

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS
Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM**

Leonardo Arbolaez Mederos

Pelotas, 2015

Leonardo Arbolaéz Mederos

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS
Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM**

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

Orientadora: Niviane Genz

Co-orientadora: Patrícia Germânia da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M488m Mederos, Leonardo Arbolaez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM / Leonardo Arbolaez Mederos; Niviane Genz, orientador(a); Patrícia Germânia da Silva, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Genz, Niviane, orient. II. Silva, Patrícia Germânia da, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Todo projeto tem motivações que inspiram fazer realidades aqueles sonhos que temos na vida. Assim, este trabalho é para minha mãe que tem dedicado tantos anos da sua vida a mim e tudo o que eu faço é para você se sentir orgulhosa de mim.

Agradecimentos

À minha mãe, obrigada pelas noites de desvelo e preocupação ainda distantes, para eu conseguir ser um homem de bem e é por você que eu estou aqui.

Ao Governo Brasileiro pela criação do Programa Mais Médicos para o Brasil.

À Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de formar parte de seus estudantes.

Às minhas orientadoras, Patrícia Germânia da Silva e Niviane Genz bem como ao apoio pedagógico José Adailton Silva, por me ajudar em todo momento, pela paciência e por me mostrar seu alto grau de profissionalismo. Obrigado professores.

Aos meus amigos e colegas por toda a ajuda e apoio psicológico e profissional.

Às equipes da Unidade Básica de Saúde Selestino Andrés de Souza de Caapiranga/AM, que ofereceram seu apoio durante a realização desta intervenção. Obrigada a vocês.

E, a todos os participantes da intervenção, pois sem vocês nada teria sido possível.

Resumo

MEDEROS, Leonardo Arbolaez. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM.** 2015. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus constituem-se em um dos problemas mais graves de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro. Estas doenças, por serem os principais fatores de riscos responsáveis pelas doenças cardiovasculares, necessitam de apoio assistencial amplo e efetivo e uma pesquisa epidemiológica que identifique, com maior segurança e fidelidade, sua incidência e prevalência, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência e uma adequada atenção à saúde dos portadores das mesmas. O presente estudo teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na Unidade Selestino Andrés de Souza de Caapiranga - Amazônia. Para a execução da intervenção em saúde foram planejadas ações de cobertura, qualidade, adesão, registros e promoção da saúde abordando quatro eixos temáticos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Uma planilha eletrônica elaborada no Excel foi utilizada para coleta de dados e descrição dos resultados através de indicadores durante as 12 semanas em que foi executada a intervenção. Os resultados obtidos de forma geral foram: aumento do indicador de cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes para 22,2% (172) e para 27,7% (53), respectivamente. Um total de 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas neste período realizaram o exame clínico apropriado e receberam solicitação para realização dos exames complementares, mantendo-os em dia de acordo com o protocolo. Foi também priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e foi efetuado registro adequado na ficha de acompanhamento bem como realizada a 100% a estratificação do risco cardiovascular. Ainda, foram ofertadas orientações sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Assim, com a realização da intervenção conclui-se que houve uma melhoria no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes representado pela prevenção e promoção à saúde, diagnóstico precoce e diminuição das complicações causadas pelas doenças bem como início do tratamento adequado para aquelas pessoas que dele necessitavam qualificando à saúde deste grupo alvo.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; HAS; DM mellitus.

Lista de Figuras

- Figura 1 Quadro dos dados do Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS, 2015. 16
- Figura 2 Gráfico da cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão na UBS Selestino Andrés de Souza, no município de Caapiranga, AM, 2015. 73
- Figura 3 Gráfico da cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes na UBS Selestino Andrés de Souza, no município de Caapiranga, AM, 2015. 73
- Figura 4 Quadro demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Selestino Andrés de Sousa de Caapiranga/AM anterior e após a intervenção realizada na unidade de abril a agosto de 2015. 85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	DM Mellitus
DML	Depósito de Material para Limpeza
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	HAS Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM	Quilômetros
mmHg	Milímetros de Mercúrio
MMII	Membros Inferiores
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	32
2 Análise Estratégica.....	34
2.1 Justificativa.....	34
2.2 Objetivos e metas	36
2.2.1 Objetivo geral	36
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	36
2.3 Metodologia.....	38
2.3.1 Detalhamento das ações.....	38
2.3.2 Indicadores.....	53
2.3.3 Logística.....	60
2.3.4 Cronograma	64
3 Relatório da Intervenção	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4 Avaliação da intervenção	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão.....	80
5 Relatório da intervenção para gestores.....	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	91
Referências	93
Apêndices.....	94
Anexos	97

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O trabalho foi constituído por uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM mellitus na UBS Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 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 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 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 4. Na quinta, na sexta e na sétima parte refere-se aos relatórios da intervenção para os gestores, para a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção, respectivamente.

Finalizando o volume, estão as referências, os apêndices e os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Selestino André de Souza, no município de Caapiranga/AM na qual atuo, é composta por 1 sala de recepção, 1 sala de triagem, 1 sala de curativos, 1 sala de esterilização, 1 sala de direção, 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório de odontologia, 1 consultório de fisioterapia, 1 sala de vacina, 1 sala de farmácia, 1 sala para depósito de materiais para limpeza (DML), 1 cozinha, 1 banheiro, 2 corredores internos, que servem de sala de espera.

Possui 3 equipes de saúde e é adequada ao tamanho da população de sua área de abrangência, já que atende um total de 5.087 pessoas, o que corresponde aos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Minha equipe atende uma população de 1.501 pessoas e é formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 técnico de enfermagem, 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de receber o apoio de 1 odontólogo, 1 fisioterapeuta e 1 nutricionista.

Dentre o total da população atendida pelas três equipes de saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde (UBS) temos 755 pessoas com HAS com 20 anos ou mais e o número de pessoas com DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade é de 201 pessoas. É possível perceber que a maioria dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes apenas comparece às consultas para renovação da receita e aquisição dos medicamentos. São disponibilizadas na UBS consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, além de realizarmos atividades de grupo nas quais orientamos sobre: os hábitos alimentares saudáveis e a importância da atividade física regular; os malefícios do consumo excessivo do álcool e do tabagismo;

explicamos como reconhecer sinais de descontrole ou complicações destas patologias.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Caapiranga forma parte dos 62 Municípios do Estado Amazonas, encontra-se na mesorregião de Coari, região Centro Amazonense, quatro são os Municípios limítrofes: Novo Airão, Codajás, Beruri e Anuri. A distância que separa Caapiranga da Capital do Amazonas, Manaus, é de 133 km.

O Curso histórico do município de Caapiranga se prende ao de Manacapuru. Em 15 de fevereiro de 1786 foi fundada, com o nome de Manacapuru, uma aldeia no local onde havia uma comunidade de índios Muras. Com o seu desenvolvimento, Manacapuru é desmembrado de Manaus em 27 de setembro de 1894 e passa a constituir município autônomo. Em 1939, Manacapuru perde grande parte de seu território para Manaus, ficando sua estrutura administrativa composta por três distritos: Manacapuru (sede), Beruri e Caapiranga. Em 10 de dezembro de 1981 pela emenda Constitucional n.º 12, o Distrito de Caapiranga é desmembrado de Manacapuru, fato que foi publicado no Diário Oficial do Estado somente no dia 28 de dezembro do mesmo ano. Acrescido de território adjacente, até então pertencente à Anuri, passa a constituir o novo Município, Caapiranga. O nome Caapiranga é de origem Tupi e significa: caa = folha, piranga = vermelha, colorida ou ensangüentada, ou seja, caapiranga significa folha vermelha. Esta planta foi usada pelos índios como pintura para seus festejos e o município recebeu esse nome devido à grande quantidade encontrada dessa planta no local de surgimento da cidade. Muitos de seus atrativos naturais são conhecidos nacionalmente, assim como suas festas populares feitas no mês de setembro conhecidas como Festival do Cará, que estão entre as mais visitadas por turistas na Amazônia.

A análise da situação de saúde é definida como resultado das ações dos diferentes fatores sociais na identificação e solução dos problemas da saúde, e que seu objetivo geral seja analisar prévia caracterização da situação de saúde da população em um contexto, em seu cenário e tempo concreto, com vistas à identificação e vulnerabilidade dos principais problemas de saúde, desde um enfoque epidemiológico - estratégico. A elaboração da Análise da Situação de

Saúde em cada Unidade Básica de Saúde com seus representantes em cada esfera de trabalho e a população constituem o elemento fundamental para o planejamento estratégico nesse nível e estabelece as prioridades, pois dispõe dos recursos locais em função deles.

A população do município é de 10.562 habitantes com um número muito similar de homens e mulheres, atendidos em um total de três Unidades Básicas de Saúde, das quais uma encontra-se na zona urbana trabalhando com ESF e duas na zona rural, todas com mais de uma equipe de saúde. No município contamos com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que trabalha na área urbana. Não dispomos de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem outras especialidades como angiologia, dermatologia, oftalmologia, pediatria, se necessitar de alguma dessas especialidades tem que levar o encaminhamento para marcação de consultas no hospital da cidade para ser feita na capital do estado Manaus ou no município vizinho de Manacapuru, sendo a marcação das consultas por conta própria do usuário e demora muito tempo para ser feita, quase sempre quando o usuário já decide fazer de forma particular ou desloca-se a Manaus, capital do estado.

Referente à atenção especializada a média de atendimento demora cerca de três meses e especialidades como oftalmologia e dermatologia, por exemplo, demora mais de três meses. Outras especialidades têm um atendimento mais rápido e de melhor qualidade como urologia, ortopedia, neurologia, reumatologia, ginecobstetrícia, cirurgia geral, otorrinolaringologia. Com relação aos exames complementares temos um laboratório central no Hospital do município que realiza atendimento de segunda a sexta-feira e de urgência aos finais de semana. São realizados exames de hematologia geral, química sanguínea, parasitologia, urina, mas não são realizadas culturas de amostras por esse laboratório. Exame de radiologia e ultrassonografia são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no hospital, outros como colonoscopia ou endoscopia demora também em média 6 meses. Com o serviço de ambulância não temos problemas. Neste momento temos uma ambulância nova. Contamos com o serviço do Hospital Municipal que é uma Unidade Mista de Saúde, equipado para serviços de pronto atendimento, internação e partos.

Minha unidade se chama Selestino André de Souza, está formada por três equipes de saúde e é adequada ao tamanho da população em sua área de abrangência, já que atende um total de 5.087 pessoas, que corresponde aos limites estabelecidos pela plataforma programática e está localizada na Avenida Couto Vale, Bairro Centro, do Município Caapiranga, estado Amazonas. Seu nome corresponde a homenagem feita a um excelente colaborador da saúde nessa cidade que também realizou um trabalho educativo e deu toda ajuda pela saúde da população da cidade. Ela foi reinaugurada no dia 18 de setembro de 2004, junto com a Secretaria de Saúde do Município já que está localizada ao lado da Unidade de Saúde.

Conta com uma estrutura velha e necessitada de reparação geral pelo que está inclusa no programa de reestruturação do Município. Está vinculada ao SUS e não está vinculada às instituições de ensino. Trabalha com o modelo de ESF. Sua estrutura é composta de uma sala de recepção, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma sala de direção, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, um consultório de odontologia, um consultório de fisioterapia, uma sala de vacina, uma sala de farmácia, uma sala de DML, uma cozinha, um banheiro, dois corredores internos, que servem de sala de espera. Os espaços da Unidade de Saúde são pequenos e não temos sala de nebulização. Sempre é mantida limpa, organizada e muito bonita. É uma unidade de referência do programa de Saúde da Mulher no Município. Além disso, compartilhamos a equipe de saúde bucal.

A unidade está precisando de reparações devido a problemas na construção, como elétricos, de instalações hidráulicas, pintura e outras deficiências, que já começaram a surgir. Além disso, trabalhamos todos os dias em função de melhorar o estado de saúde da população e, sobretudo, o nível de satisfação da mesma. Não contempla todas as normas exigidas pelo Ministério da Saúde e a UBS não possui computador e nem internet e os prontuários ainda são de papel.

A sala de curativos também funciona como sala de nebulização, confecção de material de curativos e sala de procedimentos, pelo que os usuários têm dificuldade devido a todas estas atividades serem feitas no mesmo local. Todas essas situações complicam o atendimento no dia a dia, às vezes, nossos

usuários ficam cansados e desanimados em função da demora e/ou do pouco espaço, mas não é possível resolver no momento.

Nossa Unidade Básica de Saúde não é adequada para o acesso de idosos e portadores de deficiências, apesar de ser uma UBS antiga remodelada que não cumpre com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sobretudo por espaços muito reduzidos e sala de espera inadequada, apertada, banheiro muito pequeno, dificultando assim o acesso aos serviços de saúde desta população que geralmente é atendida no domicílio.

Hoje a intervenção institucional no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura das UBS é imprescindível. De outra forma não poderemos conseguir que a atenção primária cumpra uma de suas funções que é ser resolutive, identificando as necessidades e demandas de saúde assim como os riscos. Com o engajamento, as ferramentas para identificar estes elementos podem também escolher, planejar as ações, executar e avaliar. Este é um aspecto em que temos que trabalhar com muita força, com ações integrais encaminhadas aos indivíduos, as famílias e a toda comunidade. Sem deixar de fora as necessidades estruturais, construtivas e de mantimento que também são muito importantes.

A capacidade de organização dos municípios é imprescindível para a continuação do avanço nos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) e para que as Equipes de saúde da família disponham de instalações adequadas, de profissionais qualificados e em número suficiente. Deve, também, garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita.

A ESF consolida-se cada vez mais como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde, incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando-se a partir de uma Unidade Básica de Saúde da família com um território de abrangência definido e uma equipe multiprofissional constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS.

A atenção básica caracteriza-se como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de

saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A responsabilidade do município com atenção básica cresce progressivamente, na medida em que adquire condições para ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações e atividades.

Em primeiro lugar está relacionado às atribuições dos profissionais com aspectos que desconhecíamos até agora. A participação no mapeamento e a territorialização, aspecto este que nosso município tem problemas, assim como o gerenciamento de insumo para o funcionamento da UBS. Outro aspecto que considero importante é o tema de fortalecimento do controle social e a participação da equipe na busca de condições e recursos para ações intersetoriais. Considero que o tema de educação permanente deve ser não só para as ações da atenção, mas também para o assunto gestão, que é um tema que afeta grandemente este município. Uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica é a definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes, os profissionais que ali trabalham, participam no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, dentro das principais atribuições desenvolvidas pelos profissionais de minha UBS, no processo de territorialização e o mapeamento da área de atuação da equipe, estão: a identificação de grupos de riscos, identificação de famílias expostas a riscos, identificação de indivíduos de risco, identificação de grupos de agravos (HAS Arterial Sistêmica, DM Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). Neste processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe participam os seguintes profissionais: médico, enfermeira, trabalhador social, técnicos de enfermagem e ACS.

Outras características desse processo de trabalho é realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências, neste aspecto temos certa dificuldade, se levarmos em conta que nossa UBS, não tem uma sala para fazer esse processo de acolhimento com escuta qualificada, pois este trabalho é feito pelo técnico de enfermagem, o qual desenvolve outras funções, desde receber o usuário, verificar

pressão arterial, buscar prontuário, quando se reúnem vários usuários, a qualidade desde processo de acolhimento é afetado.

Em nossa UBS, são realizadas pequenas cirurgias e procedimentos, mas somente contamos com um kit para este tipo de procedimento, isto constitui uma deficiência e uma dificuldade, pois são muitos os usuários que nós temos que encaminhar para o hospital para fazer esse procedimento, quando realmente eles poderiam ser feitos em nossa UBS. Realizamos atendimentos de urgências e emergências, mas infelizmente apenas de forma básica devido a falta de medicamentos injetáveis utilizados em urgência, por exemplo, somente temos disponibilidade de dipirona para a febre, não temos medicamentos para êmese (vômitos), não temos analgésicos, também não temos antiinflamatórios injetáveis, e tudo isso afeta a qualidade da atenção. Nosso município tem protocolo que normatiza as ações dos profissionais inseridos nas Unidades de Saúde, no nível primário e secundário.

Acredito ser muito importante o desenvolvimento de ações relacionadas com o fortalecimento do controle social, já que nossa UBS tem conselho de saúde em formação, os profissionais da ESF realizam atividades que promovam a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, é muito importante para o bom desenvolvimento da ESF, na UBS e para a comunidade, já que juntos é possível realizar atividades de promoção, prevenção de doenças e promover mudanças na saúde da população da área de abrangência.

Temos muito que fazer para garantir a saúde da população, e nos empenhamos em nossas funções, pois além de cada membro da equipe conhecer suas funções as mesmas não são cumpridas em nossa realidade, pode ser devido a não existência de uma metodologia de trabalho estabelecida pelo que foi mudando sua metodologia de trabalho ou desmotivando-se. Na ESF em que trabalho temos que incentivar as estratégias de continuidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A questão do controle social se resume ao conselho municipal de saúde que muitas vezes não são iguais para todos e nesse ponto seria interessante, pois a comunidade poderia ajudar a cobrar melhorias, mas aí vem minha dúvida, como incentivar a comunidade sem entrar no âmbito da política, isto é, sem que

esse incentivo pareça prática de oposição política ao município por exemplo. A política de educação permanente está prevista. Os ACS têm deficiências em zonas geográficas adstritas, não tem o cadastramento atualizado, não orientam certamente a população sobre os serviços de saúde oferecidos, dificultando o estabelecimento das prioridades do atendimento e planejamento.

Na parte de promoção e palestras, conseguimos fazer algumas coisas. Palestras para o grupo de gestantes em momentos de consultas programadas que funciona na sala de espera na Unidade de saúde, de planejamento familiar, álcool e drogas para os adolescentes e trabalhamos todas as terças-feiras com os idosos com apoio de profissionais do NASF. Até agora a população têm muita satisfação com a atenção médica e têm maior acessibilidade aos serviços de saúde. Penso que se a equipe continuar trabalhando assim poderá proporcionar muitas mudanças de hábitos alimentares e diminuir os fatores de risco para os quais a população está exposta, melhorando a qualidade de vida da mesma.

A distribuição da população por sexo e faixa etária da USB também está de acordo com a distribuição brasileira dentro dos limites estimados Minha equipe atende uma população de 1.501 usuários dos 5.087 distribuídos da seguinte maneira segundo a faixa etária.

População (n=5.087)	n estimado
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1.666
Mulheres entre 25 e 64 anos	1.077
Mulheres entre 50 e 69 anos	250
Gestantes na área (1% da população total)	76
Menores de um ano	107
Menores de 5 anos	214
Pessoas de 5 a 14 anos	1.145
Pessoas de 15 a 59 anos	3.092
Pessoas com 60 anos ou mais	307
Pessoas entre 20 e 59 anos	2.559
Pessoas com 20 anos ou mais	2.866
Pessoas com 20 anos ou mais com HAS	903

Pessoas com 20 anos ou mais com DM	258
------------------------------------	-----

Quadro 1 – Dados do Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS, 2015.

Sobre a demanda espontânea a Unidade de Saúde realiza acolhimento ao usuário, porém o mesmo não tem a qualidade necessária. O acolhimento não tem um espaço próprio para que o usuário seja ouvido privativamente, já que a recepção, primeiro contato, é muito pequena e não possui privacidade. É uma sala aberta onde estão todos os usuários que estão aguardando e podem ser escutados pelos outros e geralmente tem vergonha de falar de seu problema de saúde diante da presença de outros usuários. Acontecendo que em muitos casos o acolhimento é realizado pelo médico (eu) durante a consulta. Este acolhimento é realizado todos os dias de atendimento e nos dois turnos pela manhã e pela tarde. Todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas (escutadas). Em média, o tempo que demora para que os usuários tenham suas necessidades acolhidas (escutadas) é de 5 a 10 minutos. A recepcionista não faz acolhimento, portanto outro profissional deveria fazer o acolhimento, como os técnicos de enfermagem e os ACS.

A triagem não tem espaço apropriado e é feita em locais adaptados e em ocasiões em espaços não adequados, interferindo na qualidade da atenção dispensada. Nem todos os profissionais da Unidade de Saúde fazem o acolhimento, não temos uma equipe específica para esse tipo de atendimento. É freqüente que os usuários chegam à unidade procurando pronto atendimento e quando chegam à consulta somente precisam de receituário médico ou solicitação de exames, isso acontece porque ainda é necessário melhorar a relação melhor entre os ACS e os usuários, assim como uma maior comunicação entre estes e os recepcionistas. Portanto, o acolhimento em nosso serviço precisa ser melhorado iniciando pelas condições do local até uma maior participação dos ACS e recepcionistas no processo, além de que todos os membros da equipe poderiam fazer o acolhimento ou formar uma equipe própria para isso.

Com relação a esses problemas estamos trabalhando para obter mudanças e melhorias no estado de satisfação da população. Em nossa UBS trabalhamos com demanda agendada, porém atendemos a demanda espontânea

dependendo da necessidade do usuário, lembrando que as urgências são encaminhadas para o Hospital Municipal de Caapiranga. Quando se trata de uma doença aguda, o usuário não tem que esperar mais de 10 minutos para ser atendido tanto pela enfermeira quanto pelo médico, além disso, a enfermeira avalia e dependendo da doença ela transfere o caso para ser avaliado por mim ou vemos em conjunto, se necessário. O excesso de demanda espontânea em nossa unidade é controlado por meio de orientações e triagem, dando-se prioridade aos casos de emergência clínica, bem como para idosos, crianças e gestantes ou qualquer pessoa que dele necessite.

A puericultura tem como objetivo fundamental a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento da criança. Assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo da vida. Muitos indicadores como a mortalidade infantil refletem no desenvolvimento social de uma nação. O número de crianças entre zero e 72 meses de idade da minha equipe é de 221 e, destas 107 são menores de um ano segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP).

Quanto à puericultura, a mesma tem uma grande importância para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança desde o ponto de vista psicomotor assim como as avaliações nutricionais das mesmas. Também indicamos orientações às mães e família em geral para que seu desenvolvimento seja o melhor possível. A cobertura de puericultura de minha área é de 72% com acompanhamento de 77 crianças menores de um ano. É uma deficiência encontrada e detectada desde nossa chegada à Unidade, ainda é um problema que temos que enfrentar e resolver de imediato conhecendo que em nossa unidade de saúde também são vistas crianças de comunidades ribeirinhas. Assim, nosso maior problema é com o cadastramento, pois isso afeta o restante dos indicadores.

Das crianças cadastradas 70% (54) realizaram o teste do pezinho por que ainda temos gestantes que parem seus filhos em suas casas. Do total de 77 crianças menores de um ano, um total de 69% (53) estão com as consultas em dia segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o restante apresentava dificuldades para retornar. A primeira consulta de puericultura aos 7 dias foi

possível para 48% (37) das crianças acompanhadas, propiciado em grande parte por tabus populares, idéias religiosas e nível cultural da população.

No primeiro mês de vida é que começa este atendimento, mas em todas as consultas realizadas é realizado avaliação de crescimento e desenvolvimento das crianças, informando às mães sobre os cuidados do lactante e quais são os sinais de alerta em relação a esse aspecto, as vacinas estão todas em dia de todas as crianças acompanhadas mantendo 100% desses indicadores. Em nossa unidade contamos com a avaliação de saúde bucal por um médico odontologista, tanto para as crianças quanto para a mãe. Dentre as crianças acompanhadas 81% (62) estão com a avaliação da saúde bucal em dia. Também trabalhamos com ações de promoção em saúde desde as primeiras idades por meio de atividades educativas em visitas domiciliares. Não é feito a triagem auditiva em nossa cidade por isso nenhuma das crianças a realizou. Por meio das palestras e das atividades sistemáticas conseguimos um alto índice de aleitamento materno e as crianças são amamentadas até os 3 ou 4 anos. Nos temas desenvolvidos em cada consulta e visita domiciliar também incluímos a prevenção de acidentes domésticos e com alegria podemos informar que não temos nenhum fato que tenha acontecido entre as crianças que pudéssemos lamentar. Todas as mães e/ou responsáveis são bem orientados quanto a isso.

Podemos e temos que fazer muitas coisas para melhorar a atenção à saúde das crianças, pois uma boa atenção à criança depende muito dos resultados da atenção pré-natal porque é a partir desta que podemos avaliar como foi ofertada essa atenção. A atenção à criança é a continuidade deste processo de crescimento e desenvolvimento. Eu como médico atendo todos os dias as demandas agudas das crianças com necessidades de atendimento, além disso, com todas essas dificuldades tratamos sempre de fazer uma boa puericultura com os conhecimentos que temos na atenção primária à saúde.

Realizamos atendimento também às crianças até os seis anos de vida, mas o atendimento a este grupo geralmente é por demanda espontânea, pois as mães não têm cultura de levar as crianças à consulta depois de ter completado um ano de vida, só comparecem a consulta quando tem alguma doença aguda, temos muito trabalho a realizar, para garantir que diminuam todas essas dificuldades. Penso que temos que trabalhar neste sentido para facilitar o

atendimento, pois a cada momento lembro aos ACS para convocar as mães para que tragam os filhos para as consultas, aos poucos elas estão indo, mas a assistência ainda é muito baixa. Primeiramente, conseguimos um cadastro de qualidade e temos que fazer muitas ações e atividades encaminhadas para aumentar a cobertura da puericultura e melhorar o atendimento das crianças. Poderíamos aumentar o número de palestras sobre puericultura, fomentar mais o aleitamento materno, promover ações para evitar acidentes tanto no lar, escolas, rua e outros lugares, atualizar e conversar sobre vacinas e todas as doenças prevenidas pelas mesmas, melhorar a participação de odontólogos e técnicos de saúde bucal na assistência às crianças e promover os cuidados para ter uma saúde bucal de excelência, ensinar a todas as mães a importância de manter e promover hábitos de vida saudável nas crianças desde pequenos para evitar doenças e danos à saúde.

Reitero que tudo isso será possível somente quando tivermos o cadastro atualizado e conseguirmos motivar as mães para acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, trabalhando como uma família única, juntos ACS, enfermeiro, médico, odontólogos, técnicos, nutricionistas, psicólogos, pediatra, pois é muito importante o apoio das organizações governamentais para alcançarmos uma população infantil saudável e com excelente qualidade de vida social, intelectual, biológica e emocional.

O tema de Atenção ao Pré-natal tem uma importância primordial, pois a saúde materna infantil é essencial no desenvolvimento do país e indica qualidade de vida. Por isso precisa do cumprimento das estratégias traçadas e fundamentalmente de vontade políticas, com apoio às ações setoriais e extras setoriais. Levando o tema à UBS, não temos dias específicos para este tipo de atenção. Os ACS colaboram muito no acompanhamento das gestantes, a convocação para as atividades de promoção de saúde. As gestantes assistem com regularidade as consultas, mas temos algumas que não são de nossa área de abrangência e por morar no interior do município tardam muito em vir realizar a consulta. A demanda espontânea de atenção a doenças agudas são escassas. O início de pré-natal é feito pela enfermeira todos os dias, de segunda a sexta-feira. A atenção puerperal ainda é deficiente, pois elas ficam em casa e enviam o bebê com o familiar para ser atendido. Já começamos a trabalhar na melhoria desta

atenção, mas sempre são atendidas pela enfermeira, técnica ou o médico em sua casa.

O Sistema de Saúde do Brasil tem protocolos de atenção pré-natal organizado que favorecem o atendimento à gestante procurando manter um controle de forma integral. Por isso é importante fazer o acompanhamento destas usuárias em conjunto com toda a equipe.

Na minha UBS, usamos os protocolos de atendimento ao pré-natal. Temos um espaço para os prontuários das gestantes, os quais são revisados semanalmente procurando usuárias que não estão comparecendo à consulta e também as gestantes que precisam de visita domiciliar por ter algum fator de risco ou algumas condições familiares não desejadas para o desenvolvimento da gestação. Constantemente revisamos a vacinação, o estado nutricional, os exames laboratoriais além do exame físico da usuária e indicamos higiene pessoal, a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, palestra sobre como identificar sinais de alarme frente a uma HAS Gestacional, um parto pré-termo, assim como outras indicações. Concluindo com o planejamento da próxima consulta.

A cobertura de atenção pré-natal de minha área de abrangência é de 96% para um total de 73 gestantes acompanhadas pelo serviço. Este percentual representa 1,5% de minha população total, em relação aos indicadores e determinantes estamos muito próximos desses determinantes.

Temos problemas com o início de pré-natal, em que 93% (68) das gestantes iniciaram o mesmo no primeiro trimestre, uma boa parte já vem com mais de 14 semanas e um pequeno número depois das 28 semanas, é uma luta que temos que batalhar para melhorar a atenção ao pré-natal e 84% (61) estão com as consultas em dia. Outro problema é garantir uma atenção de saúde bucal de qualidade para todas as usuárias, pois 92% (67) realizaram avaliação, mas muitas vezes, quando indicamos consulta com odontologista as próprias usuárias falam do medo delas e não vão as consultas, outras, o próprio médico não passa a elas a melhor atenção e confiança para o tratamento ou retorno. Também temos problemas com o exame ginecológico das usuárias que não querem fazer por medo ou tabus já predeterminados, pois 95% (69) das gestantes o realizaram. O restante dos indicadores como solicitação na 1^o consulta dos exames laboratoriais

preconizados, prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo; administração das vacinas Hepatite B e antitetânica, ambas conforme protocolo estão com 100% de cobertura

Com o puerpério a situação é mais complicada. Temos somente um total de 77 nascimentos, no ano de 107 que deviam ser os esperados para 72%. Todas estas puérperas receberam atenção domiciliar com preenchimento da consulta em prontuário e as orientações pertinentes, mas não receberam consulta na UBS até a primeira consulta de puericultura do bebê, muitas vezes, após os 30 dias de nascimento. As visitas domiciliares são feitas por uma equipe composta pelo ACS, técnico em enfermagem, enfermeira e o médico, fazendo atividades de educação em saúde e avaliação clínica. Nenhuma teve avaliação psicológica por especialista realizada, mas foram avaliados pelos médicos da família da UBS, sem intercorrências para atendimento em outra especialidade, pois não contamos com esses serviços neste momento. As mulheres, dificilmente procuram pela consulta antes de completarem o primeiro mês pós-parto por mitos e religiosidades da região.

Sobre a atenção ao pré-natal, em primeiro lugar, temos que garantir que a mulher que inicie o pré-natal seja aquela que realmente deseja ter o filho e fazer um acompanhamento de qualidade. Melhorando o planejamento familiar alcançaremos isso, incentivando a mulher em idade fértil e com condições de ficar grávida no momento oportuno, ensinando adolescentes como proteger-se e evitar a gravidez não planejada, compensando as mulheres com patologias crônicas, conversando e explicando sobre o uso de métodos anticoncepcionais, vantagens e desvantagens. Logo temos que garantir uma atenção pré-natal sistemática, integral e dedicada por parte de toda a equipe, garantir que a mulher realize consulta odontológico, faça todos os exames por trimestre, comece o pré-natal precocemente, assista à consulta regularmente, tenha hábitos e estilos de vida saudável, cumpra com todas as orientações médicas e de enfermagem. Poderíamos levar em conta que a atenção aos programas maternos infantil necessita de ações intersetoriais que garantam a qualidade de vida às mães e às crianças, espaços de convivência e trocas entre elas, atividades de grupo fora das unidades de psicoprofilaxias do parto, nutrição, terapia física, cuidados e manejo do bebê, aleitamento e muitos outros temas seria muito bom e de grande proveito

para melhorar a qualidade do programa e ter resultados melhores. Com certeza desta maneira poderíamos contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal na UBS, no município e em todo o país também.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente desta forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade causada por elas. A prevenção do câncer do colo de útero e mama precisa de toda a atenção e todo o trabalho da equipe em conjunto. Tendo em conta que além de toda a informação que se oferece pelos meios da comunicação ainda temos muitas usuárias que não se preocupam nem se ocupam em fazer o auto-exame das mamas e o exame citopatológico acometendo-as mais tarde com complicações dificilmente curáveis. O número de mulheres na faixa etária que deveriam realizar exame mamográfico é de 178 mulheres entre 50 e 69 anos perfazendo 71% do total de 250 estimadas para a área de cobertura da unidade.

A avaliação sobre a cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é que ainda temos muito caminho e trabalho por fazer, nesse momento nossa UBS encontra-se trabalhando para fazer um melhor acolhimento e acompanhamento de todas as mulheres com exames alterados e mulheres que recusam fazer este teste. Observei que o total de mulheres entre 25 e 64 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero é de 989 mulheres o que representa 92% das mulheres residentes na área de abrangência.

Em contrapartida, somente 60% (591) delas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e 79% (784) possuem avaliação de risco para esse câncer. Ainda precisamos melhorar a técnica de coleta, pois 44% (436) das amostras são satisfatórias. Em nossa UBS é realizada a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico todos os dias da semana, em ambos os turnos de trabalho. O médico e enfermeira aproveitam seu contato com as mulheres para rastreamento organizado do câncer de colo de útero. Em nossa UBS são realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de colo de útero, isso inclui a todas as mulheres

cadastradas nessa faixa etária. Do total de usuárias acompanhadas na UBS, 1,2% (12) das mulheres apresentaram alterações no resultado do exame. Um total de 989 (100%) mulheres da área de abrangência foram orientadas acerca de como prevenir o câncer de colo de útero em cada atividade de educação em saúde, toda consulta de atendimento a saúde da mulher, além disso, conversamos sobre a relação de exame alterado e a presença de doenças de transmissão sexual. Todo espaço de nosso dia a dia tratamos cada fator de risco para esta doença que cada dia ceifa mais vidas no mundo todo.

Para melhorar o processo de trabalho e ampliar a cobertura melhorando a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero primeiro devemos organizar o cadastro das mulheres nesta faixa etária. Poderíamos fazer um registro mais detalhado de cada exame que é coletado enviado e recebido, do resultado das amostras coletadas e a conduta tomada com as mulheres, também poderíamos dar ênfase nas atividades de promoção em saúde e fazê-las nas comunidades em grupos específicos, nas igrejas e outros espaços. Procurar uma via eficaz para verificar uma amostra não útil, pois muitas vezes os resultados da amostra chegam, em média, até 3 meses depois. Assim, devemos procurar meios para agilizar o retorno dos resultados para que o atendimento possa ser mais efetivo, especialmente em casos alterados. Os profissionais que realizam avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino devem fazer relatórios com os resultados encontrados para monitoramento. Penso ser necessário criar uma lista atualizada dos nomes das mulheres para possibilitar agendamento de consulta e busca ativa.

É responsabilidade de cada membro da equipe acompanhar e não deixar perder essa mulher que sofre desta doença, dar apoio para ela e sua família, ensiná-la como conduzir-se a partir desse momento e que deve fazer ante qualquer sinal de alerta. Como já dito anteriormente a prevenção do câncer de colo, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requer a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina, investimento tecnológico e de recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

Em nosso Município temos um mamógrafo, mas este não está instalado por falta de espaço físico, falta de pessoal para trabalhar com essa tecnologia,

falta mastologista para fazer avaliação das mamografias feitas, este aparelho está guardado em nosso hospital há mais de um ano, até agora sem solução real. Quando as mulheres precisam fazer uma mamografia tem que primeiro marcar em hospital com nossa solicitação de mamografia, esperar que em o município mais perto daqui tenham vagas disponíveis, então é que elas fazem o estudo, uma situação muito difícil de entender.

A avaliação sobre a cobertura de Controle do Câncer de Mama na UBS é 71% (178) das mulheres acompanhadas por nossa UBS, estamos abaixo das nossas expectativas e do próprio programa do Ministério e até do país. Não podemos sentir-nos conformados com esses dados e temos muito o que fazer ainda. Devemos procurar avaliar 100% das mulheres nessa idade e pesquisar fatores de risco em todas elas. Devo dizer que é muito difícil realizar o exame de mama em todas as mulheres, pois os costumes, crenças desta população faz com que essa tarefa se torne difícil, também é complicado para marcar e fazer a mamografia em outro município vizinho (Manacapuru), assim como de receber os resultados, questão que limita o diagnóstico, tratamento e acompanhamento desta doença.

Os indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama ficam desfavoráveis para nossa UBS, neste ano foram realizadas 57 mamografias como parte da avaliação de risco destas mulheres totalizando 32% do total de mulheres que o deveriam realizar, 84 delas foram avaliadas e orientadas sobre fatores de riscos e sinais de alarme representando 47% do total. Nos últimos três anos na Unidade tivemos 2 casos novos de câncer de mama em mulheres, ambas realizaram cirurgia e mantêm um bom acompanhamento. Uma dessas mulheres não pertence à faixa etária de risco, pois possui apenas 27 anos. Os aspectos do processo de trabalho devem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama não somente em nossa UBS, mas também em outras. Considero importante assegurar a toda mulher acesso humanizado e integral aos serviços para fazer a prevenção do câncer de mama, assim como ter acesso ao rastreamento das lesões precursoras, diagnóstico precoce e um tratamento adequado, qualificado. Nosso município não tem o serviço de mamografia, porém poderíamos adiantar o agendamento e realizações de Ultrassonografias mamárias de qualidade em um

maior número de turnos na semana. Realizar um registro de cada mulher com idade de risco para este câncer mantendo controle de quem faz mamografia, ecografia e quais são os resultados, a quem é negado e quem não tem a possibilidade de fazer, assim também poderíamos incluir no registro quais delas têm fatores de risco para adoecer e realizar um acompanhamento mais adequado. Fazer palestras junto às mulheres sobre temas de interesse, realizar o exame de mama em busca de sinais de alarme, mostrando à mulher como fazer o auto-exame de mama.

A Hipertensão Arterial Sistêmica arterial (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) constituem hoje grandes problemas de saúde a nível mundial. Além de serem doenças crônicas não transmissíveis são também fatores de risco maiores para padecer de doenças cérebro e cardiovasculares, sendo responsáveis pelas principais causas de morte no Brasil. Atenção integral a HAS e ao DM visam à redução dos fatores de risco como dislipidemias, obesidade, cuja prevenção exige perseverança, motivação e educação continuada e controle de ambas as doenças e controle dos fatores de risco que residem na redução das suas complicações, tais como: doenças cerebrovasculares, arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e enfermidade arterial periférica.

O número de usuários com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área é de 755 usuários totalizando 84% de cobertura. Esse dado está muito próximo dos determinados pelo Ministério da Saúde. Há uma estimativa de 903 usuários usuários com hipertensão para a área de cobertura da unidade, segundo o CAP. A cobertura de HAS está aceitável de acordo com os percentuais estimados pelo Ministério. A Organização Mundial da Saúde propõe que 30% da população maior de 20 anos tem HAS, nossa população apresenta percentuais muito próximos, poderíamos disser que nossa realidade é muito parecida com a deste indicador e do indicador do Brasil que tem 35% da população com esta doença. Temos que melhorar a pesquisa, procurar de forma ativa os usuários e, além disso, manter a realização das atividades de grupo em que são realizadas ações de orientação quanto aos hábitos alimentares saudáveis, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Os profissionais explicam como reconhecer sinais de descontrole ou complicações

das doenças. É importante que os usuários conheçam o controle dos mesmos para evitarem complicações no futuro.

Do total de 755 usuários cadastrados como usuários com hipertensão, 61% (458) está com, os exames complementares em dia e foi realizada a estratificação do risco cardiovascular. O maior número de consultas é realizada somente para renovação de receita de medicamento controlado para HAS e para solicitação de exame. Já percebemos que é na própria consulta que temos que motivar aos usuários para que se mantenham em acompanhamento regular. A orientação sobre prática de atividade física regular foi ofertada a 100% (755) e a orientação nutricional para uma boa alimentação saudável a 57% totalizando 451 usuários. Temos um total de 297 usuários perfazendo 39% que estão com atrasos na consulta. A saúde bucal é um grave problema, pois temos apenas 247 usuários com HAS avaliados pelo serviço de odontologia com avaliação de sua saúde bucal totalizando 33%. Em parte por problemas culturais, religiosos e dificuldade de acessibilidade geográfica, aspecto que temos que trabalhar em conjunto com o serviço de odontologia para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Nós temos muito trabalho por fazer para melhorar a qualidade da atenção básica neste momento, uma vez ao mês realizamos reunião com o grupo de usuários com hipertensão, que em grande maioria também são diabéticos, ali conversamos sobre a patologia, escutamos as dúvidas dos usuários e fornecemos as orientações pertinentes. Penso ser muito importante aumentar o número de atividades de prevenção de fatores de risco destas doenças a fim de diminuir o sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, uso excessivo de álcool. Considero vital o trabalho em equipe para modificar os estilos de vida da população. Neste momento com apoio dos ACS estamos atualizando o cadastro para fazer um adequado planejamento das ações de saúde e melhorar também a pesquisa, alcançando com isto uma das ações mais importantes que desenvolvemos na prática da medicina familiar: a prevenção, pois são de grande importância um diagnóstico e tratamento precoce. Se bem é certo que a atenção dada aos usuários com hipertensão, tem maior relevância que às outras patologias, mas temos que melhorar para garantir levar o programa como estabelecido. A equipe ainda não tem identificada toda a

população deste grupo, não tem controle do acompanhamento adequadamente, o que leva ao aumento considerável das complicações desta doença.

O número de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área é de 201 usuários totalizando 78% do total de 258 estimados pelo CAP. Acreditamos que a diferença apresentada pode ser resultante do cadastro ainda não totalmente realizado. A OMS estima para o ano de 2025 que o DM alcance percentuais de 5,4% de toda a população maior de 20 anos. No Brasil hoje se estima que 11% da população são portadores dessa doença e nossa população fica abaixo deste indicador. Temos que melhorar a pesquisa e procurar de forma ativa os usuários.

Do total de 201 usuários cadastrados como diabéticos, a realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 94% (189), um total de 76% (153) está com os exames complementares em dia e com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 82% (165) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 38% (7) receberam avaliação de saúde bucal e 24% (48) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Todo o referido para melhorar o atendimento do usuário hipertenso é válido também para o usuário diabético, são as patologias que são muitas vezes associadas e que dependem muito das modificações do estilo de vida, da vontade do usuário para melhorar e não ter complicações e do trabalho contínuo, integrado, multidisciplinar e em equipe dos profissionais da saúde. Acredito que poderia fazer-se muito mais no atendimento do pé diabético, facilitar pelo Ministério consultas especializadas ao alcance de todos os usuários assim como medicamentos que fossem subsidiados para tratar as complicações desta doença muito comum hoje dia. Garantir espaços para educação integral do usuário com DM bem como avaliação regular deles.

Aumentar os espaços nos meios de comunicação para ensinar a população sobre sinais de alerta, complicações, tratamento, manejo, acompanhamento do DM. Melhorar a capacitação dos profissionais da saúde no manejo do DM e o tratamento de complicações tanto agudas como crônicas da

mesma. Pesquisar, prevenir, tratar, acompanhar, evitar incapacidades e complicações, reabilitar pessoas com hipertensão e/ou diabetes é hoje um dos maiores desafios da medicina familiar porque são precisamente estas doenças que estão exigindo mais de nosso trabalho, tudo o que realizamos hoje será para melhorar a qualidade de vida destes usuários. Estamos longe da perfeição, mas somente o fato de saber que temos mantido usuários controlados, já é um grande passo para o controle desse grupo, pois sabemos das inúmeras complicações que essa patologia crônica acarreta.

Existe naquela parcela que não cumprem os tratamentos, porém é a minoria, tratamos de fazer o possível para conscientização desses usuários, porém muitos são rebeldes e acabam abandonando os tratamentos. Nossas ações com certeza terão muita repercussão na qualidade de vida desses usuários, e esse é o nosso objetivo principal. A HAS e DM são doenças muito freqüentes com alta morbimortalidade em muitos países do mundo e um deles é o Brasil. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico, para obter uma atenção integral destes usuários, deve-se melhorar sua qualidade de vida para evitar a aparição de complicações e poder garantir assim o desenvolvimento normal de suas atividades diárias. Estamos realizando programas de orientações em escolas e sociedades esportivas. Em nossos grupos entregamos medicamentos e ofertamos orientações dietéticas e físicas.

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está impondo mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido. A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional é a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. Instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área, o Estatuto serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de re-significação da velhice.

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase.

Neste momento surge a Saúde do Idoso como uma das prioridades e a oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde com o compromisso de um melhor atendimento à pessoa idosa em nosso país.

A estimativa do número de idosos residentes em nossa área é de 307 segundo o CAP, mas o número de pessoas idosas que acompanhamos no serviço é de 269 pessoas com 60 anos ou mais totalizando 88% do total estimado, por isso poderíamos afirmar que está muito próximo da realidade.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 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. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. O trabalho com a pessoa idosa requer muita dedicação, paciência e humanismo, tendo em conta o lugar onde trabalho, com dificuldades de acesso para as pessoas que moram longe da instituição, os conflitos religiosos encontrados, o nível cultural dos moradores da região eu poderia afirmar que a cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada em minha área é adequada com 88% do total estimado para a área.

Toda a equipe de saúde se esforça para oferecer um atendimento adequado a este grupo populacional da maneira mais digna possível, temos 193 usuários com avaliação multidimensional rápida perfazendo 72% do total de pessoas idosas, este mesmo número de usuários encontra-se com acompanhamento em dia. Aproveitamos cada encontro em consulta ou na casa dos usuários em momento de visitas domiciliares para fazer este tipo de avaliação. Um número importante destes usuários sofre de HAS Arterial (53%) e DM Mellitus (22%) totalizando 143 e 58, respectivamente. Tendo em conta que a pessoa idosa que sofre deste tipo de patologia apresenta um risco maior de ter alguma complicação que poderia deixar seqüelas inclusive de vir a morrer por causa disso. A nossa equipe procura fazer um acompanhamento de qualidade a estes usuários.

Com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice 227 idosos totalizando 84% estão em dia. Esta faixa etária necessita manter uma boa alimentação e praticar exercícios para manter uma boa saúde com o mínimo de complicações é por isso que a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular é de 93% totalizando 250 idosos orientados. Novamente a avaliação da saúde bucal em dia é um problema nesta idade, pois apenas 109 idosos foram avaliados perfazendo 41% do total. Influi negativamente o nível cultural das pessoas, a religiosidade, a distância entre a UBS e o lugar a casa da pessoa. Nossa equipe de saúde continua trabalhando para melhorar o atendimento a estas pessoas que merecem toda nossa atenção e carinho. Toda nossa equipe de saúde trabalha em diferentes ações que são encaminhadas a melhorar a saúde dos idosos como atenção clínica integral, atenção da saúde bucal procurando oferecer um atendimento constante, contínuo e de boa qualidade, atenção mental para alcançar uma avaliação completa do usuário. São realizadas palestras referentes a temas importantes como a realização de exercícios físicos, a alimentação saudável e a importância do adequado controle das doenças crônicas, entre outras.

Estes usuários constituem um grupo vulnerável da sociedade sobre o qual devemos aumentar nossos esforços para garantir uma melhor qualidade de vida. Primeiramente devemos melhorar o registro de consultas da pessoa idosa para

que nos permita levar um controle de cada um dos idosos. Nestes registros devemos manter informações sobre antecedentes prévios, medicação, nível de vida, convivência e outros dados de interesse para o controle da saúde. Os idosos são a coluna dos povos, mas acontece que eles às vezes estão sendo muito mal tratados. As famílias não lembram que eles são pessoas e por isso que temos que visitar as casas onde eles moram, olhar seus quartos com a licença dos que vivem com os idosos. Na UBS estamos realizando um trabalho encaminhado diretamente para fazer mudanças de como podemos cuidar melhor dos idosos e, dessa forma, conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, eles possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idade avançada com o melhor estado de saúde possível. No trabalho das equipes da atenção básica/saúde da família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários, são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões culturais e sociais. Uma abordagem sistematizada para a promoção e manutenção da saúde voltada para as especificidades da população idosa.

Além disso, é um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diferentes fatores tais como o ambiente onde o usuário vive, a relação médico-usuário e médico-familiares, a história clínica, que compreende aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais e o exame físico. Um dos principais objetivos do cuidado desses usuários é a manutenção da independência social, da mobilidade e das habilidades cognitivas, redução de mortalidade prematura causada por doenças agudas ou crônicas, extensão da expectativa de vida ativa e melhoria na qualidade de vida.

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

Fico surpreso após ter realizado o Relatório da Análise Situacional, pois foi possível verificar que necessitamos rever no nosso processo de trabalho para ampliarmos e qualificarmos o nosso trabalho prestado à comunidade. No primeiro momento realizamos uma análise da situação geral da Unidade e do serviço de saúde da família que mantemos com a equipe no município, essa análise foi geral

e sem outro tipo de comentário, em que somente falamos sobre as características estruturais da unidade e os serviços que oferecemos nela, a composição da população que recebe atendimento e nossas principais linhas de trabalho. Hoje estamos fazendo um relatório onde explanaremos sobre os aspectos que estão faltando desde o ponto de vista estrutural para o melhor atendimento, mas também sobre os principais problemas de saúde que afetam a nossa população e os indicadores que hoje comprometem nosso trabalho. Além disso, já com quase 8 meses de trabalho temos uma realidade a encarar nesse cenário muito diferente e complexo, já o idioma não é mais uma barreira que limita nossos conhecimentos e o poder de resolução quanto a nossa governabilidade é maior. Poderíamos comparar nosso trabalho com uma construção onde as sementes são a base de todo o trabalho futuro.

No texto inicial expomos de forma sintética o trabalho que é desenvolvido na Unidade já no Relatório da Análise Situacional foi realizado um detalhamento de nossas ações nas mais diversas dimensões que podemos descrever da seguinte maneira: há necessidade de implantar os protocolos de atendimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde para garantir qualidade no atendimento, o que depende de organização, trabalho e controle dos trabalhadores em saúde e adesão da população às ações programáticas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM constituem-se em um dos problemas mais graves de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro. Estas doenças, por serem os principais fatores de riscos responsáveis pelas doenças cardiovasculares, necessitam de apoio assistencial amplo e efetivo e uma pesquisa epidemiológica que identifique, com maior segurança e fidelidade, sua incidência e prevalência, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência e uma adequada atenção à saúde dos portadores das mesmas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

A Atenção Programática tem como objetivo reduzir morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis através de ações de promoção e educação em saúde, detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas com HAS Arterial e/ou DM Mellitus e outros fatores de risco para Doenças Cardiovasculares na população residente na área de abrangência da unidade. No município nunca houve uma ação em saúde voltada para os usuários com HAS e/ou DM. Assim, estamos trabalhando na sensibilização das equipes, pois se trata de uma questão muito importante para todos uma vez que a população com HAS e/ou DM na área de abrangência é muito grande. Diante disso, para conseguirmos prestar um bom atendimento e acompanhamento aos usuários precisamos que cada integrante das equipes faça um bom trabalho para melhorar o estado de saúde dos usuários evitando possíveis complicações. Salientamos que não estamos querendo fazer nada novo ou relevante apenas estamos procurando fazer o que cada pessoa merece que façam por elas, com um maior grau de sensibilização por parte do pessoal da equipe de saúde.

A UBS Selestino André de Souza é composta por 1 sala de recepção, 1 sala de triagem, 1 sala de curativos, 1 sala de esterilização, 1 sala de direção, 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório de odontologia, 1 consultório de fisioterapia, 1 sala de vacinas, 1 sala de farmácia, 1 sala para DML, 1 cozinha, 1 banheiro, 2 corredores internos, que servem de sala de espera. Possui 3 equipes de saúde e é adequada ao tamanho da população de sua área de abrangência, já que atende um total de 5.087 pessoas, o que corresponde aos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Minha equipe atende uma população de 1.501 pessoas e é formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 técnico de enfermagem, 8 ACS, além de receber o apoio de 1 odontólogo, 1 fisioterapeuta e 1 nutricionista.

As três equipes de saúde que trabalham na UBS possuem um total de 5.087 usuários, dos quais 755 são usuários com hipertensão e 201 são usuários com diabetes com 20 anos ou mais. É possível perceber que a maioria dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes apenas comparece às consultas para renovação da receita e aquisição dos medicamentos. São disponibilizadas na UBS consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, além de atividades de grupo com orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, importância da atividade física regular; os malefícios do consumo excessivo do álcool e do tabagismo e reconhecimento dos sinais de descontrole ou complicações destas patologias.

Reconhecemos que é necessário qualificar esta ação programática na UBS, tendo por objetivo acompanhar todos os usuários portadores de HAS e/ou DM, promovendo a saúde e diminuindo a incidência de complicações decorrentes de tais patologias. Assim, todos os integrantes da equipe de saúde estão comprometidos para poder alcançar, no período de 16 semanas, as metas pactuadas bem como fazer com que as ações desenvolvidas durante a intervenção façam parte da rotina do serviço, mesmo após o término desta intervenção. Temos muito trabalho para ser desenvolvido em um tempo relativamente curto com facilidades e dificuldades. Dentre as facilidades temos: o trabalho com uma população que mora na zona urbana, uma questão que ajuda em nosso trabalho; os ACS conhecem toda a população, sabem que ainda existem usuários não cadastrados e que sofrem destas doenças, precisando de

atendimento e acompanhamento; nossa equipe de saúde tem o compromisso moral de fazer um bom trabalho e com qualidade; além disso, contamos com apoio total da Secretaria de Saúde e da prefeitura municipal para desenvolvimento de nossas atividades. Em relação aos pontos negativos, destacamos que muitos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes da área são idosos e, alguns possuem deficiências motoras que os impedem de comparecerem às consultas na UBS. Além disso, as crenças religiosas e o nível cultural dos usuários podem dificultar o seguimento das orientações dadas pelos profissionais da saúde em relação à HAS e o DM. Enfim, acredito que esta intervenção contribuirá para conhecer muito melhor este grupo populacional e a realidade desta região do país e melhorar o modo e estilo de vida destes usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM mellitus na UBS Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da Unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Selestino Andrés de Souza, no Município de Caapiranga/AM. Participarão da intervenção pessoas com HAS e/ou DM mellitus com 20 anos ou mais. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar as 903 pessoas estimadas com HAS e/ou as 258 pessoas estimadas com DM pertencentes à área de cobertura da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS Arterial e à DM Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Em relação ao objetivo de ampliar a cobertura da assistência aos usuários com hipertensão e/ou com diabetes da área de abrangência da UBS Selestino Andrés de Souza, tendo como meta alcançarmos 70% de cobertura destes usuários e buscando os que não fazem acompanhamento nem na UBS nem em outro lugar, no Eixo de Monitoramento e Avaliação, será aberto livro para registro e cadastramento destes usuários e ficha-espelho disponibilizado pelo curso, que deverão ser preenchidos pelos profissionais e serão monitorados mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Garantir o registro dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Garantir o registro dos usuários com diabetes cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Para o Eixo Organização e Gestão do Serviço, com o apoio das ACS, faremos um levantamento da real quantidade destes usuários, para, assim, realizar o acolhimento e registro dos mesmos. Na sala de espera a profissional de saúde (técnica de enfermagem) acolherá aos usuários antes da recepção, fornecerá as primeiras orientações e os encaminhará para o local adequado. A recepção, utilizando-se a classificação de risco e também uma pós-consulta, ou seja, uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta. Faremos o levantamento dos materiais necessários para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetros e fitas

de glicemia) para atender a demanda da unidade, e caso haja necessidade de mais, solicitaremos junto à Secretaria Municipal de Saúde.

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

Detalhamento das ações: No que diz respeito ao Eixo Engajamento Público, por meio de palestras, informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS. As palestras serão agendadas junto à Associação de Moradores, a partir da terceira semana da implantação do projeto. Tais palestras visam o esclarecimento sobre a importância deste programa para a comunidade e serão distribuídos os folders sobre tais doenças para os participantes. Ainda, esclareceremos a população sobre a necessidade da realização do acompanhamento periódico destes usuários na UBS; os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS Arterial Sistêmica e do DM Mellitus e a importância de um rastreamento precoce para um melhor prognóstico; a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligados a alimentação e a prática de atividade física rotineira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações: Todas estas ações serão possíveis a partir da capacitação dos ACS para o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou com diabetes da área de abrangência, bem como da capacitação da equipe da UBS para realizar a verificação adequada da pressão arterial e do hemoglicoteste, ou seja, a partir da primeira semana da implantação da intervenção. O teste de

glicose será feito em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento da ação: Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou com diabetes na Unidade de Saúde será preciso realizar exame clínico apropriado em todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, monitorando, semanalmente, estas ações a partir da análise dos prontuários e das fichas-espelho. Sob responsabilidade do médico especializando e da enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e/ou DM. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Iremos realizar reunião com a equipe para o estudo e conhecimento dos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde nº 36 e 37 que tratam sobre HAS e DM, respectivamente, bem como definiremos as funções de cada membro da equipe no desenvolvimento das atividades propostas. Definiremos o calendário e a periodicidade das reuniões da equipe para as capacitações e realizaremos impressão dos protocolos atualizados para que os mesmos fiquem à disposição para consulta de todos os profissionais da unidade. Sob responsabilidade do médico especializando durante as reuniões semanais da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e a

DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Orientaremos os usuários e a comunidade, mediante as palestras e as consultas quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação: Capacitaremos os profissionais da equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguindo o protocolo adotado na unidade de saúde para o atendimento dos usuários. Assim, cada profissional realizará uma atualização no exame físico, no acompanhamento e no tratamento da HAS e DM. Sob responsabilidade do médico especializando.

Metas 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito semanalmente, através da revisão dos prontuários e as fichas-espelho dos usuários, para ter conhecimento de quais têm os exames laboratoriais em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Sob responsabilidade do médico especializando e da enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: 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 os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: Definiremos o calendário e a periodicidade para a realização dos exames laboratoriais, solicitando à Secretaria Municipal de Saúde priorizar os usuários com hipertensão e/ou com diabetes na disponibilização de senhas para a realização dos exames de rotina preconizados. Sob responsabilidade do médico especializando.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação: Mediante as palestras e as consultas, orientaremos os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização, à periodicidade e a importância dos exames complementares para a evolução do comportamento da doença. Sob responsabilidade de toda a equipe de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: Capacitaremos os profissionais da equipe segundo o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, tendo em vista, o número de exames preconizados para cada uma das doenças e a sua periodicidade. Sob responsabilidade do médico especializando.

Metas 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito semanalmente, através da análise dos prontuários e das fichas-espelho dos usuários, para ter conhecimento de quais são os medicamentos que eles fazem uso, verificando-se se tais medicamentos integram a lista dos medicamentos da Farmácia Popular. Sob responsabilidade da técnica de enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Semanalmente será feito pela enfermeira e pela técnica de enfermagem um rígido controle do estoque de medicamentos, para evitar o risco de faltar alguns dos medicamentos da listagem. Os medicamentos em risco de acabar serão informados e solicitados à farmácia central, mantendo um registro de controle, incluindo a validade dos mesmos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: Durante a realização das palestras e das consultas individuais, os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso. Sob responsabilidade de todos os membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento da ação: Cada profissional receberá uma atualização sobre o tratamento da HAS e do DM, e as possíveis situações de urgência e emergência, de acordo com o protocolo adotado pela unidade básica, aprovado pelo Ministério da Saúde. Bem como capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular. Sob responsabilidade do médico especializando.

Metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar os usuários com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: O monitoramento será feito semanalmente, através da revisão dos prontuários, das fichas-espelho e o exame físico aos

usuários para ter conhecimento da necessidade de atendimento odontológico de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde pelo médico especializando com encaminhamento para avaliação odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos usuários com HAS e/ou DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Os profissionais que prestam assistência direta a estes usuários, ou seja, médico e enfermeiro, durante as consultas e visitas domiciliares farão a avaliação odontológica destes usuários e, aqueles que tiverem necessidade de tratamento ou de uma avaliação mais criteriosa, serão encaminhados para o odontólogo, que organizará uma agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica aos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento da ação: Durante a realização das palestras e das consultas, os usuários e a comunidade serão orientados quanto à importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente os usuários com hipertensão e/ou diabéticos, ressaltando a importância da realização desta avaliação com uma rigorosa periodicidade. Sob responsabilidade do médico especializando.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento da ação: O odontólogo da equipe fará treinamentos da equipe, na primeira semana da capacitação, com o objetivo de fornecer informações sobre a avaliação bucal adequada dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação: Para melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa temos que buscar os faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme as periodicidades recomendadas e, para isso, monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Os responsáveis pela busca ativa serão os ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Organizaremos as visitas domiciliares junto aos ACS, uma vez por semana, todas as terças-feiras, para busca dos faltosos e elaboraremos uma agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento da ação:

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas; buscaremos, junto à população, estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM mellitus, além disso, esclareceremos aos portadores de HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Sob responsabilidade de toda equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar os ACS para a orientação de usuários com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: As ACS serão treinadas para a orientação da comunidade sobre a importância das consultas periódicas e sobre a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Serão mantidas atualizadas as fichas-espelho dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde e a enfermeira será a responsável pelo monitoramento da qualidade dos registros realizados pela equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: A equipe se comprometerá a manter as informações do SIAB atualizadas. Implantaremos e aplicaremos uma planilha/registro específico, semanal, de acompanhamento, para que o registro das informações seja feito de acordo com o planejado. A enfermeira será a responsável pelo monitoramento de registros. Organizaremos 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 como uma sinalização colorida na ficha do usuário.

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

Detalhamento da ação: Informaremos a comunidade e os usuários com hipertensão e/ou diabetes durante a realização das consultas individuais e em palestras na comunidade e sala de espera sobre a importância da manutenção de seus registros de saúde bem como os seus direitos ao acesso a segunda via, quando necessário. Sob responsabilidade de todos os membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação: Na capacitação da equipe, iremos informar sobre o preenchimento correto de todos os registros de acompanhamento, tanto de usuários com hipertensão quanto com diabetes, bem como dos procedimentos clínicos das consultas. Sob responsabilidade do médico especializando e da enfermeira.

Objetivo 5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar o número de usuários com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Para mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular será necessário realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde. Vamos analisar os prontuários clínicos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes para monitorarmos o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes para que mantenham, pelo menos, uma realização de estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Iremos estabelecer junto com a equipe os critérios de usuários com baixo, médio e alto risco cardiológico, segundo os protocolos do Ministério da Saúde. Também, estabeleceremos um cronograma de atendimento que priorize os usuários de alto risco. Sob responsabilidade do médico especializando.

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

Detalhamento da ação: Orientaremos os usuários quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular e informaremos a comunidade sobre os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis, mediante as palestras e as próprias consultas. Sob responsabilidade do médico especializando.

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

Detalhamento da ação: Nas duas semanas de capacitação a equipe será preparada para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. A equipe deverá entender a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nesta população. Sob responsabilidade do médico especializando.

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

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento da ação: Para promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabéticos, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas sobre alimentação saudável. Solicitaremos apoio da nutricionista para estas atividades.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento da ação: A cada três semanas faremos palestras em uma das microáreas com os grupos de usuários com hipertensão, diabéticos, seus familiares e membros da comunidade, e entre outras práticas serão feitas práticas de alimentação saudável. Com ajuda da nutricionista da UBS orientaremos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, além de seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as consultas, identificaremos os usuários que têm mais propensão às complicações futuras relacionadas à HAS e/ou DM e estes serão encaminhados para acompanhamento com a nutricionista, semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Nas consultas e nas palestras será enfatizada a importância da alimentação saudável aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares. Sob responsabilidade do médico especializando e da nutricionista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação: Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre as práticas de alimentação saudável, assim como, em metodologias de educação em saúde pela nutricionista da unidade.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e aos diabéticos.

Detalhamento da ação: Para promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas de atividade física regular. Sob responsabilidade da equipe de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da ação: A cada três semanas faremos palestras em uma das microáreas com os grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes, seus familiares e membros da comunidade e, entre outras práticas, serão realizadas práticas de atividade física, com o envolvimento de educadores físicos, disponibilizados em parceria com a Secretaria de Educação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento da ação: Nas consultas e nas palestras será enfatizada a importância da prática de atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares. Sob responsabilidade da equipe de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação: Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre a prática de atividade física regular, assim como, em metodologias de educação em saúde. Sob responsabilidade do médico especializando.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento da ação: Para promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabéticos, realizaremos palestras, salas de espera, consultas

individuais, incluindo temas sobre riscos do tabagismo. Sob responsabilidade de todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento da ação: Solicitaremos ao gestor de saúde o fornecimento dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Sob responsabilidade do médico especializando.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: Nas consultas individuais e nas palestras serão enfatizados os riscos do tabagismo para a saúde e existência de tratamento para abandoná-lo. Sob responsabilidade do médico especializando.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação: Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre o tratamento de usuários tabagistas, assim como, em metodologias de educação em saúde. Sob responsabilidade do médico especializando.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações por eixo:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento da ação: Para promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas sobre higiene bucal. Sob responsabilidade do médico especializando e do odontólogo da unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: Cada uma das consultas agendadas terá um tempo médio de 30 minutos com a finalidade de garantir orientações em nível

individual. A organização da agenda será de responsabilidade da recepcionista e dos ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação: Nas consultas e nas palestras serão orientados os usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Sob responsabilidade do médico especializando e do odontólogo da unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre orientações de higiene bucal sob coordenação do odontólogo da unidade.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS Arterial e à DM Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na Unidade de Saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da Unidade de Saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS Arterial e à DM Mellitus da Unidade de Saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

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

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.3: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.4: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 2.5: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de usuários com HAS e/ou DM com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.2: Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção a fim de qualificar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM adotaremos como protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, do ano de 2013: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: DM – Caderno nº 36 e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: HAS, Caderno nº 37 (BRASIL, 2013 a, b).

O projeto obteve liberação do Comitê de Ética (Anexo A). O registro de dados será lançado na planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso (Anexo B). Utilizaremos o prontuário do usuário e a ficha-espelho (Anexo C) para o registro e coleta de informações e acompanhamento de forma geral, incluindo informações sobre exame físico, exames laboratoriais e dados relativos à classificação de risco da HAS e da DM. Solicitaremos ao gestor municipal a impressão das fichas-espelho, as quais serão guardadas separadamente dos prontuários para facilitar o monitoramento.

Os ACS ao realizarem a visita domiciliar e também nos momentos de consulta individual dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes aplicarão o

questionário (Apêndice A) e preencherão o quadro (Apêndice B) para identificar o grau de conhecimento da população acerca das doenças crônicas (HAS e DM).

Para organizar o registro específico do programa, pactuaremos com a enfermeira a revisão do livro de registro, identificando todos os usuários com HAS e/ou DM atendidos nos últimos três meses. Esta profissional localizará os prontuários desses usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha já conformada para facilitar no momento da avaliação clínica. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso para acionar as ACS a realizarem a busca ativa destes usuários.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram previamente discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os protocolos de HAS e DM para que toda a equipe utilize estas referências na assistência a estes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS. Combinaremos com a enfermeira que, no dia da capacitação, serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com hipertensão e/ou diabetes com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e os manteremos em acompanhamento, usuários que já fazem parte do Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão e/ou Diabetes que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os usuários que vierem à consulta sairão com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos usuários com hipertensão e/ou diabetes não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento que quase sempre estão disponíveis. Para agendar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da busca ativa serão reservadas pela técnica de enfermagem cinco consultas por semana.

A equipe de saúde fará contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentarão o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização da consulta e do acompanhamento dos usuários com estas doenças junto ao Programa de Atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes. Ainda, solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com hipertensão e/ou diabetes que não comparecem às consultas e, aproveitaremos o momento para esclarecer à população sobre a necessidade do atendimento a este grupo.

A enfermeira, semanalmente, examinará as fichas dos usuários com hipertensão /ou diabetes identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Cada agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários com HAS e/ou DM com atraso e, ao fazer a busca, já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha serão consolidadas na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para orientar adequadamente os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e do DM, o médico e a enfermeira da equipe irão realizar a capacitação da equipe sobre o tema e também para a realização de exame clínico apropriado. As capacitações ocorrerão nas duas primeiras semanas da intervenção, além disso, vamos aproveitar para capacitar a equipe em relação ao cumprimento do protocolo adotado na unidade de saúde e sobre a solicitação de exames complementares.

Durante as reuniões da equipe também serão discutidos os seguintes temas, como forma de avaliação e monitoramento da intervenção, bem como para a organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica: as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM; medidas que serão utilizadas para a busca de usuários faltosos; a importância de aproveitar as visitas domiciliares para informar a comunidade sobre a importância dos usuários comparecerem às consultas de acompanhamento na Unidade de Saúde, assim como informá-los sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. É importante salientar que, neste momento, já aproveitaremos para capacitar os ACS sobre os temas descritos acima.

O odontólogo da equipe fará treinamentos com a equipe, 1 vez por semana, com o objetivo de fornecer informações sobre a avaliação bucal adequada dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Assim, os profissionais que prestam assistência direta a estes usuários, ou seja, médico e enfermeiro, durante as consultas farão a avaliação odontológica destes usuários e, aqueles que tiverem necessidade de tratamento ou de uma avaliação mais criteriosa, serão encaminhados para o odontólogo. A equipe buscará parcerias na comunidade para demandar, junto aos gestores municipais, a garantia de mais recursos de ordem material e humano para a disponibilização do atendimento odontológico.

Com ajuda da nutricionista da UBS orientaremos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, além de seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as consultas, identificaremos os usuários que têm mais propensão às complicações futuras relacionadas à HAS e/ou DM e estes serão encaminhados para acompanhamento com a nutricionista, a qual disponibilizará, semanalmente, 10 vagas para usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Em relação às orientações sobre a importância da atividade física regular, além da equipe realizar estas orientações durante palestras, salas de espera e consulta individual, solicitaremos o apoio de um profissional de Educação Física junto ao gestor para que este também possa fornecer informações a estes usuários.

Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Incorporação de pessoal de saúde bucal à intervenção	x				x				x								
Realização de visita domiciliar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação da equipe para os demais temas de acordo com o eixo de qualificação da prática Clínica	x	x			x	x			x	x			x	x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao finalizarmos a intervenção em saúde realizada na UBS Selestino Andrés de Souza do município de Caapiranga/AM direcionada às pessoas com HAS e/ou com DM mellitus destacamos que enfrentamos algumas dificuldades em relação à intempéries climáticas devido à grande quantidade de chuvas que caiu sobre a cidade provocando uma das maiores enchentes dos últimos anos segundo a população. Além disso, ao longo da intervenção houve o período de férias do especializando e de outros colegas médicos (das outras equipes da unidade), o que inviabilizou a continuidade das ações pelos demais membros da equipe, mas sempre contamos com o apoio da equipe e da gestão de saúde do município, sendo assim possível concluir a intervenção apesar de não alcançarmos os resultados esperados.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias do especializando durante a intervenção, mas sem prejuízo das ações realizadas para a comunidade.

Dentre as ações realizadas com as pessoas com HAS e/ou com DM mellitus, cadastramos os usuários que foram avaliados pela equipe por ocasião da consulta individual. Assim, tomamos conhecimento das pessoas com HAS e/ou com DM bem como tomamos conhecimento do número de pessoas que possuem comorbidades associadas. Preenchemos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso para o efetivo monitorando de pessoas com HAS e/ou DM residentes

na área de abrangência da unidade. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência agora e no futuro.

Foi estabelecida como meta a ampliação da cobertura para 70% de acompanhamento às pessoas com HAS e/ou DM, a qual não foi cumprida em três meses de intervenção. Para realizarmos as atividades propostas capacitamos toda equipe para fornecerem orientação às pessoas com HAS e/ou com DM enfatizando a importância de realizar as consultas mantendo a sua periodicidade conforme recomendado pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Para atender a demanda dos faltosos às consultas organizamos uma agenda para acolher aos usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares. Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas bem como ouvimos a mesma sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade. Orientamos também aos usuários com HAS e/ou DM e a comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, mas não houve faltosos durante a intervenção.

Cada membro da equipe foi capacitado para o adequado preenchimento das fichas-espelho que serviram para alimentar a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pelo curso utilizada para calcularmos nossos índices de cobertura e de qualidade do atendimento prestado. Desse modo, contemplamos as ações de monitoramento do número de pessoas com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou com diabéticos. O preenchimento das fichas-espelho foi completado por ocasião da realização das consultas individuais pelo Programa de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Foi garantido o registro de todos os usuários e melhoria quanto ao acesso bem como quanto ao acolhimento das pessoas com HAS e/ou DM na unidade. Garantimos junto ao gestor municipal material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelho para fazer teste de hemoglicose) na Unidade de Saúde. Também verificamos junto às pessoas com HAS e/ou DM, quais medicações utilizavam para controle da pressão arterial, se necessitavam de cuidado extra, se praticavam alguma

atividade física, se eram ou não tabagistas, se já realizaram consulta oftalmológica avaliação nutricional e consulta odontológica. Também verificamos peso, altura, calculamos o Índice de Massa Corporal (IMC), solicitamos exames laboratoriais segundo recomendado pelo protocolo bem como realizamos avaliação do risco cardiovascular.

Os ACS foram capacitados para auxiliar no cadastramento e a técnica de enfermagem foi responsável pelo controle dos medicamentos na farmácia e pelo acolhimento inicial além de auxiliar na verificação dos sinais vitais e demais mensurações.

A população continuará sendo conduzida pelo programa implantado e sendo informada sobre a existência do mesmo na Unidade de Saúde, para que haja maior aderência ao programa. A comunidade também foi informada sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, bem como sobre a importância de realizar o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM por meio de palestras realizadas no meio.

Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, foi realizado exame clínico apropriado em todos os usuários cadastrados com HAS e/ou DM e está sendo mantido o monitoramento do número de pessoas com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde e a sua periodicidade recomendada. Também foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e realizado o seu devido encaminhamento para o odontólogo.

Foram definidas as atribuições de cada membro da equipe quanto ao exame clínico de usuários com HAS e/ou DM, também foram realizadas as capacitações conforme preconizado por meio dos protocolos com versão atualizada bem como garantida a versão impressa na unidade. Está garantida junto ao gestor municipal a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Foi realizado controle de estoque de medicamentos e registro atualizado das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados na Unidade de Saúde pela técnica de enfermagem. Orientamos aos usuários com

HAS e/ou DM e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou do DM mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; receberam orientações também quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, assim como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente os usuários com HAS e/ou DM.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, foi implementada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização e a impressão das mesmas foi garantida pela gestão municipal. Tal forma de registro facilitou o monitoramento do acompanhamento de todos os participantes do Programa, sendo imprescindível agora a constante atualização das informações.

Em relação às consultas de avaliação e realização do exame clínico o médico e a enfermeira os realizaram de forma satisfatória. O odontólogo foi o responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal e a técnica de enfermagem foi a responsável pelo acolhimento e pela atualização e validade da medicação disponível na farmácia e os ACS pelo cadastramento. Assim, todos os membros da equipe foram e continuam sendo co-responsáveis no monitoramento dos registros, sendo médica e o enfermeiro os responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes ao Programa instituído.

Acreditamos que ainda temos muito para fazer até alcançarmos 100% da população hipertensa e/ou diabética pertencente à unidade, mas daremos seguimento ao trabalho para alcançar as metas propostas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas quanto à qualidade da intervenção foram realizadas conforme planejado, mas apenas não conseguimos alcançar a meta de cobertura prevista inicialmente pelos motivos já descritos no início do relatório.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A dificuldade que encontrei durante a o preenchimento da planilha de coleta de dados foi de entender que a intervenção seria realizada com toda a

população da UBS e não somente com os usuários de minha equipe de trabalho. Além dos dados do mês vigente, com exceção dos nomes dos usuários, que deveriam ser levados para o mês seguinte de maneira manual o que causou atraso para o envio dos dados por ter que retificar em muitas ocasiões as mesmas planilhas de dados. Também verifiquei durante o preenchimento que os indicadores não poderiam ultrapassar o percentual de 100%, o que acontecia com frequência por erro de digitação.

Estrategicamente criou-se uma base de dados de registros para poder acompanhar os usuários com hipertensão e/ou diabetes de maneira mais efetiva, pois na unidade os registros eram deficientes e, muitas vezes, inexistentes ou desatualizados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As equipes da saúde da Unidade deram e continuam dando total apoio para o desenvolvimento das ações propostas para a intervenção, pois foi um grande aprendizado para todos e estamos muito gratos pelo trabalho de equipe realizado, pois a intervenção independentemente dos resultados foi satisfatória. A mesma está inserida na rotina de trabalho da unidade e continuaremos em busca das metas propostas. Estamos trabalhando para melhorar a saúde de nossa população em todos os aspectos. Continuamos com o trabalho das ACS e das demais especialidades na promoção e prevenção à saúde por meio de atividades educativas.

Agradecemos pelo trabalho dos membros de todas as equipes da UBS por haverem contribuído para a implantação e desenvolvimento das ações previstas para a intervenção, pois todas as equipes passaram a fazer uso das fichas-espelho utilizadas no atendimento individual aos usuários bem como dos questionários aplicados nas visitas e dos folders distribuídos para a população em geral. Agradecemos também às ACS pelo trabalho realizado diretamente nas casas dos usuários por meio das visitas domiciliares, aos demais profissionais das especialidades que prestarem apoio para a realização de nosso trabalho e por terem aceitado e contribuído muito para a implantação e desenvolvimento das ações, sem esquecer da minha orientadora do curso pelas dicas e pela paciência em todos os momentos de dificuldade quanto ao envio das tarefas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção em saúde realizada na UBS Selestino Andrés de Souza em Caapiranga/AM objetivando a qualificação da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM mellitus foi realizada entre os meses de abril e agosto de 2015 com a participação de 172 pessoas com HAS do total estimado de 774 e 53 pessoas com DM mellitus do total estimado de 191, segundo a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel/UNA-SUS.

Os resultados estão organizados apresentando na sequência os objetivos, as metas e os seus indicadores com os respectivos gráficos dos indicadores em que não alcançamos 100% durante a intervenção.

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na Unidade de Saúde.

A população alvo com HAS era estimada em 774 pessoas e tínhamos como meta alcançar a 70%, mas a meta ficou muito distante do previsto, pois durante o primeiro mês um total de 4,8% (37) foram cadastrados e avaliados pelo

Programa, ao longo do segundo mês alcançamos um percentual de 9,0% (70) e concluímos a intervenção ao final do terceiro mês com 22,2% (172) das pessoas com HAS cadastradas e avaliadas.

A população alvo com DM mellitus era estimada em 191 pessoas e tínhamos como meta alcançar a 70%, mas a meta também ficou muito distante do previsto, pois durante o primeiro mês um total de 6,8% (13) foram cadastrados e avaliados pelo Programa, ao longo do segundo mês alcançamos um percentual de 12,6% (29) e concluímos a intervenção ao final do terceiro mês com 27,7% (53) das pessoas com HAS cadastradas e avaliadas.

Entre as ações propostas para alcançar os resultados apresentados destacamos a abertura do registro para o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM com a utilização da ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Com o apoio das ACS realizamos um levantamento do número destes usuários para o efetivo cadastramento; por meio de palestras, informamos à comunidade sobre a existência do Programa de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS. Todas estas ações foram possíveis a partir da capacitação das ACS para o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência, bem como da capacitação dos demais membros das equipes da UBS para prestar o atendimento adequado à todos os usuários que comparecessem ao serviço durante a intervenção bem como realizar a verificação adequada da pressão arterial e do hemoglicoteste, quando necessário.

Tivemos ao longo da intervenção dificuldades relacionadas às condições climáticas, pois o município vivenciou uma das maiores enchentes já ocorridas nos últimos anos em que não houve condições de manter o trabalho durante todo o período de cheia dos rios, pois toda a cidade ficou completamente alagada.

Além disso, ainda houve o período de férias do médico especializando durante a intervenção e dos demais colegas médicos das outras equipes de saúde da unidade, o que inviabilizou a continuidade do desenvolvimento das ações, mas de forma alguma a população foi prejudicada quanto à qualidade do atendimento prestado. Apenas não conseguimos alcançar a meta proposta de 70% de cobertura de acompanhamento às pessoas com HAS e/ou DM.

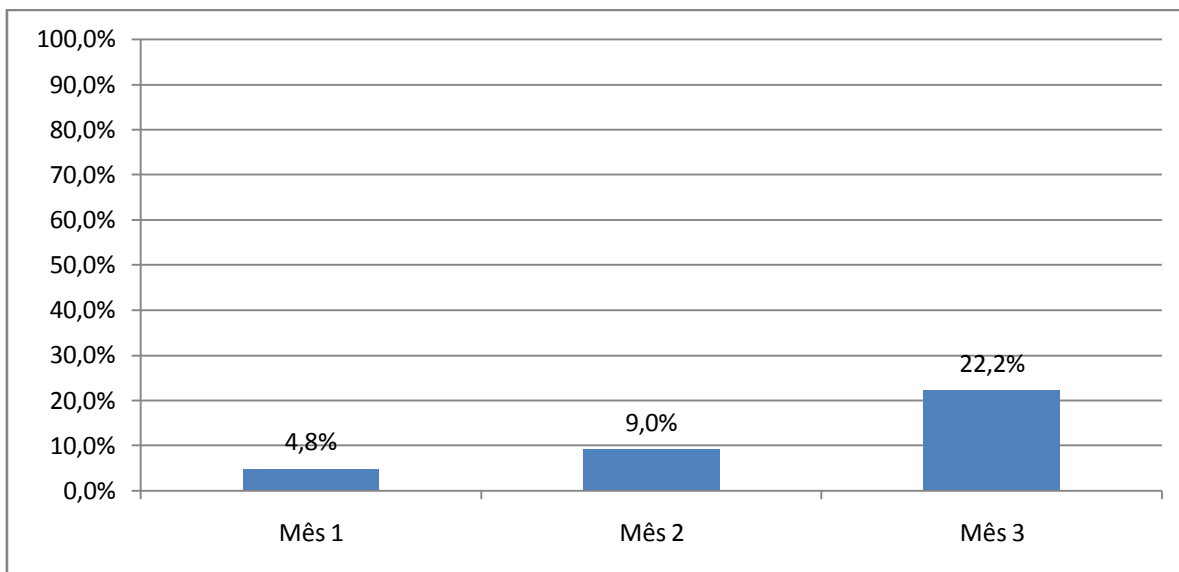


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Selestino Andrés de Souza, no município de Caapiranga, AM, 2015.

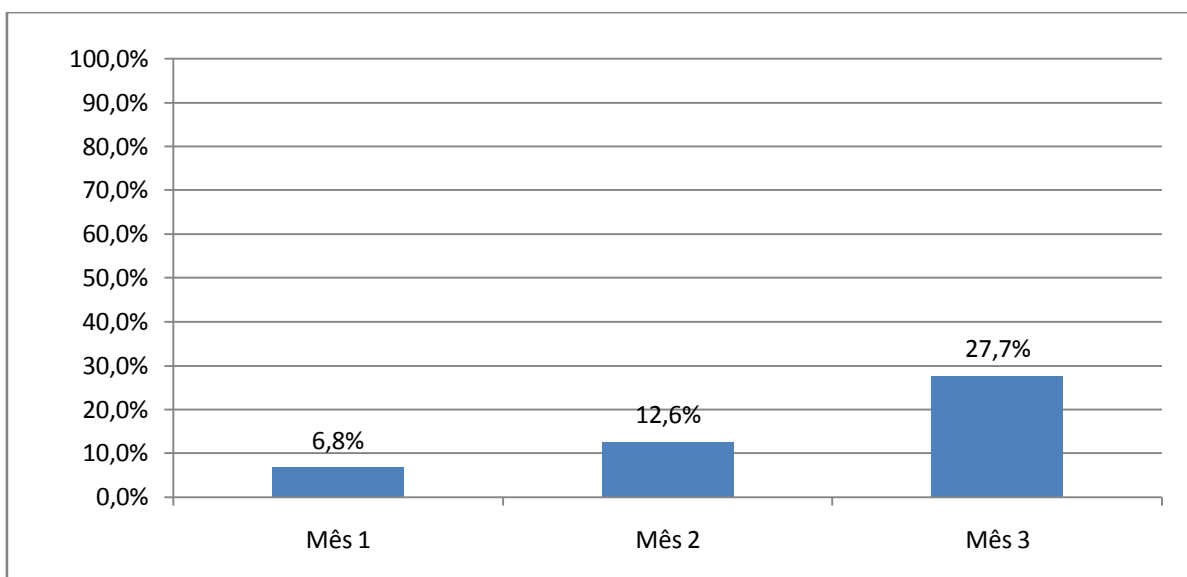


Figura 3 – Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Selestino Andrés de Souza, no município de Caapiranga, AM, 2015.

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

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

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

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

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

O exame clínico foi realizado conforme o protocolo a 37 usuários com hipertensão no primeiro mês; a 70 usuários no segundo mês e a 172 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, alcançamos a meta de 100% quanto à realização de exame clínico apropriado em usuários com hipertensão acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

Também foi realizado o exame clