adoecendo, com problemas odontológicos preveníveis, ou com mutilação da maioria dos dentes a cortas idades da vida. Adquirir hábitos adequados de higiene é uma das formas mais eficazes de evitar estas doenças. Para melhorar a qualidade na atenção odontológica em primeiro temos que conscientizar à população sobre a importância de manter um adequado seguimento odontológico, assistindo às consultas programadas pelos especialistas correspondentes. Devemos aumentar o número das atividades educativas em todos os grupos vulneráveis, trabalhando conjuntamente com o médico e o técnico de odontologia. Aproveitar as consultas de medicina geral, enfermagem, psicologia, vacinas, e cada contato com cada usuário que seja avaliado e falar sobre os benefícios de uma adequada saúde bucal. A saúde bucal tem que ter uma maior e melhor gestão, planificação e controle, isso pode conseguir-se com: atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade; cadastro das famílias e a atualização constante das informações; identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade; análise situacional da área de abrangência; acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas pelos ACS e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e indicadores de saúde da área de abrangência; interlocução com conselho local ou municipal de saúde e desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade. Realizando estas atividades propostas, com certeza o atendimento e cobertura melhorarão significativamente.

1.3. Comentário comparativo entre esse texto inicial e o relatório atual

Em todo este tempo desde que começou o curso, e realizando as atividades indicadas em cada tarefa, tomamos conta das principais deficiências que já vinham acontecendo no planejamento do trabalho do dia a dia na UBS. Várias questões relacionadas com programas prioritários não eram feitas, e a maioria das realizadas sem o menor controle. Neste sentido, o curso tem sido de uma ajuda inestimável, reorganizando praticamente todo o trabalho na UBS em função de uma melhora na atenção da população. Por exemplo, criamos grupos de controle das diversas

atividades para os diferentes programas priorizados e grupos de gerenciamento e controle para eles, questões que não existiam até agora, fomentamos o trabalho em parceria com a comunidade e as principais lideranças.

No tempo transcorrido, desde que iniciou o curso temos ganhado maiores ferramentas e maior capacidade de análise e ao mesmo tempo maior governabilidade sobre os assuntos que interferem no funcionamento adequado do processo de trabalho. Na primeira análise situacional feita tínhamos uma visão menos completa do funcionamento da equipe e da UBS, de suas prioridades, e dos principais problemas que estavam influenciando de forma negativa no processo de trabalho, alguns deles de fácil e rápida solução com o esforço de todos; podemos dizer que a visão agora é completamente diferente, mais abarcadora, e com melhor horizonte.

Restam resolver muitas questões próprias do processo de trabalho, questões organizativas mais que tudo, mas que já estão recebendo a atenção que precisam.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013). Analisando os dados estatísticos anteriores com o número dos usuários com HAS registrados em nossa comunidade, vemos que realmente não se adéqua a média nacional.

Em relação à DM no Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de DM autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2011). Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem DM, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com DM. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com DM foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011).

A UBS tem na área de abrangência a população da parte sul da cidade, conjuntamente com várias comunidades ribeirinhas, mas é uma UBS urbana, com modelo de atenção em saúde familiar, estruturado em duas equipes de saúde, na

realidade incompleta, pois temos somente um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, 16 agentes de ACS com todas as vagas cobertas, um odontologista com seu técnico, uma farmacêutica, dois técnicos de enfermagem na sala de vacina, e um técnico na sala de curativo. Na unidade também funciona um laboratório clínico onde se pesquisa malária e filária.

A população adstrita a nossa área de abrangência é de 5726 habitantes (deles a maior proporção corresponde ao sexo feminino com 2996, que equivale a 54%). O sexo e faixa etária, de acordo às estatísticas nacionais demográficas, comportam-se em geral da forma esperada, exceto nos menores de um ano, onde o número registrado, 70, é muito menor que a média esperada para nossa população que seria de aproximadamente 121 lactentes. Já os menores de cinco anos com 507, número maior a média esperada. Os números restantes parecem de acordo à realidade da população atendida, e coincidem com os registros demográficos nacionais. É importante assinalar que o número total é provavelmente maior tomando conta os usuários que recebem atendimento na UBS que moram em comunidades do interior, seja pelo rio ou pela estrada. Assim, a unidade deveria ter duas equipes de saúde completas, pois o número de usuários é maior aos 4000 determinados pelo Ministério da Saúde. Apesar do serviço estar aquém do desejado, a equipe não enfrenta grandes problemas a respeito ao excesso de demanda espontânea, ou dificuldades com a qualidade do atendimento. As ações que minimizam essa dificuldade, e ajudam a um obter um melhor serviço são as ações como uma boa triagem, um acompanhamento adequado dos usuários com doenças crônicas que precisem uma maior atenção, uma maior qualidade nas visitas domiciliares realizadas por qualquer membro da equipe, assim como trabalhar em parceria com as unidades de saúde vizinhas para minimizar o deslocamento dos usuários não adstritos.

A parte estrutural da UBS está composta por um consultório médico, um de enfermagem e um odontológico, uma sala de vacina, uma de curativo, uma para reuniões da equipe, uma para espera, farmácia, recepção, cozinha, laboratório para pesquisa de filária e malária, dois banheiros, um deles para uso do pessoal que trabalha na UBS. A Unidade foi inaugurada há 13 anos e desde então funciona com uma equipe de saúde. Foi planejada para funcionar como uma Unidade de Saúde da Família, contudo faltaram detalhes no planejamento da sua arquitetura, tomando em conta a área onde iria ser feita, e a densidade da população.

Temos 3.066 usuários na faixa etária acima dos 20 anos de idade e deveríamos ter aproximadamente 980 (32%) pessoas com HAS, segundo as estatísticas registradas nacionalmente, pelo que devemos trabalhar mais no diagnóstico desta doença. E quanto à cobertura de atenção aos usuários já diagnosticados com HAS é aceitável, dos 299, o total tem realizado a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico. Temos que alcançar uma maior cobertura nas consultas programadas para diminuir o número de usuários atrasados nas consultas periódicas agendadas. Um total de 134 usuários (44.8%) tem os exames complementares periódicos em dia, isto corresponde com o número de pessoas que tem as consultas em dia. A maioria tem recebido orientações e dicas específicas nas consultas sobre como mudar para hábitos de vida mais saudáveis, por exemplo, a prática de atividade física regular de acordo as particularidades individuais, e orientações nutricionais para uma alimentação mais saudável. A avaliação da saúde bucal também tem peso na qualidade da atenção, a equipe até agora tem uma cobertura de 78% de pessoas com HAS com as consultas de odontologia ao dia, parâmetro que também devemos melhorar.

O número de pessoas com DM em nossa área de abrangência é inferior à média nacional, temos até agora só 45 diagnosticadas (1,46%). A cobertura da atenção às pessoas com DM encontradas é também aceitável, porém pode melhorar ainda mais, os 45 tem realizada a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, para um 100%. Até a data de realização desta atividade, 19 usuários tinham atraso de mais de sete dias na consulta agendada. A realização dos exames periódicos em dia e outro item onde também temos que buscar uma melhora, pois 16 do total dos 45 diabéticos não têm os exames atualizados. Nas pessoas com DM é muito importante realizar um exame físico minucioso, o exame dos pés, a palpação dos pulsos superficiais em membros inferiores, o exame neurológico procurando alterações na sensibilidade, são uns dos principais aspectos a tomar em conta num exame físico duma pessoa diagnosticada com DM, por isso é importante conseguir manter em dia as consultas médicas e de enfermagem. Temos 15 pessoas pendentes e com mais de três meses desde o último exame feito por pessoal qualificado. O total tem recebido orientações sobre realizar atividade física regular, e levar uma alimentação adequada em cada caso particular. A avaliação da saúde bucal é outro dos aspectos importantes em cada diabético, e do total, até agora 33 tem em dia as consultas com odontologia, para um 73%.

A oportunidade de realizar uma ação programática tendo como centro a população com HAS e DM é uma oportunidade excelente para regularizar a situação destes grupos tão vulneráveis. Aspectos tão importantes como o diagnóstico dos casos novos, a regularização das consultas médicas e ações programáticas de saúde, o acompanhamento e controle adequado, conseguindo inserir novamente à sociedade os casos mais complicados, entre outros são os principais objetivos e questões a melhorar. Com a realização da ação escolhida pretendemos melhorar todos os indicadores de qualidade referidos anteriormente e de cobertura. Várias ações de promoção em saúde já são desenvolvidas por nossa equipe de saúde.

Estamos trabalhando com enfoque de risco sobre a população alvo, na pesquisa de novos casos de pessoas com HAS e DM não diagnosticados e assintomáticos com apoio principalmente dos ACS, incrementando o número de intervenções de saúde e atividades nos bairros com esse fim, assim como na própria UBS. Atividades que requerem maior quantidade de recursos atualmente são planejadas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, e a Prefeitura Municipal.

O tema da intervenção atual foi detalhadamente analisado e escolhido pela equipe, assim como as possíveis metas a atingir. Em um consenso pactuamos alcançar uma cobertura total de 70% de usuários HAS e 60% de DM, isso levando em consideração itens como: população total da área abrangida, prevalência destas doenças no Brasil e mais especificamente no Amazonas, número de casos até o momento cadastrados e com acompanhamento na UBS, possibilidades reais para o cumprimento da meta sem esquecer outros programas tão importantes como o programa objeto da intervenção (pré-natal, puericulturas, saúde da mulher, atenção ao idoso, etc.), e condições adversas relacionadas com o clima, ou meramente relacionadas com questões do serviço ou organizativas, já que a equipe não tem nenhum precedente de uma ação como esta na comunidade, com envolvimento de praticamente todos os integrantes do serviço e a própria comunidade.

Estamos conscientes que ainda existem muitas dificuldades, mas estamos trabalhando nelas, com tudo o apoio da equipe e a própria comunidade.

A nossa melhor ferramenta para viabilizar a intervenção é o grau de comprometimento que temos todos os membros da equipe.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de pessoas com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde UBS Edval Ventura dos Santos, Lábrea/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e Metas

Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a de pessoas com HAS e DM
2. Melhorar a qualidade da atenção a de pessoas com HAS e DM
3. Melhorar a adesão de pessoas com HAS e DM
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear de pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular
6. Promover a saúde de pessoas com HAS e DM

Metas

• Cobertura da ação programática

1. Cadastrar a 70% das pessoas com HAS no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.
2. Cadastrar a 60% das pessoas com DM no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

• Qualidade da ação programática

1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS;
2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS;
3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade);
4. Garantir a 100% das pessoas com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
5. Garantir a 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastrados na UBS;
7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastrados na UBS;
8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS;
9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM.

- **Metas de adesão da ação programática**

1. Buscar 100% das pessoas com HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada;
2. Buscar 100% das pessoas com DM faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

- **Metas de registro**

1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS cadastradas;
2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com DM cadastradas.

- **Metas de realização de risco cardiovascular**

1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS;
2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM.

- **Metas de promoção de saúde**

1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS;
2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com DM;
3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS;
4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com DM;

5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS;
6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com DM;
7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS;
8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com DM.

2.3 Metodologia

Para melhorar a atenção aos usuários portadores de HAS e DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência e acompanhados pelo programa de atenção ao usuário hipertenso ou diabético na UBS Edval Ventura dos Santos, elaboramos objetivos e metas, para serem atingidos, distribuídos nos eixos monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos

META

- Cadastrar 70% pessoas com HAS cadastradas da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde;
- Cadastrar 60% pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde.

2.3.1 Ação e detalhamento das ações:

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar o número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e a enfermeira o número de pessoas com HAS cadastradas Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde, realizando o preenchimento da

planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho.

Monitorar o número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e a enfermeira o número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Garantir o registro das pessoas com HAS e DM cadastradas no Programa.

Detalhamento da ação: Será garantido pelo médico clínico geral da equipe e a enfermeira o registro pessoas com HAS e DM cadastrados no Programa, realizando o preenchimento semanal da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho.

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

Detalhamento da ação: O enfermeiro e o médico se organizarão capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM.

3. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS, além de solicitar a gestão municipal a reposição dos aparelhos danificados da UBS. Responsáveis médico e enfermeira em parceria com o gestor municipal de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

4. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade.

Detalhamento da ação: Será garantido o material adequado para a realização do hemoglicoteste; será solicitado à gestão municipal a reposição do estoque das fitas suficientes para a UBS. Responsáveis: médico, enfermeira e técnicas de enfermagem da UBS.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde
Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

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

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

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

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

4. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.

Detalhamento da ação: Se organizarão capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido, sobretudo os ACS na busca daqueles usuários com HAS e DM que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

2. Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e DM da área de abrangência da equipe.

Detalhamento da ação: Se organizarão capacitações mensais com os ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e DM da área de abrangência da equipe. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

3. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento da ação: Se organizará capacitação mensal com toda a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde

4. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação: Se organizará capacitação com toda a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

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

Metas:

- Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS;
- Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM;
- Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade);
- Garantir a 100% das pessoas com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

- Garantir a 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastradas na UBS;
- . Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastradas na UBS;
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS;
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.
2. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.
3. Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com DM.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.
4. Monitorar o número de pessoas com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

5. Monitorar o número de pessoas com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

6. Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de exame laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada das pessoas com DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

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

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

8. Monitorar as pessoas com HAS que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com HAS que necessitam de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

9. Monitorar as pessoas com DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com DM que necessitam de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta

pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS.

Detalhamento da ação: Serão definidas as atribuições correspondentes de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS, monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

2. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação: Se organizarão ações de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, atividade que será monitorada de 15 em 15 dias pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira.

3. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação: Se organizarão ações de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, atividade que será monitorada de 15 em 15 dias pelo médico e enfermeira da equipe.

4. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento da ação: Em parceria com a secretaria de saúde e gestor municipal se realizará cópia atualizada do protocolo de atenção ao usuário com HAS e DM, disponível para todos os membros da equipe. Responsáveis pela ação: Enfermeira da equipe de saúde.

5. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM.

Detalhamento da ação: Serão definidas as atribuições correspondentes a cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com DM, monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

6. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação: Se organizarão ações de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, atividade que será monitorada de 15 em 15 dias pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira.

7. Providenciar junto a gestão o monofilamento para exame dos pés.

Detalhamento da ação: Em parceria com a secretaria de saúde e gestor municipal providenciar o monofilamento para exame dos pés, disponível para todos os membros da equipe responsáveis pelo exame dos pés dos usuários diabéticos. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

8. Organizar a agenda para acolher as pessoas com DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Se organizará a agenda e sistema de agendamento diário para acolher as pessoas com DM provenientes das buscas domiciliares. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

9. Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento da ação: Se solicitará a referência e contra-referência para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada. Responsáveis pela ação: Médico da equipe de saúde.

10. Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a solicitação e realização dos exames complementares indicados para as pessoas com HAS, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas.

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

Detalhamento da ação: Em parceria com a secretaria municipal de saúde e gestor garantir a agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

12. Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a solicitação e realização dos exames complementares

indicados para as pessoas com HAS e DM, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas, estabelecendo um sistema de alerta, sobretudo naqueles casos que resultarem na alguma alteração.

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

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos indicados para as pessoas com HAS e DM. Responsável técnica de farmácia, e médico da equipe.

14. Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS cadastradas na UBS.

Detalhamento da ação: Se manterá um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS cadastradas na UBS, monitorando-se a cada duas semanas pelo médico e enfermeira da equipe. Responsável técnica de farmácia, médico e enfermeira da equipe.

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

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos indicados para as pessoas com DM. Responsável técnica de farmácia, e médico da equipe.

16. Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com DM cadastrados na UBS.

Detalhamento da ação: Se manterá um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com DM cadastradas na UBS, monitorando-se a cada duas semanas pelo médico e enfermeira da equipe. Responsável: técnica de farmácia, médico e enfermeira da equipe.

17. Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS; Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com HAS que necessitarem de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas

clínicas, tentando organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

18. Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a organização de ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM.

19. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as pessoas com DM que necessitam de atendimento odontológico, realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e fichas clínicas, tentando organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

2. Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade quanto aos

riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM.
Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

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

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

4. Orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

5. Orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe

6. Orientar as pessoas com HAS e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com HAS e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

7. Orientar as pessoas com DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar as pessoas com DM e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

8. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e DM.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento da ação: Se organizarão capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a correta realização de exame clínico aos usuários com HAS e DM. Responsáveis pela ação: Enfermeira e Médico da equipe de saúde.

2. Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento da ação: Se organizarão capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a correta realização de exame clínico aos usuários com DM (exame dos pés). Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

3. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: Se organizarão capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

4. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
Detalhamento da ação: Se realizará atualização do profissional no tratamento da HAS. Responsáveis pela ação: Médico da equipe de saúde.
5. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
Detalhamento da ação: Se organizarão capacitações mensais com o pessoal da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Responsáveis pela ação: Enfermeira, técnica de farmácia.
6. Realizar atualização do profissional no tratamento do DM.
Detalhamento da ação: Se realizará atualização do profissional no tratamento do DM. Responsáveis pela ação: Médico da equipe de saúde.
7. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS.
Detalhamento da ação: Se organizaram capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS. Responsáveis pela ação: Enfermeira e Médico da equipe de saúde.
8. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM.
Detalhamento da ação: Se organizaram capacitações mensais com o pessoal da equipe envolvido para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com DM. Responsáveis pela ação: Enfermeira e Médico da equipe de saúde.

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

Metas:

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

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para os usuários com DM e HAS. Será realizado o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e nas fichas clínicas.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos (usuários com DM e HAS). Será realizado o preenchimento da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho e nas fichas clínicas.

2. Organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será monitorada e organizada semanalmente a agenda para acolher as pessoas com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares. Responsáveis pela ação: Enfermeira e médico da equipe de saúde.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas aos usuários com HAS e DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes

responsáveis da equipe com o objetivo de ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos). Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

3. Esclarecer as pessoas com HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas pelos diferentes responsáveis da equipe com o objetivo de esclarecer as pessoas com HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para capacitar os ACS para a orientação de pessoas com HAS e DM quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

- Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS;
- Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com DM.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS preenchidos no SIAB/e-SUS.
2. Implantar a ficha de acompanhamento.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a implantação das fichas de acompanhamento aos usuários com HAS e DM.
3. Pactuar com a equipe o registro das informações.
Detalhamento: Será pactuada em reunião com a equipe a forma e qualidade de registro das informações obtidas. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.
4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
Detalhamento: Se definirá em reunião feita com toda a equipe o responsável pelo monitoramento e qualidade dos registros preenchidos nos casos de usuários com HAS e DM. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.
5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
Detalhamento: Se organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento de usuários com HAS e DM, 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. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Orientar as pessoas com HAS e DM a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para orientar os pessoas com HAS e DM, e a comunidade em geral sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário periodicidade. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com HAS.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, capacitação para o preenchimento adequado de todos os registros necessários no acompanhamento das pessoas com HAS e DM da comunidade. Responsáveis pela ação: Médico e enfermeira da equipe.

2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para capacitação no preenchimento adequado de todos os registros dos procedimentos clínicos feitos em todas as consultas das pessoas com HAS e DM da comunidade. Responsáveis pela ação: Médico e enfermeira da equipe.

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

METAS:

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS;
- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM.

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar o número de pessoas com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o número de pessoas com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realizando análises da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho.

2. Monitorar o número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira o número de pessoas com DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realizando análises da planilha de coleta de dados proposta pelo curso mediante o uso das informações contidas nas fichas espelho. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Priorizar o atendimento das pessoas com HAS avaliadas como de alto risco.

Detalhamento da ação: Será priorizado o atendimento das pessoas com HAS como de alto risco, atividade que será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe.

2. Priorizar o atendimento das pessoas com DM como de alto risco.

Detalhamento da ação: Será priorizado o atendimento das pessoas com DM avaliadas como de alto risco, atividade que será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe.

3. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Será organizada a agenda para o atendimento das pessoas com HAS e DM avaliadas como de alto risco, atividade que será monitorada semanalmente pelo médico e enfermeira da equipe.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para orientar as pessoas com HAS e DM quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

2. Esclarecer as pessoas com HAS e DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nos usuários diagnosticados como HAS e DM.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nos usuários diagnosticados com HAS e DM. Monitoramento mensal da ação.

2. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação da equipe para ressaltar a importância do registro desta avaliação. Monitoramento mensal da ação.

3. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos usuários diagnosticados com HAS e DM.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos usuários diagnosticados com HAS e DM. Monitoramento mensal.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com HAS e/ou DM

METAS:

- Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS;
- Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com DM;
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS;
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com DM;
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS;
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com DM;
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS;
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com DM.

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

1. Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com HAS e/ou DM.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação nutricional as pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.
2. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com HAS e/ou DM.
Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.
3. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

4. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM, realizando revisão da planilha de coleta de dados proposta pelo curso e das informações contidas nas fichas espelho.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

1. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas e realizadas para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável para as pessoas com HAS e/ou DM, e a comunidade em geral.

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

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas junto ao gestor municipal para envolver nutricionistas nas atividades planejadas sobre estes grupos de usuários e comunidade em geral.

3. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades coletivas planejadas para a orientação de atividade física dos usuários HAS e/ou DM, e da comunidade em geral. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe

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

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades planejadas junto ao gestor municipal para

desenvolver parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

Detalhamento da ação: Se demandará ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

6. Organizar tempo médio de consultas dos usuários HAS e/ou DM, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: Se organizará o tempo médio das consultas aos usuários HAS e/ou DM, com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Responsáveis: Médico e enfermeira da equipe.

EIXO ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

1. Orientar pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com HAS e/ou DM, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável

2. Orientar pessoas com DM e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do DM.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do DM.

3. Orientar as pessoas com HAS e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da HAS.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com HAS e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da HAS.

4. Orientar pessoas com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do DM.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do DM.

5. Orientar as pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

6. Orientar as pessoas com HAS e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação: Será monitorada mensalmente pelo médico clínico geral da equipe e enfermeira as atividades para orientar as pessoas com HAS seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

EIXO QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

1. Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável dos usuários HAS e/ou DM.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre práticas de alimentação saudável dos usuários HAS e/ou DM. Monitoramento mensal da ação.

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

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre metodologias de educação em saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitoramento mensal da ação.

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

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre a promoção da prática de atividade física regular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitoramento mensal da ação.

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

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre metodologias de educação em saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Monitoramento mensal da ação.

5. Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação para o tratamento de pessoas tabagistas, fundamentalmente usuários com HAS e/ou DM. Monitoramento mensal da ação.

6. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: Será planejada pelo médico e enfermeira da equipe reunião com todos os membros da equipe, para realizar capacitação sobre orientações de saúde bucal, fundamentalmente aos usuários com HAS e/ou DM. Monitoramento mensal da ação.

2.3.2 Indicadores

Na realização da ação programada trabalharemos com os indicadores de cobertura e da qualidade descritos no caderno de ações programáticas e na planilha de coleta de dados.

1. Cobertura do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Numerador: Número de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

2. Cobertura do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Numerador: Número de pessoas com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

3. Proporção de pessoas com HAS com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

4. Proporção de pessoas com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

5. Proporção de pessoas com DM com o exame dos pés em dia

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

6. Proporção de pessoas com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

7. Proporção de pessoas com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

8. Proporção de pessoas com HAS com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Numerador: Número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número total de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.
9. Proporção de pessoas com DM com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Numerador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.
10. Proporção de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Numerador: Número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
11. Proporção de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Numerador: Número de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
12. Proporção de pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa.
- Numerador: Número de pessoas com HAS faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa
- Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
13. Proporção de pessoas com DM faltosas às consultas médicas com busca ativa.
- Numerador: Número de pessoas com DM faltosas às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

14. Proporção de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Numerador: Número de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
15. Proporção de pessoas com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Numerador: Número de pessoas com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
16. Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular.
Numerador: Número de pessoas com HAS com estratificação do risco cardiovascular.
Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.
17. Proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular.
Numerador: Número de pessoas com DM com estratificação do risco cardiovascular.
Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.
18. Proporção de pessoas com HAS com orientação nutricional.
Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação nutricional.
Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
19. Proporção de pessoas com DM com orientação nutricional.
Numerador: Número de pessoas com DM que receberam orientação nutricional.
Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.
20. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

21. Proporção de pessoas com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

22. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

23. Proporção de pessoas com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

24. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

25. Proporção de pessoas com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar o Caderno de Atenção Básica n. 37. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. 2 ed. Brasília: 2013, e o Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus, número 36, Brasília 2013. Para organizar o registro específico do programa, o atendimento a cada usuário com HAS e DM será preenchido na ficha espelho em uso na intervenção, dispensada pelo curso (Anexo A). A ficha será completada pela enfermeira com base nos registros existentes no prontuário da Unidade Básica de Saúde. Estimamos alcançar com a intervenção uma cobertura de 70% de usuários com HAS e 60% de usuários com DM. Faremos contato com o gestor municipal para dispor 740 fichas espelho necessária e para imprimir as 740 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida por o curso de especialização (Anexo B).

No eixo monitoramento e avaliação serão realizadas as seguintes ações pelo médico e enfermeira da equipe: monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM, realização de exame clínico apropriado e exame dos pés das pessoas com DM, o número de pessoas com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e periodicidade adotado na UBS, acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, pessoas que necessitam de atendimento odontológico, cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), registros de pessoas acompanhadas na UBS, número de pessoas com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realização de orientação nutricional, atividade física regular, tabagismo e higiene bucal.

No eixo organização e gestão do serviço serão realizadas as seguintes ações pelo médico e enfermeira da equipe: garantir o registro e melhorar o acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa, o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, para realização do hemoglicoteste, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, dispor de versão atualizada do

protocolo impressa na UBS, definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, providenciar junto a gestão o monofilamento para exame dos pés, organizar a agenda para acolher as pessoas com DM provenientes das buscas domiciliares, solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada, garantir a solicitação dos exames complementares. garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados, organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares, manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, priorizar o atendimento das pessoas com HAS e/ou DM avaliadas como de alto risco, organizar a agenda para o atendimento desta demanda, organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS, organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter um registro das necessidades de medicamentos, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No eixo engajamento público serão realizadas as seguintes ações pelo médico de enfermeira da equipe: informar a comunidade sobre a existência do

Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM; orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientar as pessoas com HAS e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e DM, informar sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e/ou DM (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, orientar sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecer quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação); orientar sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da HAS e DM, existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

No eixo qualificação da prática clínica serão realizadas as seguintes ações pelo médico de enfermeira da equipe: capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço, e no cadastramento de pessoas com HAS e DM da área de abrangência da equipe, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, na realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, na realização de exame clínico apropriado, incluindo exame dos pés, e na solicitação de exames complementares, será realizada atualização do profissional no tratamento da HAS e DM, e na orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Será realizada capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM, assim como a realização das consultas e sua periodicidade, preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nos usuários diagnosticados com HAS e/ou DM, importância do registro desta avaliação, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos usuários diagnosticados como HAS e/ou DM, práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pessoas tabagistas e orientações de higiene bucal.

2.3.4 Cronograma da intervenção

Atividades	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de HAS e DM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Estabelecimento das funções de cada profissional na ação.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Cadastramento de 70 % dos usuários com HAS e 60% com DM da área adstrita no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância das ações programática aos usuários com HAS e DM, solicitando apoio para a captação de casos novos na comunidade.	X				X				X							
Atendimento clínico e odontológico dos usuários com HAS e DM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento da realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e DM, solicitação de exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos usuários com HAS e DM..	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento das pessoas com HAS e DM que necessitarem de atendimento odontológico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Orientações à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM; realização e periodicidade de exames complementares, periodicidade das consultas médicas e odontológicas; importância de uma alimentação saudável, prática de atividade física regular, existência de tratamento para abandonar o tabagismo.			X		X		X		X		X					
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários com HAS e DM e casos novos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Busca ativa dos usuários com HAS e DM faltosos as consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Organização da agenda para acolher as pessoas com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento da qualidade dos registros de pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento dos registros e avaliação dos indicadores da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Processamento da informação, avaliação da ação programática e elaboração do relatório.																
Discussão dos resultados da intervenção com a equipe e a comunidade.																
Processamento da informação, avaliação da ação programática e elaboração do relatório.													X	X	X	X
Discussão dos resultados da intervenção com a equipe e a comunidade																X

3. Relatório da intervenção

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Edval Ventura dos Santos teve como foco a melhoria no serviço prestado aos usuários portadores de HAS e DM da área adstrita da unidade. O projeto deste trabalho foi organizado para que a intervenção fosse realizada em 16 semanas, no entanto, esta aconteceu durante 12 semanas por orientação da coordenação do curso, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 09 ao calendário estabelecido pela Universidade. Assim, esta intervenção teve início o dia 3 de novembro de 2015 e finalizou na primeira semana de fevereiro de 2016. Durante este período, realizamos ações baseadas nos objetivos e metas traçadas previamente, no projeto de intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Com a intervenção concluída, a equipe de saúde e comunidade em geral ganhou em conhecimentos; todos nós aprendemos o significado e a importância de trabalhar como uma verdadeira equipe em vistas a alcançar um objetivo em comum: melhorar o nível de saúde da população.

Agora que a intervenção foi concluída, percebemos que percorremos um longo caminho, mas valeu muito a pena, o aprendizado servirá para implantar ações em todas as frentes de atenção.

Desde a elaboração do projeto de intervenção, toda a equipe se comprometeu com o mesmo e isto foi primordial para que alcançássemos estes resultados. Quando apresentei o projeto de intervenção e falei dos objetivos e metas que tínhamos que cumprir, todos os membros da equipe ficaram contentes e dispostos a trabalhar no projeto porque entenderam a importância do mesmo para a melhora da qualidade da atenção destes usuários acompanhados na UBS.

Uma semana antes do início da intervenção, realizamos a primeira reunião, a qual aconteceu numa sexta-feira, às 04 horas da tarde, na qual fizemos uma palestra sobre o nosso projeto de intervenção e informamos o quanto o mesmo seria útil e necessário para a comunidade e para elevar a qualidade do trabalho na UBS. Na verdade, esta reunião foi bem longa, mas precisávamos motivar todos os

profissionais e, assim, conseguimos que a equipe ficasse mais participativa e colaborativa.

Também falamos novamente das funções de cada um dos trabalhadores da UBS e como poderiam ser mais engajados aos objetivos da intervenção e, também, nas atividades desenvolvidas na UBS. Os ACS foram capacitados na atualização do cadastro dos usuários da área, e sobre temas relacionados com as doenças referidas (HAS-DM), prestando especial atenção para grupos de risco e pessoas mais vulneráveis. Felizmente, todos saíram muito contentes da reunião e com a promessa de que iriam contribuir para a melhoria da qualidade do serviço ofertado. A partir daquele dia, todas as reuniões da equipe aconteciam na sexta-feira e no mesmo horário e aproveitávamos o momento para fazer a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas na semana e planejar as atividades da próxima.

Na primeira semana de intervenção tudo fluiu muito bem, tínhamos as fichas espelho prontas e o material necessário para o trabalho, planejamos uma reunião com os líderes comunitários e religiosos para a próxima semana, já que aconteceria um evento presbiteriano e seria possível reunir mais pessoas de uma só vez. Como de costume, na reunião da sexta-feira planejamos as ações da segunda semana de intervenção e também capacitamos os ACS sobre como pesquisar e cadastrar, de forma mais eficiente aos usuários e sobre as orientações e informações que estes profissionais deveriam repassar à população sobre a realização da intervenção e que seriam priorizadas no atendimento quando comparecessem à UBS. Também conversamos sobre a busca ativa dos faltosos e como deveriam acontecer as visitas domiciliares.

Durante a segunda semana de intervenção, numa segunda-feira à tarde, participamos do encontro com os líderes comunitários e os líderes religiosos de quase toda a cidade e tivemos a oportunidade de explicar sobre a intervenção e pedir o apoio de todos para que pudéssemos garantir uma atenção de qualidade a toda nossa população. O coordenador geral, David, ficou muito entusiasmado com a intervenção e se comprometeu a apoiar no que fosse necessário.

Na terceira semana da intervenção recebemos a visita do supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), um médico jovem, mas muito conhecedor do programa e da realidade do interior do país. Conversamos bastante e

relatei algumas dificuldades encontradas naquela localidade, ficou clara a necessidade de realizar intervenções em todas as ações programáticas e em todas as UBS do município para que tenhamos uma saúde de qualidade. Desse modo, ele se comprometeu em levar todas essas dificuldades organizativas e materiais para sua reunião com os gestores estaduais, buscando soluções para resolver coisas muito simples e elementares para uma atenção de qualidade no município.

Na quarta semana da intervenção tudo transcorreu segundo o planejado, porém as atividades comunitárias e as consultas programadas vieram se afetadas pelas chuvas intensas, mas conseguimos cumprir o programa. Nesta semana, também falamos com o prefeito e com o secretário de saúde, todos conheceram as dificuldades e a importância de resolver as mesmas pelo bem da comunidade. Como de costume os gestores prometeram resolver as pendências no menor tempo possível.

Assim, transcorreu o período da intervenção: a cada semana realizávamos cadastros de novos usuários, consultas e acompanhamento mais adequados dos já registrados em nossos arquivos, com atualização de cada caso em particular; reuniões com a equipe para discussão de casos, avaliação das atividades desenvolvidas e monitoramento da intervenção; realização de ações de promoção à saúde, com palestras, encontros, orientações individuais abordando temas como: estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pessoas tabagistas, e sobre metodologias de educação em saúde para oferecer orientações de higiene bucal, vacinação, importância das consultas em dia, e da realização dos exames laboratoriais; entre outros temas de interesse.

Durante a intervenção, alguns atendimentos ficaram prejudicados devido à instabilidade climática, com ocorrência de chuvas muito fortes. Assim, alguns usuários acabavam não comparecendo às consultas, mas, felizmente, com o apoio dos ACS, cada caso era visitado na mesma semana e as consultas agendadas para outro dia, assim não se perdeu o controle planejado. Essa ação de busca rápida foi muito interessante, pois mostrou a eficiência do trabalho da equipe.

Numa reunião com a gestão, discutimos a dificuldade que estávamos enfrentando em relação aos reativos para fazer alguns os exames, incluindo a dificuldade com hemoglicoteste e microfilamento para o exame físico complementar dos usuários diagnosticados com DM, o diretor do hospital participou da reunião e se

comprometeu a criar uma reserva de vagas para garantir alguns exames para os casos mais complexos. Também se comprometeu a resolver o problema da indisponibilidade de alguns exames, no menor tempo possível. A gestão assegurou a entrega de hemogluco teste e microfilamentos.

Além de contar com o apoio incondicional de outros profissionais durante a intervenção, as atividades de educação em saúde promovidas foram muito importantes: a nutricionista, Julia, realizou palestras sobre alimentação saudável; o odontólogo deu orientações sobre saúde bucal; os ACS, a enfermeira e o médico davam orientações semanais sobre diversos temas relacionados com o tema (sobre tópicos já mencionados em parágrafos anteriores).

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Podemos falar, com tranquilidade, que todas as ações planejadas foram desenvolvidas, algumas foram feitas como planejamos, outras, infelizmente, não, mas todas foram realizadas.

Ainda temos algumas pendências que não foram resolvidas pelos gestores municipais e que interferem na qualidade da atenção aos usuários de forma geral; em relação ao público alvo da intervenção, o hospital ainda não está realizando alguns exames como teste de tolerância à glicose, proteinúria 24 horas, existem dificuldades com a realização de eletrocardiogramas e ecocardiogramas, Rx de tórax de qualidade, ultrassonografias. Às vezes os usuários terminam realizando os exames em laboratórios particulares.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No geral, não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, e não encontramos problemas com o fechamento das planilhas de coleta de dados e com o cálculo e compreensão dos indicadores. Entretanto, no início da intervenção a equipe e responsáveis por esta ação encontrou algum percalço em relação a usuários cadastrados apresentando duplicidade e registrados em UBSs vizinhas,

mas conseguimos corrigir esta falha a tempo e não houve nenhum prejuízo para o cálculo dos indicadores.

Infelizmente, na UBS, tínhamos que registrar manualmente todos os dados e informações, pois só existe computador na secretaria de saúde e no hospital. Assim, o preenchimento das planilhas era feito na minha residência, no horário de descanso. Como sempre, apenas fica na promessa dos gestores a garantia da informatização das UBS.

3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao final da intervenção, percebo que ainda temos muito trabalho a ser feito, mas ficamos satisfeito pelos resultados alcançados e temos certeza de que as ações estão sendo bem acolhidas pela equipe e pela população em geral.

As ações previstas no projeto já estão incorporadas à rotina do serviço, mas é preciso que a gestão nos apoie em relação às deficiências que ainda não foram resolvidas. Toda sexta-feira acontece a reunião da equipe de trabalho e, neste momento, aproveitamos para planejar as ações da próxima semana; pelo menos uma vez por semana realizamos palestras para todos os usuários que chegam à UBS; o acolhimento está sendo feito pelos ACS, técnicos de enfermagem e odontólogo, o que vem proporcionando um serviço de mais qualidade, pois, não temos mais usuários desassistidos em relação às suas queixas e dúvidas; contamos com o apoio da igreja da área de abrangência (Prelazia de Lábrea) e das escolas da comunidade, assim, conseguimos estreitar o relacionamento com estas instituições e promover o engajamento público.

Os profissionais conheceram a carta dos direitos dos usuários do SUS e também o manual do funcionamento das Unidades Básicas de saúde, também quais são suas funções de trabalho. Tudo isso nos ajudou a ter uma visão mais geral do que fazemos, como fazemos, para quem fazemos e por que fazemos agora todos têm mais conhecimento da sua missão.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Com o intuito de avaliar todo o processo de trabalho desenvolvido durante as 12 semanas de intervenção, a seguir apresentaremos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, sempre buscando a melhoria do serviço prestado.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 70% pessoas com HAS cadastradas da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde portadores de HAS e DM. No começo do projeto de intervenção, tínhamos um total de 299 usuários hipertensos e 45 diabéticos cadastrados, isso segundo cifras dos registros da própria UBS e a Secretaria de Saúde, atualizados só um porcentagem que não atingia a média.

Assim, nosso primeiro objetivo foi ampliar a cobertura a este grupo de usuários tão vulneráveis.

Podemos afirmar que este indicador foi cumprido, pois, no período de 12 semanas, superamos as estimativas pranteadas ao começo da intervenção que era de atingir 70% dos usuários portadores de HAS e 60 % dos diabéticos. Durante a intervenção percebemos que o número de hipertensos realmente era maior, 411, e 85 usuários diabéticos, deles conseguimos atualizar o 91,5% e 98,8% respectivamente.

No primeiro mês atendemos 135 hipertensos (32,8%%), no segundo chegamos a 256 (62,3%) e no terceiro mês concluímos com 376usuários, equivalentes a 91,5% (Figura 1). Vale salientar que, durante este período de

trabalho, os registros e as bases de dados foram atualizadas ativamente, alguns dos usuários que constavam nos registros haviam-se mudado para outros endereços, incluindo alguns fora da área de abrangência, outros tinham falecido, e muitos, resultaram casos novos, diagnosticados e cadastrados graças à ação. Aconteceu a mesma coisa tanto nos registros dos usuários hipertensos quanto nos registros dos diabéticos.

Ressaltar que ao final da intervenção o número total de usuários diagnosticados com HAS aumento, como era de esperar, de 299 cadastrados inicialmente na UBS, concluímos com 411, não conseguimos atingir o 100 %, mas como descrevemos anteriormente, o 91 % resultaram avaliados integralmente.

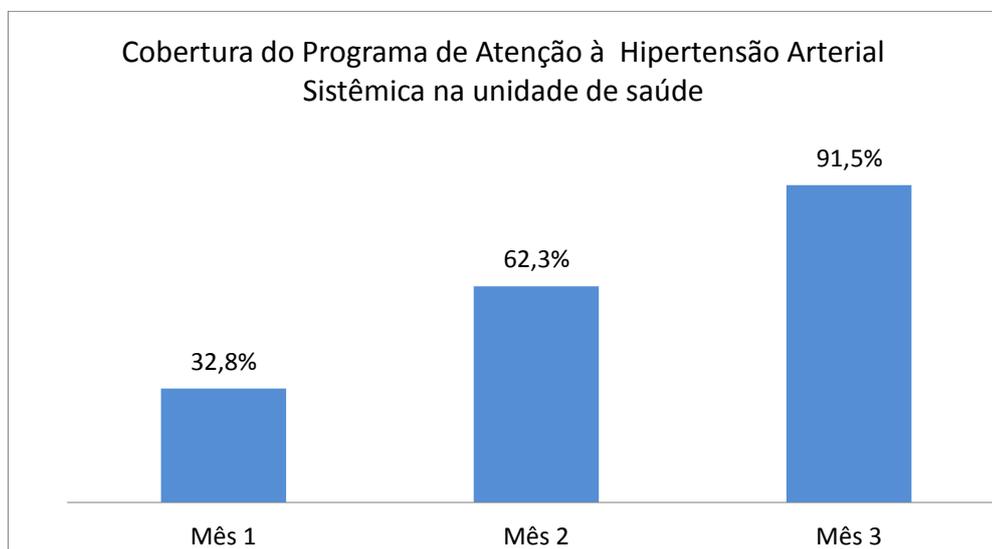


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Meta 1.2 Cadastrar 60% pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção a HAS e DM da unidade de saúde.

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

Referente aos usuários com DM, e como se mostra na gráfica 2, conseguimos atender um total de 85 no final da intervenção, ultrapassando a meta proposta num início que era de conseguir ao menos um 60%.

Como se observa, no primeiro mês foram atendidos 35 usuários diabéticos (41,2%%), no segundo chegamos a 67 (78,8%) e no terceiro mês concluímos com 84usuários, equivalentes a 98,8%; como já sinalamos anteriormente, muito por encima do esperado, porém, ainda temos que trabalhar na busca de novos casos, já que segundo estadísticas e de acordo à população total que abrange nosso UBS, ainda o porcentagem total de usuários com esta doença está por sob a média nacional, acontece a mesma coisa com a HAS.

Ressaltar também que houve um incremento significativo na população diabética cadastrada, pois ao início da intervenção existiam 45 usuários registrados, e na semana 12 da intervenção terminamos com 85 cadastrados, incluindo novos casos, o que reflete o bom trabalho feito por todos, em especial por nossos agentes comunitários de saúde.

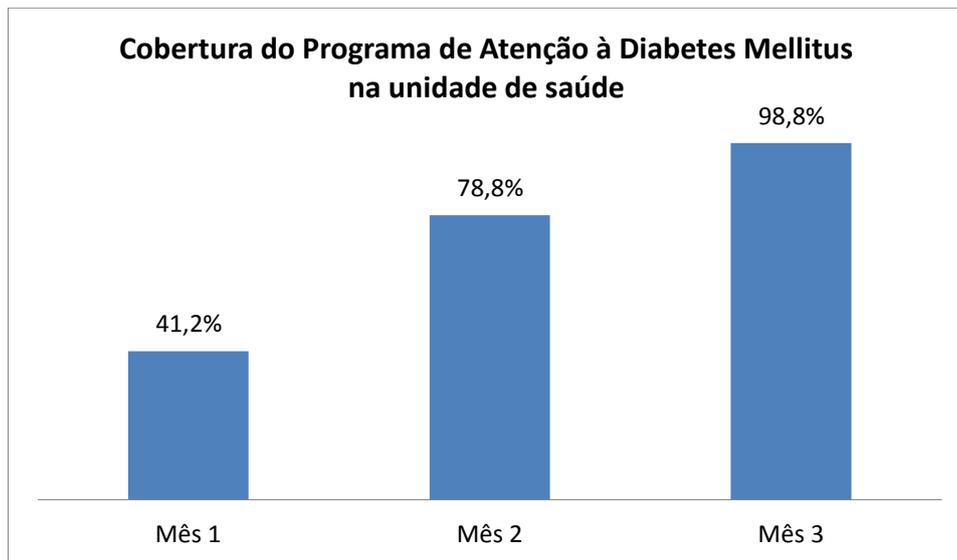


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com HAS e/ou DM

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

Quanto à realização de um exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS, podemos afirmar que conseguimos atingir de forma satisfatória esta meta, alcançando o objetivo proposto na planilha de coleta de dados (PCD) que era atingir o 100 %. Nesse aspecto podemos afirmar com absoluta certeza que as capacitações realizadas ajudaram muito a cada um dos membros da equipe a desenvolver o trabalho. No primeiro mês 135 usuários foram examinados no

segundo 256 e no terceiro 376, deles, como se menciona anteriormente, a totalidade resultou favorecida com um exame clínico apropriado (Figura 3).

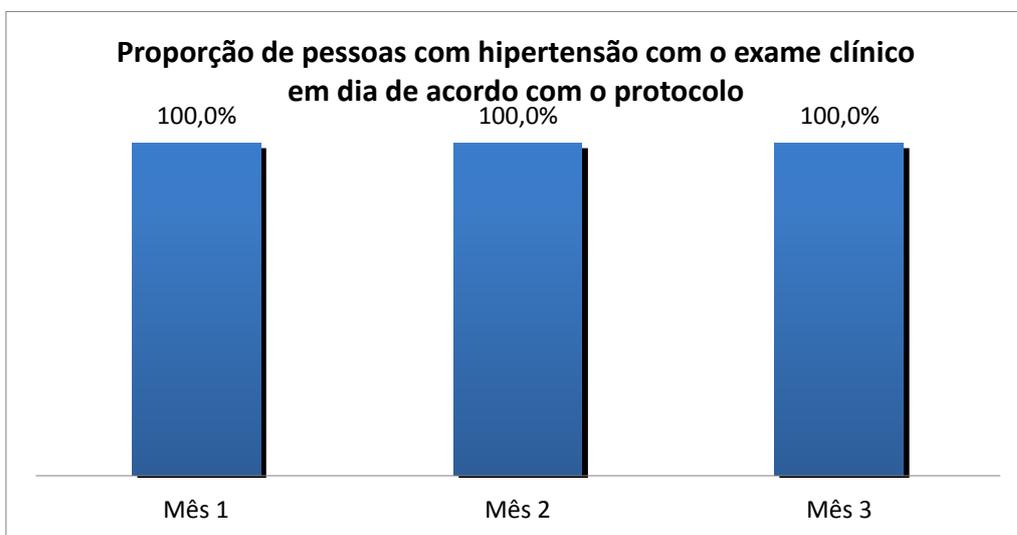


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

Em relação à realização de um exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM, também, conseguimos atingir de forma satisfatória esta meta, alcançando a proposta na PCD que era de um 100 %. Nesse aspecto, igual que aconteceu no caso dos usuários com HAS, as capacitações realizadas ajudaram muito a cada um dos membros da equipe a desenvolver o trabalho, pois a adequada realização deste tipo de exame é uma das mais complexas, e geralmente é o pessoal médico quem termina fazendo, em nosso caso, atendemos vários usuários com complicações já, e que eram encaminhados para a consulta resultante do

trabalho de nossos agentes comunitários de saúde (ACS) o que demonstra o bom trabalho.

No primeiro mês 35 (32,8%) usuários foram examinados no segundo 67 (78,8 %) e no terceiro 84 (98,8 %), deles, como se menciona anteriormente, a totalidade resultou favorecida com um exame clínico apropriado (Figura 4).

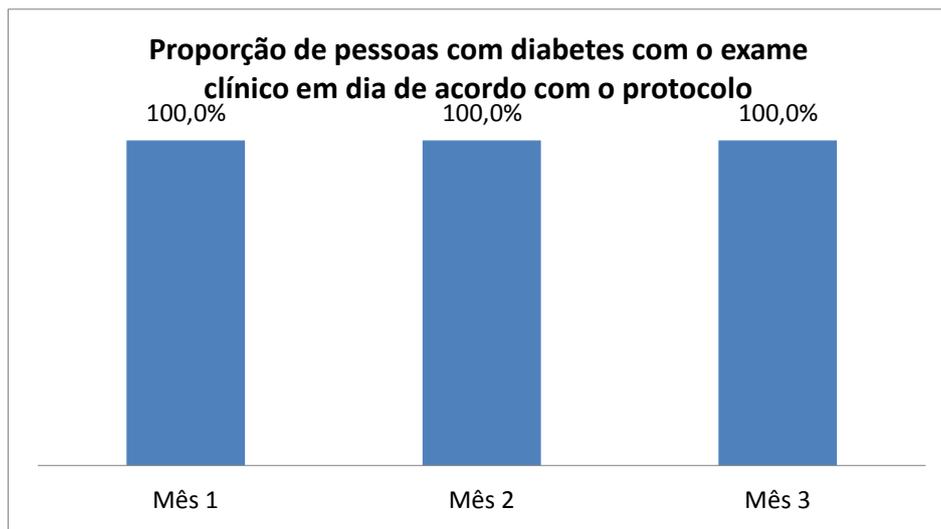


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM.

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

Cada exame clínico realizado, e para que se concluísse como adequado, devia incluir um exame detalhado dos pés, sobretudo, a palpação dos pulsos tibial posterior, pedioso, e medida da sensibilidade.

Em este aspecto tivemos algumas dificuldades relacionadas com a falta de microfilamento durante as primeiras semanas da intervenção, porém, esta deficiência não interferiu em nosso trabalho, procuramos algumas alternativas em equipe que ajudaram a cumprir este parâmetro como foram: fomentar as parcerias com outras UBS vizinhas, usar um microfilamento similar, melhorar a qualidade do exame físico. Ao final, e graças ao trabalho em equipe, conseguimos atingir o 100 % dos usuários e cumprir com esta meta também.

No primeiro mês 35 (32,8%) usuários foram examinados no segundo 67 (78,8 %) e no terceiro 84 (98,8 %), deles, como se menciona anteriormente, a totalidade resultou favorecida com um exame apropriado (Figura 5).

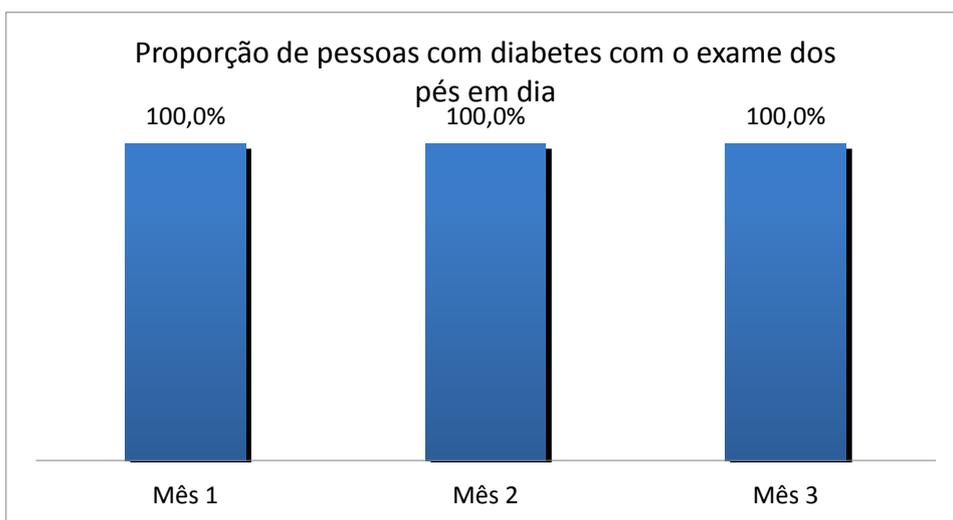


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

A solicitação de exames laboratoriais das pessoas com HAS foi outro dos indicadores onde conseguimos atingir o 100% da meta planejada, ou seja, no primeiro mês 135 usuários foram examinados e receberam a requisição para a realização de exames complementares, no segundo 256 e no terceiro 376 para completar o 100 %. Estes exames eram solicitados pelo médico e às vezes, pela enfermeira, seguindo as recomendações do Manual do Ministério da Saúde.

É importante salientar que alguns dos exames foram realizados em clínicas privadas, pois ainda existem dificuldades para sua realização, tal foi o caso dos usuários que precisaram da realização de proteinúria de 24 horas e ultrassonografia, exames necessários para o acompanhamento adequado (Figura 6).

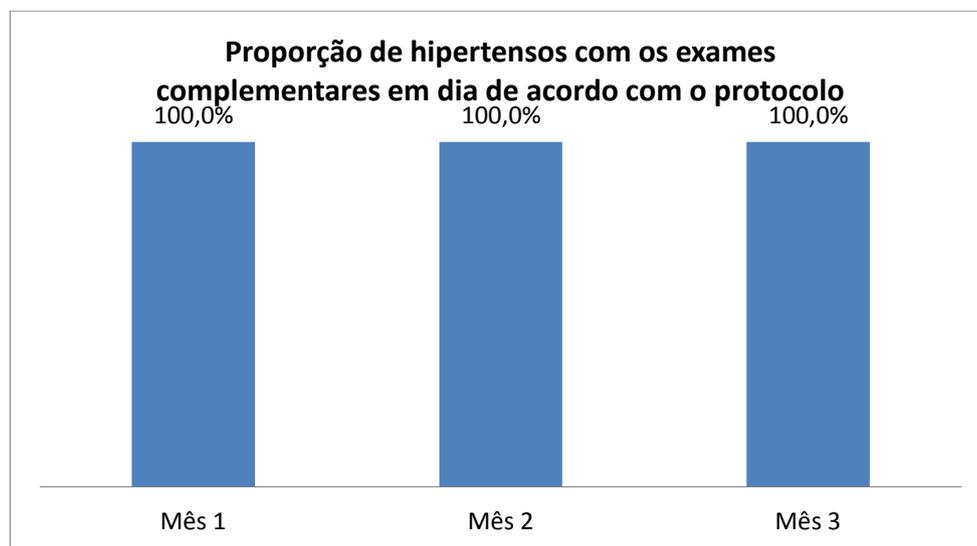


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

Em relação aos usuários diabéticos o comportamento desde item foi similar, conseguimos atingir o 100 % do planejado, no primeiro mês os 35 usuários avaliados tiveram seus exames solicitados (100 %), no segundo os 67 (100 %) e no terceiro os 84 para completar o 100 %.

Em alguns casos foi necessário recorrer a clínicas particulares já que não contamos com alguns dos exames importantes no município, assim foi no caso dos usuários que precisaram de proteinúria de 24 horas, teste de tolerância à glicose e ultrassonografia.

Estes exames eram solicitados pelo médico e às vezes, pela enfermeira, seguindo as recomendações do Manual do Ministério da Saúde (Figura 7).

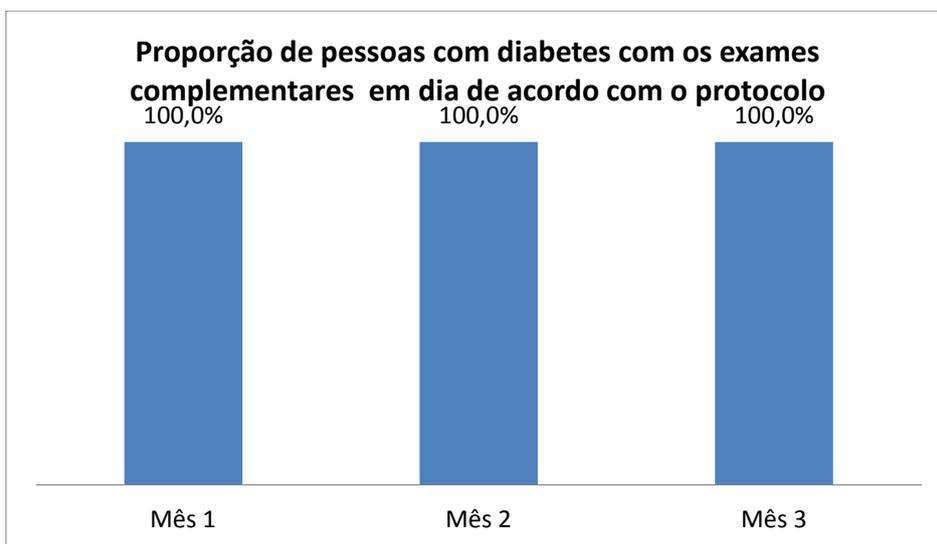


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de diabeticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Neste aspecto não conseguimos atingir a meta proposta, porém, o trabalho de forma geral foi satisfatório, muitos dos usuários hipertensos haviam sido avaliados por outros médicos anteriormente, alguns por cardiologistas, e estavam recebendo tratamento com medicamentos que não são priorizados pelo SUS, alguns de forma justificada, outros nem tanto assim. Durante os meses de intervenção conseguimos melhorar neste item, muitos dos medicamentos foram trocados por fórmulas mais acessíveis e mais acordes à economia do usuário.

Assim, no primeiro mês, do total de usuários avaliados 10 necessitaram tomar outro tipo de remédios não disponíveis na rede de farmácias do SUS, no segundo mês 14, e no terceiro mês 17. A deferência entre o segundo e terceiro mês e menor do que o primeiro e o segundo, e o porcentagem total de pessoas com prescrição de medicamentos da farmácia maior, o que indica uma melhora significativa neste item (Figura 8).

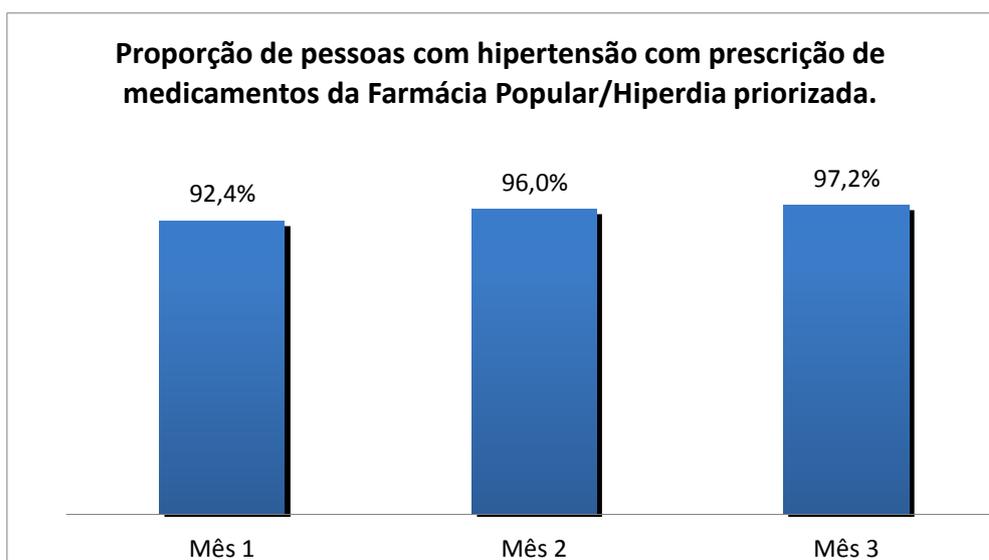


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Com este item aconteceu coisa similar ao observado com os usuários hipertensos, embora não conseguíssemos atingir a meta do 100 % o indicador foi melhorando em cada semana de trabalho, o que representa o trabalho realizado.

Como mostra o gráfico 9, no primeiro mês só um 94 % dos usuários vistos a prescrição de seus medicamentos na farmácia popular Hiperdia, no segundo e terceiro este indicado melhorou, até chegar no último mês a 97,6 %.

Neste sentido devemos dizer que o trabalho desenvolvido por todos foi decisivo, é complexo conseguir que o usuário aceite traçar a medicação depois de um tempo de uso, isso só se consegue com confiança no profissional (Figura 9).

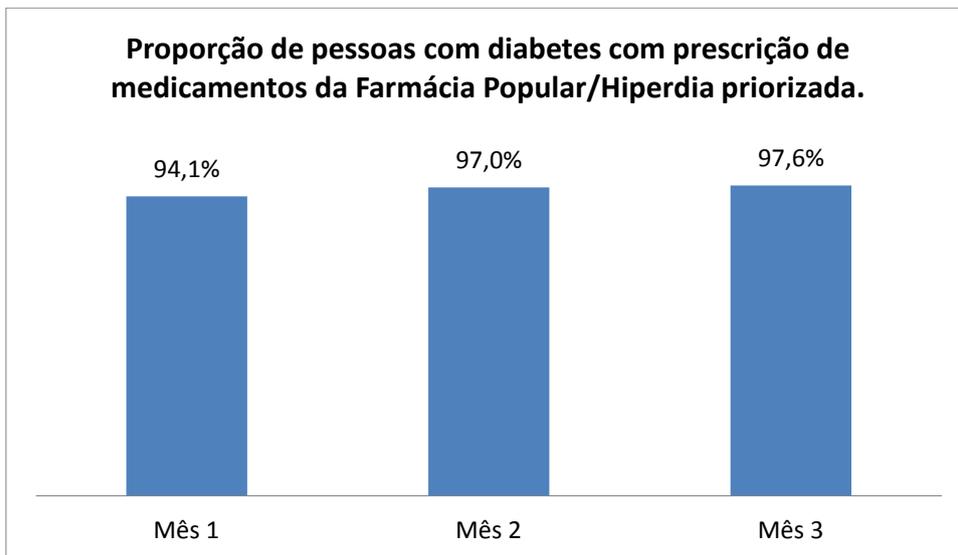


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

O trabalho em equipe foi fundamental para conseguir o sucesso da intervenção, durante estas 12 semanas que durou a ação todos trabalhamos em um objetivo só: demonstrar que trabalhando em equipe se consegue uma melhor atenção ao usuário, e melhorar a qualidade da atenção oferecida. Neste sentido, trabalhar de perto com a parte odontológica foi excelente, conhecemos que ainda existem muitas limitações relacionadas com o instrumental, e devido a isso o número de usuários atendidos diariamente é limitado; mas conseguimos que ao menos o 100 % da população hipertensa e diabética atendida foram avaliadas respeito à

necessidade de receber atendimento odontológico ou não, a grande maioria resolveram seus problemas, outros, depois de ser avaliados, foram agendados para receber o tratamento adequado (Figura 10).

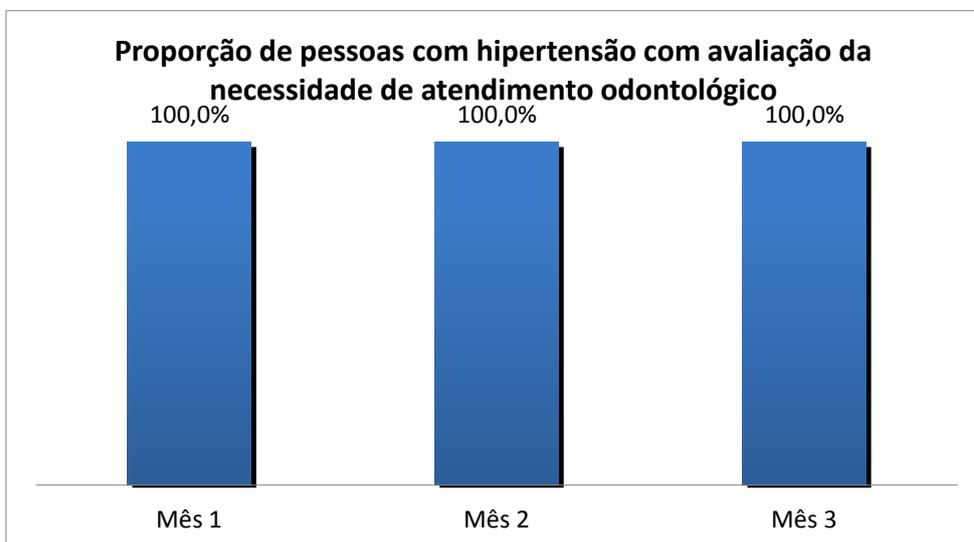


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de pessoas hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Como foi explicado anteriormente, no caso dos usuários diabéticos aconteceu de forma similar, a totalidade deles foram avaliados por nosso odontologista, em muitos dos casos o problema foi resolvido, em outros foi necessário reagendar consulta ou fazer algum tipo de remanejamento.

De forma geral e como se mostra na gráfica, o 100 % dos usuários avaliados receberam atenção diferenciada.

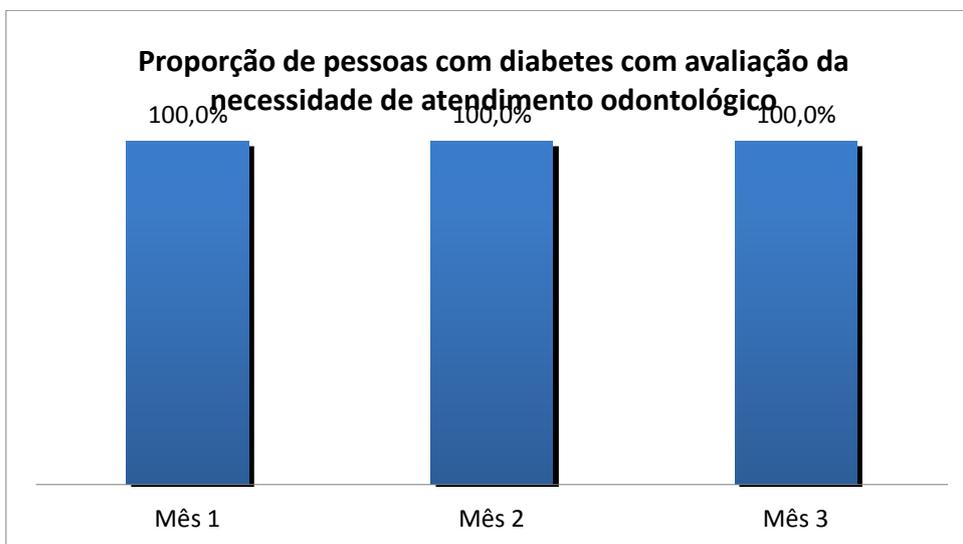


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com HAS e DM

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Em relação às pessoas hipertensas faltosas às consultas também se trabalha muito, sobretudo nossos agentes de saúde comunitários. Nossa geografia é sumamente difícil, ainda mais pelas adversas situações climáticas que são as

responsáveis por muitos agendamentos ausentes, outra questão a ressaltar é a extensa área que abrange nossa UBS.

No caso dos usuários com HAS, durante o primeiro mês 23 deles estavam ausentes a consulta, no segundo 53, e nas últimas semanas 87, na totalidade deles resultaram avaliados graças à ação de todos os membros da equipe, em especial e como sinalizei anteriormente, a nossos agentes de saúde comunitários. Na gráfica a continuação observamos os dados descritos:

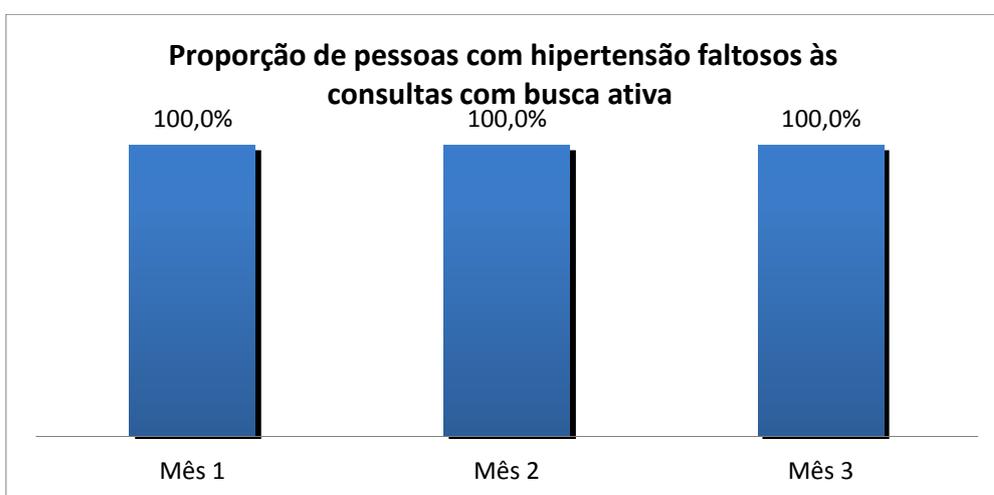


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Com os usuários diabéticos o caso foi similar, embora não conseguimos atingir o 100 %, que era a meta proposta, o trabalho realizado foi excelente, e só existiu um usuário que durante o primeiro mês resultou faltoso as consultas e não foi realizada a busca ativa, devido às condições climáticas e o endereço do usuário que não estava claro na ficha de acompanhamento, este caso em particular foi resolvido, e no segundo mês de trabalho já não tivemos casos similares. Nos meses 2 e 3 a meta do 100 % foi atingida (figura 13).

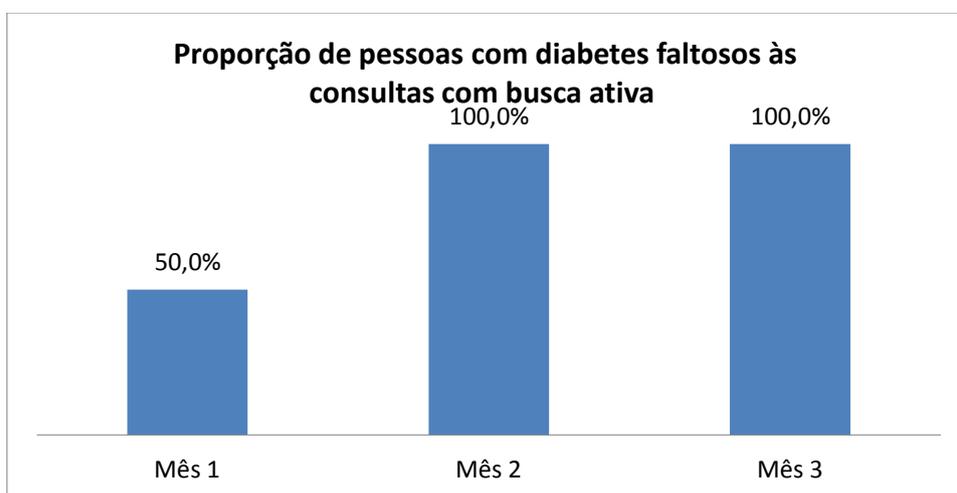


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Em relação aos registros adequados dos usuários com HAS, nos três meses da intervenção foram alcançados 100%. Para cumprir esta meta, inicialmente a equipe teve que ser treinada pelo médico, no intuito de esclarecer sobre o preenchimento das fichas e também sobre a importância de manter os registros atualizados. Assim, o alcance desta meta reflete o compromisso da equipe em realizar de forma adequada as anotações no prontuário, no livro de registros e nas fichas.

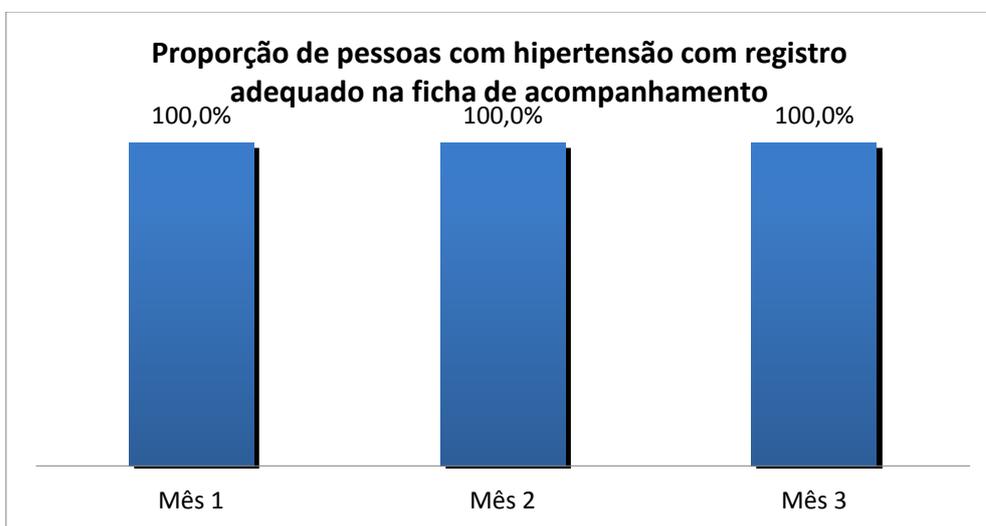


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Igual que aconteceu com os usuários hipertensos, com os diabéticos também a equipe conseguiu atingir o 100 da população cadastrada (figura 16).

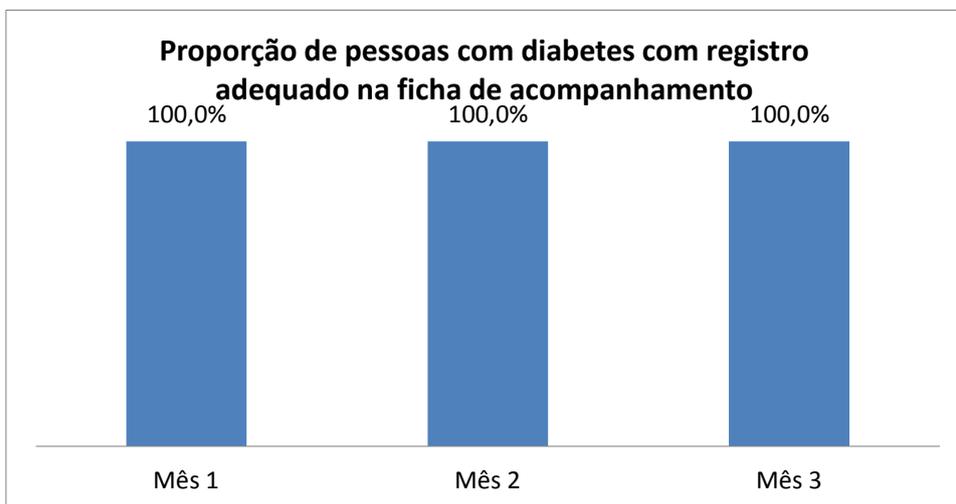


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de pessoas diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Objetivo 5. Mapear as pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular

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

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com HAS e/ou DM com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

Respeito a este objetivo, podemos afirmar que as metas previstas foram cumpridas, e que todos os usuários avaliados ficaram com uma correta estratificação de risco cardiovascular. Aconteceu a mesma coisa tanto para os usuários hipertensos quanto para os diabéticos (figura 17 e 18).

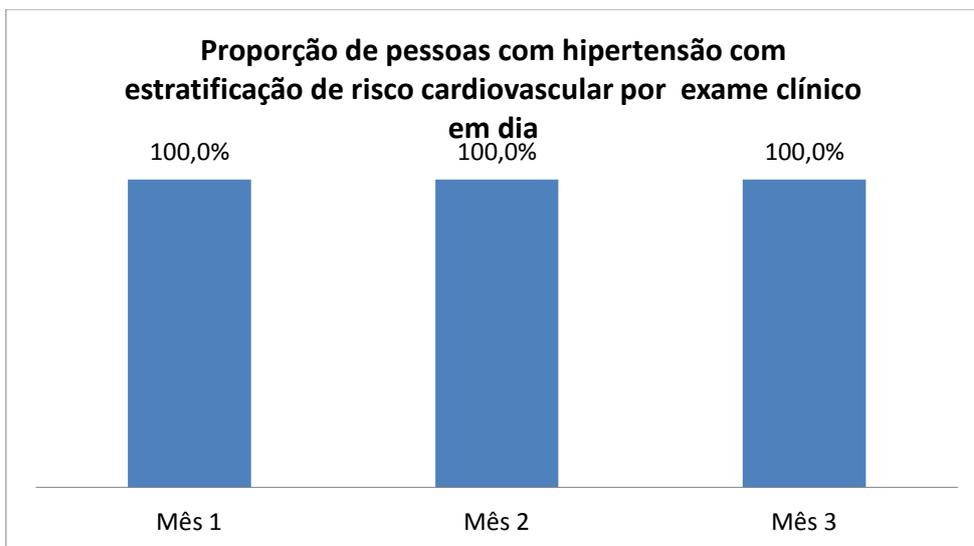


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

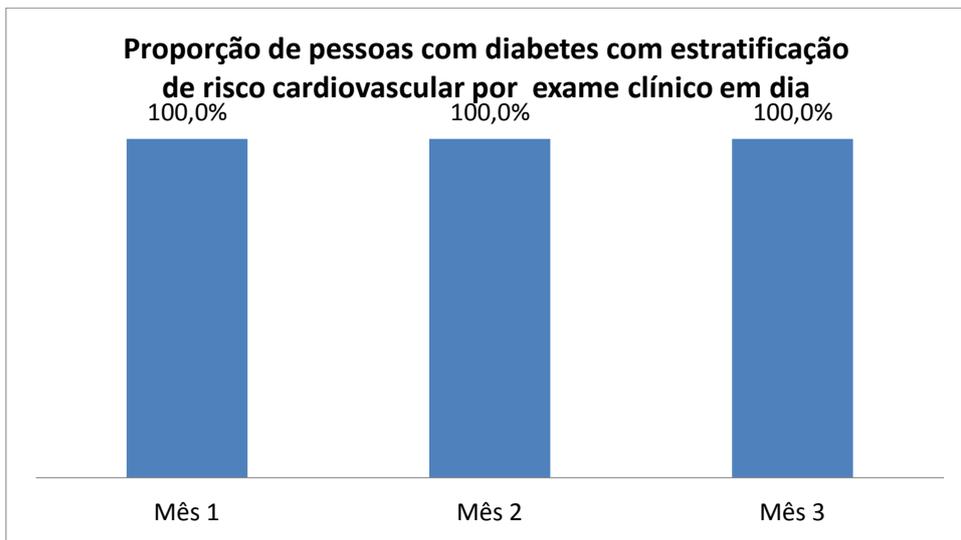


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com HAS e DM

Meta 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS e DM.

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com HAS e/ou DM que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Conseguimos atingir o 100 % das metas propostas para este objetivo, todo graças à ação conjunta de todos e cada um dos membros da equipe.

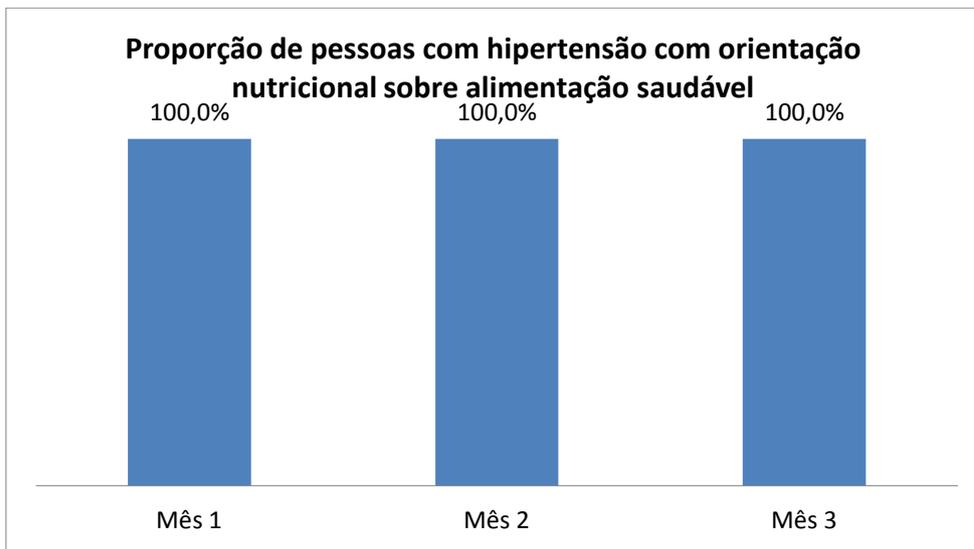


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

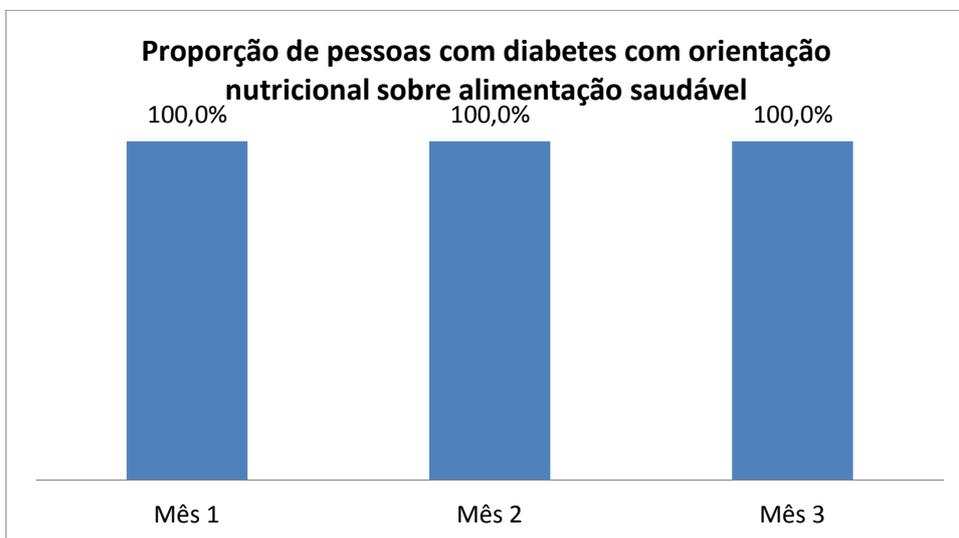


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

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

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com HAS e/ou DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Objetivos alcançados no dia a dia. Conseguimos atingir o 100 % em ambos os itens.

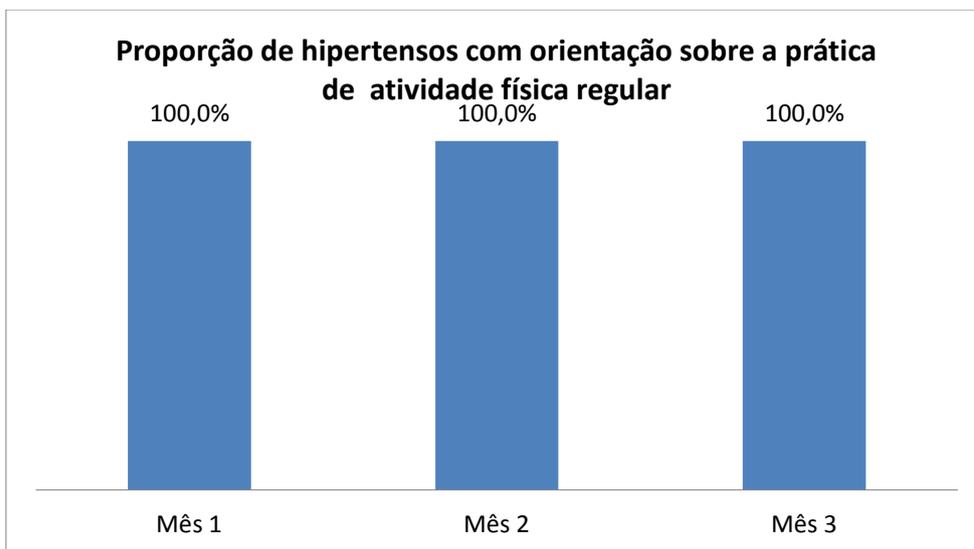


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

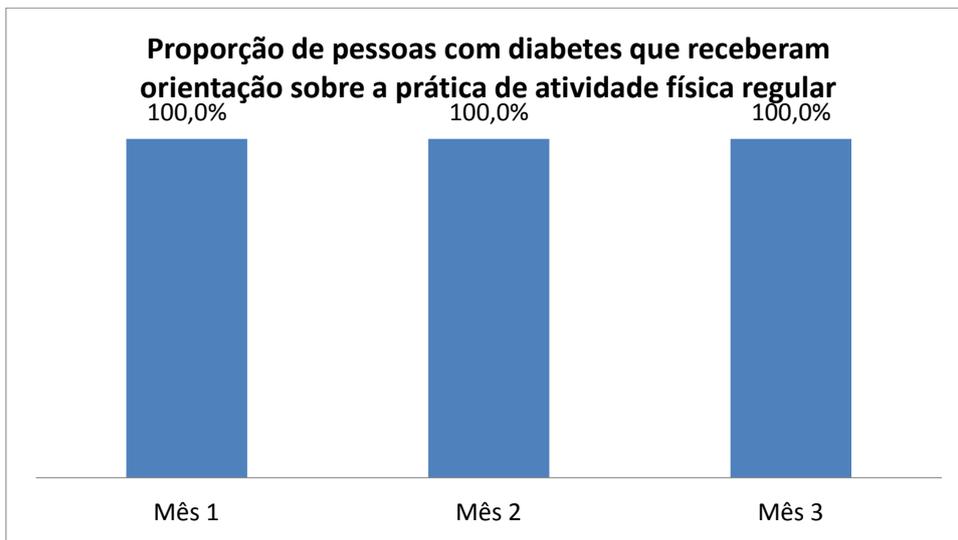


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Meta 6.5 e 6.6. Proporção de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com HAS e/ou DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

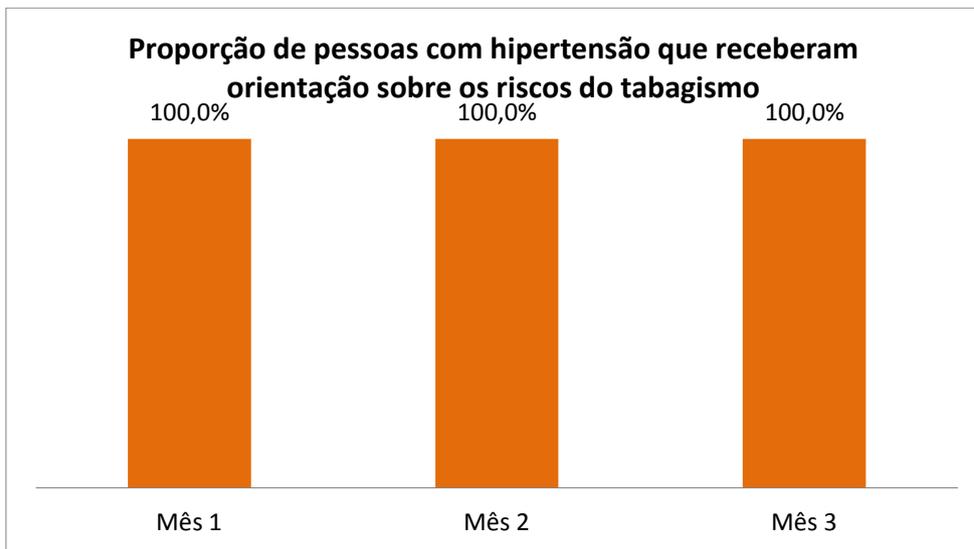


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

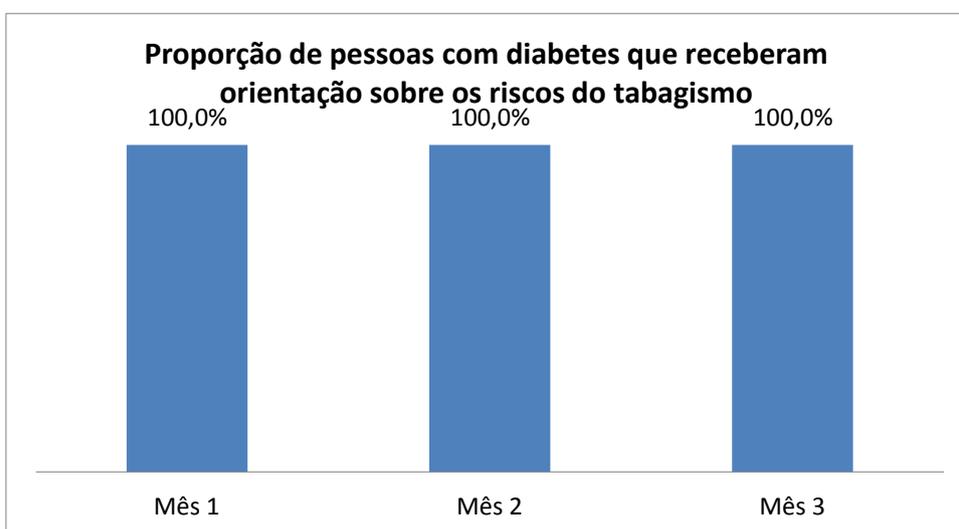


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de diabeticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS e DM.

Indicador:

Numerador: Número de pessoas com HAS e/ou DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

O alcance das metas anteriores, e atual, reporta para a equipe o grau de comprometimento em atuar como verdadeiros promotores de saúde.

As orientações eram repassadas de forma individual, durante as consultas e também de forma coletiva, durante as palestras e reuniões. Também contamos com o apoio da nutricionista que forneceu orientações sobre os hábitos alimentares saudáveis que devem ser seguidos durante o período gestacional, técnica de enfermagem, dentista, técnico de odontologia.

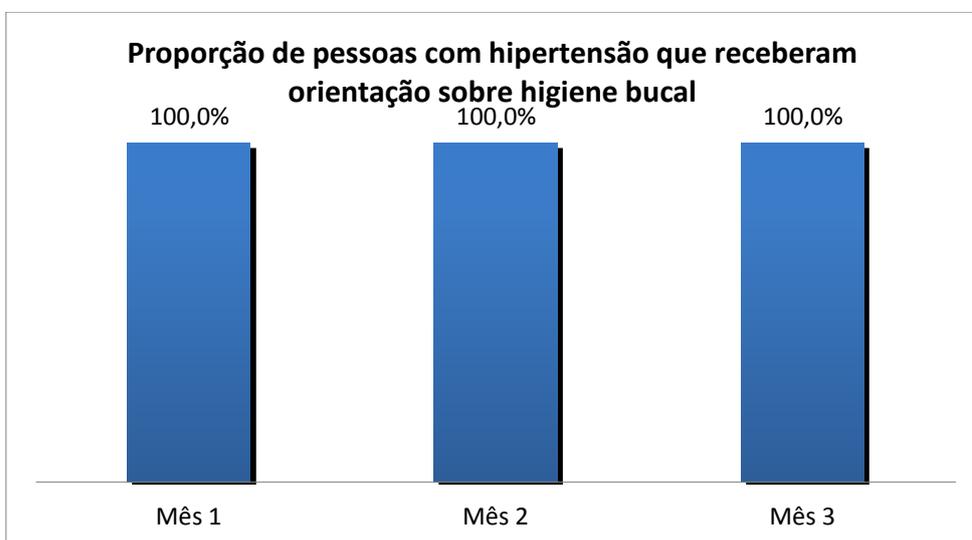


Figura 24: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

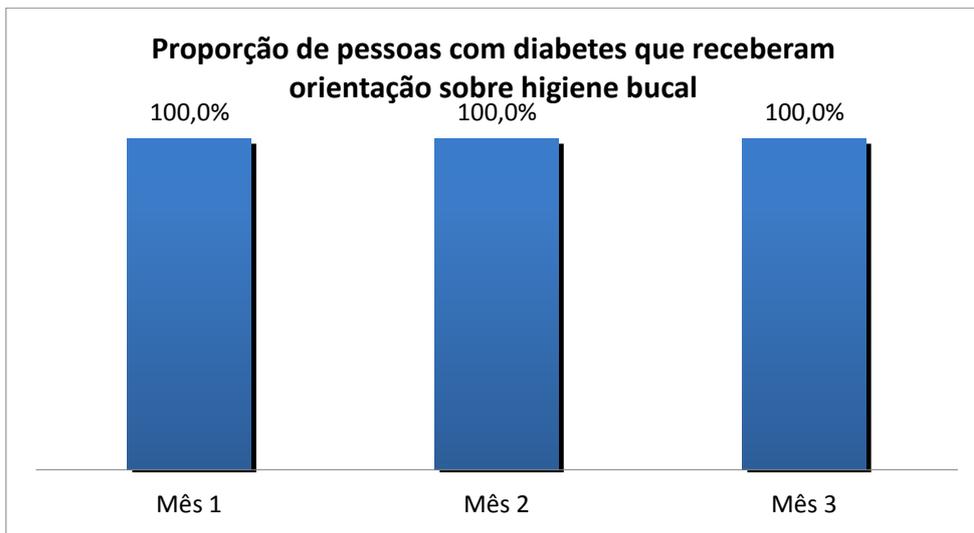


Figura 25: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Edval Ventura dos Santos propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, a melhora dos registros e a qualificação da atenção ofertada com destaque para: o acolhimento, o agendamento de consultas, e a qualidade das consultas em geral. Também aprimoramos as consultas a partir da realização do exame físico completo, com a avaliação do exame dos pés em 100% das pessoas com DM (com palpação dos pulsos tibial posterior, pedioso, e medida da sensibilidade), a solicitação de exames laboratoriais, estratificação do risco cardiovascular para estes usuários (HAS-DM), avaliação e consultas odontológicas, bem como as ações de promoção: orientação nutricional, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo à saúde, e orientação sobre a higiene bucal; sempre levando em consideração as orientações fornecidas pelo MS. Vale salientar que o engajamento público envolvendo a equipe e a comunidade também fez parte da intervenção.

A importância da intervenção para a equipe é que esta exigiu de todos nós um estudo e capacitação para seguir as recomendações dos protocolos elaborados pelo MS. A intervenção promoveu o trabalho integrado do médico, das enfermeiras, das auxiliares de enfermagem, do pessoal de odontologia, da recepcionista, dos ACS, enfim, de todos os funcionários da UBS. Conseguimos rever as atribuições de todos os funcionários da UBS e cada membro teve atribuições específicas: a recepcionista, a cada manhã procurava fazer triagem dos usuários em geral, mantinha o controle dos prontuários dos usuários e das fichas espelho, sempre dando explicações oportunas para todos os usuários; a enfermeira também participava da triagem e ajudava com o acolhimento da população alvo, preenchia as fichas espelho, planejava a reunião da equipe e fazíamos a programação das ações a serem desenvolvidas na próxima semana, tanto em relação à intervenção quanto para os programas da UBS em geral, também fazia busca ativa, ajudava na verificação de sinais vitais, realizava palestras e realizava visitas domiciliares.

As técnicas de enfermagem também participavam do acolhimento, na triagem, nas mensurações e dando explicações oportunas das necessidades de saúde a cada usuário da UBS, também participava na busca ativa e na preparação e realização de palestras na UBS, igrejas e centros laborais da comunidade. O

odontólogo participava da triagem, garantia a primeira consulta odontológica dos usuários, participava na preparação e administração das palestras, preenchia as fichas espelho e agendava o acompanhamento odontológico. A técnica de saúde bucal ajudava no acolhimento, na triagem, participava da administração das palestras para a população em geral e para os usuários da intervenção, ajudava no preenchimento das fichas espelho.

Os ACS, desde o início, fizeram o cadastro e atualizaram o mesmo semana a semana, realizaram visitas domiciliares e buscas ativas, deram apoio a todos os usuários informando a importância do projeto e todo o referente ao programa, participavam das palestras e das reuniões de equipe a cada semana, enfim, realizaram todas as tarefas propostas. O médico planejou, orientou a cada um dos membros da equipe das necessidades para poder desenvolver o projeto, com a enfermeira e apoio de toda a equipe, semana a semana, foram dando forma a todas as ações planejadas, garantindo o compromisso de todos para o sucesso da mesma. Este profissional também realizou atendimentos, monitoramento e avaliação das ações, e visitas.

As ações do projeto geraram impacto também em outras atividades do serviço, pois aumentou o número de atividades educativas (promoção à saúde), e os índices de usuários atendidos com complicações diminuíram, além disso, buscamos garantir uma atenção de excelência.

Antes do projeto de intervenção, as atividades de atenção dos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas na figura do médico e com a intervenção se reviu as atribuições dos membros da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários; houve mais interação, cooperação e comprometimento entre os membros da equipe; se melhorou a qualidade dos registros, proporcionou mais agilidade nas marcações da agenda de consultas, aperfeiçoando a atenção à demanda espontânea e mais agilidade quando se identificava algum usuário com alguma complicação.

A intervenção teve importância para a comunidade se pensamos que a população alvo demonstrou satisfação com a prioridade no atendimento. Os demais usuários da UBS também reconhecerem que a intervenção trouxe impactos positivos, pois houve organização do serviço, assim, o processo de acolhimento e a atenção direcionada estão sendo ofertadas para todas as pessoas que comparecem ao serviço. Entretanto, apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos

usuários que não entendem a importância de manter um acompanhamento adequado, com assistência regular às consultas planejadas e regularidade no tratamento indicado em cada caso em particular, deste modo, é preciso continuar realizando ações de promoção à saúde, com o intuito de atingir este público.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos discutido com a equipe as atividades que estavam sendo desenvolvidas; as capacitações feitas cada semana também foram melhorando, pois em um início não tinham a qualidade do que nas últimas semanas. Acredito também que eu teria conseguido engajar mais pessoas se tivéssemos divulgado mais o projeto, antes do seu início, para os funcionários da UBS, para a comunidade e, principalmente para os gestores. Entendo que faltou maior articulação com a comunidade para explicar os critérios de priorização da atenção destes usuários e discutir a melhor maneira de programar isto sem causar problemas.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço e percebo que a equipe está integrada. Assim, como as ações da intervenção estão sendo continuadas, teremos condições de superar e melhorar o funcionamento da nossa UBS. Estamos realizando o acolhimento de maneira integrada entre vários funcionários, fizemos um trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção em alguns usuários. Como ainda não temos informatização das ações em nosso serviço, continuamos fazendo um controle das estatísticas e fichas espelhos para não perder nenhum dado que prejudique a análise dos indicadores.

Enfim, seguiremos mantendo a parceria firmada com a comunidade e com as igrejas da área; buscaremos mais apoio da gestão para resolver as pendências e garantir a continuidade das melhorias que já foram alcançadas, inclusive, iremos propor para o secretário de saúde que esta intervenção sirva de modelo para as demais UBS. Tendo este projeto como exemplo, também pretendemos organizamos a assistência aos portadores de outras doenças, gestantes, puérperas, e na área de pediatria, por enquanto.

5. Relatório da intervenção para gestores

Ilustríssimo. Sr. Gelciomar de Oliveira Cruz.
Secretário Municipal de Saúde de Lábrea/AM.

No período de novembro a janeiro de 2015, desenvolvemos na Unidade Básica de Saúde Edval Ventura, uma intervenção junto ao programa de atenção a usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Assim, este relatório tem o objetivo trazer ao conhecimento de Vossa Senhoria um resumo das ações desenvolvidas durante o período e dos resultados alcançados pela intervenção, tendo em vista a qualificação da atenção prestada a estes usuários acompanhados por esta equipe de saúde comunitária.

Para a realização da intervenção, inicialmente construímos um projeto propondo objetivos, metas e ações a serem alcançadas no período de 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em apenas 12 semanas, o que não prejudicou o alcance dos objetivos propostos.

Durante a elaboração do projeto de intervenção, tínhamos um total de 299 usuários diagnosticados com HAS e 45 usuários com DM cadastrados em nosso UBS, no entanto, ao final da semana 12, terminamos com 411 hipertensos e 85 diabéticos, entre novos casos e casos recadastrados, o que demonstra a importância e sucesso da intervenção realizada.

Nas doze semanas de intervenção conseguimos avaliar integralmente e com a qualidade requerida 376 dos 411 usuários hipertensos cadastrados, o que representa o 91 %, e 84 dos 85 diabéticos, para um 98.8 %; os números são um reflexo dos resultados obtidos, superando as metas pactuadas em um início.

Em cada um dos usuários avaliados se realizou um exame clínico profundo e de qualidade, além de indicar os exames pertinentes em cada caso, melhoramos a adesão ao programa fazendo busca ativa dos casos ausentes, o tratamento medicamentoso também foi um item a avaliar, pois havia muitos usuários com medicamentos não disponíveis na farmácia de Hiperdia, e sem recursos para adquiri-los. Realizamos uma avaliação do risco cardiovascular no 100 % dos casos vistos, e trabalhamos sobre a base da promoção e prevenção de saúde, brindando orientações sobre a prática de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal adequada, e riscos do hábito de fumar.

Um dos êxitos maiores foi conseguir engajar à comunidade em cada uma das atividades educativas e de saúde planejadas.

Antes da intervenção não havia sistematização no atendimento e acompanhamento deste programa na unidade. Os usuários diabéticos e hipertensos, assim como portadores de outras doenças crônicas, não compareciam à unidade de forma assídua, o atendimento era centrado na consulta médica e a maioria comparecia para garantir a receita para algum medicamento, ou laudo médico para algum tramite, não existia um controle adequado e o número de consultas sempre era muito baixo, com assistência só das mesmas pessoas. Hoje, conseguimos organizar a demanda e os atendimentos são realizados pelo médico, pela enfermeira e odontologista, sendo que os demais membros da equipe realizam o apoio necessário. Como agora realizamos avaliação e monitoramento dos atendimentos realizados, foi possível calcular os nossos indicadores de forma fidedigna e conhecer os pontos que ainda precisam ser melhorados.

A atualização sistemática do cadastro dos usuários, a realização de acolhimento qualificado, o levantamento epidemiológico para a identificação de casos novos na área, a realização de exames laboratoriais e de classificação de risco e as orientações dadas ao público alvo e à comunidade em geral formam um conjunto de atividades cujas práticas se intensificaram na rotina de trabalho da equipe de saúde.

Podemos falar que a equipe está mais integrada e unida, por isso o número de usuários acompanhados durante a intervenção progrediu quantitativamente e qualitativamente e os relatos de cada um dos usuários confirmam a aprovação das ações implementadas e a melhoria dos serviços oferecidos pela UBS.

Reconhecemos que a disponibilização, por parte da gestão, de materiais e insumos viabilizou a obtenção de resultados satisfatórios em muitos indicadores de qualidade, inclusive, gostaríamos de agradecer ao prefeito e ao secretário de saúde pela autorização da impressão das fichas espelho e dos protocolos de Atenção, pois isso nos auxiliou bastante no desenvolvimento das ações da intervenção.

Gostaríamos de solicitar a vossa senhoria o apoio para a resolução de alguns problemas que ainda estão pendentes como a disponibilização de exames laboratoriais como: proteinúria 24 horas, teste de tolerância à glicose, ultrassonografia que até o momento é realizada em instituições privadas, de modo que muitos dos usuários terminam não cumprindo as requisições de exames por

falta de recursos. Gostaríamos também de analisar a possibilidade de informatização da UBS, pois ajudaria no processo de trabalho da equipe; disponibilização de mais um médico para a UBS, visto que somos responsáveis por um total de 5726 usuários e existe apenas um médico na UBS.

Enfim, esperamos contar com o apoio da gestão municipal para continuar desenvolvendo este trabalho na unidade de saúde, pois, sem dúvida, a melhora conseguida irá refletir em bons resultados para a população de Lábrea.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

Dr. Leandro Polanco Rodríguez

6. Relatório da intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade:

Durante os meses de novembro a janeiro de 2015, desenvolvemos nesta Unidade Básica de Saúde Edval Ventura uma intervenção de saúde que atingiu, sobretudo aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, procurando melhorar a qualidade dos atendimentos prestados nesta unidade de saúde. Ao longo desse tempo, a equipe composta por médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, agentes comunitários de saúde, e com a participação e o apoio de todos vocês, conseguimos atender quase 400 usuários com pressão alta, e 84 portadores de DM; ótimos resultados que demonstram que estas ações podem e devem ter continuidade.

Conseguimos organizar melhor os atendimentos e as consultas foram feitas de forma completa pelo médico, enfermeira e dentista. É importante falar que os outros membros da equipe também estão à disposição para ouvi-los e para ajudá-los no que for possível.

Alguns de vocês podem ter ficado chateados com as mudanças que ocorreram nesse período. Porém, com o decorrer das semanas e também com muitas explicações e conversas na UBS, percebemos que começaram a aceitar as mudanças que estavam sendo feitas, e entenderam a importância das ações que estavam acontecendo. De qualquer forma, pedimos desculpas a todos os que possam ter ficado ofendidos, ou incomodados com alguma situação ocorrida durante a implantação dessa nova forma de serviço. Agradecemos aqueles que se mostraram satisfeitos e aceitaram esta mudança nos atendimentos.

Estas transformações nos aproximaram mais a vocês, muitos dos usuários atendidos nos informaram que se sentem melhor, que estão gostando dos atendimentos feitos, relatam sobre a importância da consulta agendada e como gostam das visitas dos Agentes de Saúde Comunitário (ACS) em suas casas com o convite para comparecer à próxima consulta ou recordando a realização dos exames pendentes.

Estamos felizes por todo o trabalho que desempenhamos durante este período, pois conseguimos melhorar a forma de atendimento e trouxemos algumas novidades como: realização de um exame físico mais completo, exame e atendimento odontológico diferenciado, exames laboratoriais, reavaliamos o

tratamento medicamentoso de todos os casos vistos, preenchimento de fichas com informações completas de cada um dos usuários. Com o cadastro atualizado semanalmente, as fichas espelho devidamente preenchidas e atualizadas, os agentes comunitários de saúde agora sabem quais usuários tem controle, quais tem risco e quais estão faltosos às consultas, deste modo, está acontecendo uma contínua comunicação entre a equipe e a comunidade, inclusive houve fortalecimento do engajamento público e, sem todo este envolvimento, a intervenção não teríamos apresentado resultados tão positivos. Devemos o sucesso da intervenção a cada membro da equipe, em especial aqueles que estavam continuamente buscando casos novos e faltosos as consultas, ou casos especiais que precisavam de uma atenção diferenciada, nossos ASC os quais foram chave do sucesso deste projeto. Também agradecemos à nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que nos apoiou em todo momento.

Uma das conquistas de nossa intervenção foi que tivemos poucos usuários faltosos às consultas agendadas, estes casos eram visitados pelos ACS e as consultas eram imediatamente reprogramadas, na maioria dos casos para na mesma semana.

Novamente aproveitamos aqui para expressar toda nossa admiração pelo trabalho que os ACS desempenharam, já que eles visitaram todos os usuários diabéticos e hipertensos em suas casas, e a cada oportunidade orientaram a importância do acompanhamento médico regular, da pratica de exercício físico, de levar uma alimentação saudável, sobre a nocividade e risco de fumar; e até o dia de hoje continuamos com estas mesmas atividades.

Antes da intervenção, estes usuários não compareciam às consultas de forma adequada, não compreendiam a importância de manter um acompanhamento adequado, e menos de um tratamento regular, nesse sentido, as palestras feitas e a ajuda dos líderes informais e religiosos foram importantes para que todos compreendessem que a saúde é uma prioridade, e que seu cuidado pertence a todos, que todos somos responsáveis, não só os membros da equipe e o médico.

Sabemos que o trabalho de intervenção melhorou e vai seguir melhorando a qualidade do atendimento em geral. Peço que cobrem dos gestores, que eles resolvam o problema da falta de exames laboratoriais que são oferecidos pelo SUS, pois não é justo que vocês continuem pagando por exames e ultrassom que hoje por hoje só são feitos em laboratórios e clinicas particulares. Enfim, desejamos que toda

a comunidade continue comprometida conosco, comparecendo às consultas agendadas, e ajudando-nos em pro de oferecer saúde. Saibam que estamos à disposição para atendê-los da melhor forma possível.

Muito obrigado pela oportunidade de trabalhar nesta comunidade, e com todos vocês.

Atentamente:

Dr. Leandro Polanco Rodriguez

7. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O curso de especialização, já pronto a concluir constituiu um desafio para mim, em primeiro lugar porque nunca tinha feito nada similar, não tínhamos experiência alguma sobre como seria realizar um curso a distância, e o medo ao desconhecido existe, do outro lado estava a realidade com a internet, para ninguém é um segredo que a rede na Amazônia não é a mesma coisa que em São Paulo, ou Rio de Janeiro.

A primeira experiência ruim foi para me cadastrar, cheguei a Lábrea, o município onde trabalho, em maio do ano 2014, e não foi até um ano depois que consegui me matricular, a internet não ajudava muito, mas ninguém sabia me explicar com clareza como fazer o cadastro, e isso acho que devia ser mais fácil, tenho amigos que estão trabalhando na saúde indígena aqui no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus, e para eles o curso de especialização é de uma forma diferente, claro que eles ficam na cidade a metade do tempo e lá, nas aldeias, não tem conexão alguma, mas o que me chama a atenção realmente é que para eles existe um encontro presencial, o primeiro, onde recebem toda a informação e explicação detalhada sobre a plataforma e como se deve desenvolver o curso, coisa que para nós não existiu.

É verdade que uma vez cadastrado e sabendo como acessar a plataforma da universidade já não tem mais dificuldade, os orientadores são magníficos e estão muito bem preparados, mas como falei anteriormente, o verdadeiro problema é conseguir chegar, cadastrar-se e familiarizar-se com a plataforma que é onde vai acontecer todo o processo de aprendizagem. Esta, para mim, foi a principal problemática, claro que o acesso à internet ruim, responsável muitas vezes pelo atraso nas tarefas e escassa participação nos fóruns também foi, mas essa questão é mais complexa é difícil de solucionar do que a primeira. Um primeiro encontro presencial ajudaria a minimizar este problema, generalizado para mais de média dos profissionais que participam do programa.

Enquanto a importância da especialização é inegável, a maioria dos médicos cubanos que estamos trabalhando no projeto já tem uma especialização em família, e pensávamos que não necessitávamos nenhum outro curso parecido, mas estávamos errados, e hoje percebo, como a grande maioria dos meus colegas, que

o curso era de suma importância para conseguirmos um maior rendimento na produtividade e praticar a melhor atenção aos usuários do SUS, a qualidade e organização que nossa equipe tem hoje não se compara com a que se tinha antes de iniciado o projeto, cada um de seus integrantes estão mais preparados e centrados nas suas tarefas, em suas verdadeiras atribuições dentro da equipe.

O curso me proporcionou também um enorme aprendizado do sistema de saúde brasileiro, dos programas de saúde, dos protocolos elaborados pelo MS, além disso, aprendi a desenvolver as ações de saúde como realmente devem ser feitas. Aprendi, ainda, que muitas vezes, infelizmente, a teoria fica muito distante da prática e que devo aproveitar a estrutura que o ambiente de trabalho me fornece e a experiência dos trabalhadores mais antigos.

Hoje já não tenho a menor dúvida sobre a importância do curso, tanto para mim, quanto para os demais médicos que também estão fazendo parte desta especialização, porque a cada unidade de ensino todos nós aprimoramos nossos conhecimentos com a realização dos casos interativos, dos testes de qualificação cognitiva e com a participação nos fóruns. Tudo isso me fez estudar muito e, de forma muito inteligente, foi possível conhecer as minhas necessidades de aprendizagem e depois estudos dos mesmos temas, no qual achei muito bem planejado pelos organizadores do curso.

Agradeço muito pelo aprendizado neste tempo de estudo, graças a ele tive a oportunidade de melhorar como profissional da saúde e como líder de equipe; agora, sem dúvida alguma, estamos melhor preparados para assistir as necessidades das pessoas que nos procuram, e elevar a qualidade na saúde da população da nossa área de abrangência.

Muito abrigado!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 37. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 36. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Am. J. Hypertens.*, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=130240&search=amazonas|labrea|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 07 out. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011.

Anexos

ANEXO A: Ficha espelho para coleta de informações



Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/_____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

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



Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

FICHA ESPELHO

CONSULTA CLÍNICA												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo/Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

ANEXO B: Planilha de coleta de dados

dados para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos ?
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
	42										
	43										
	44										
	45										
	46										
	47										
	48										
	49										
	50										
	51										
	52										
	53										
	54										
	55										
	56										
	57										

dados para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos ?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	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
	42										
	43										
	44										
	45										
	46										
	47										
	48										
	49										
	50										
	51										
	52										
	53										
	54										
	55										
	56										
	57										

Anexo C: Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL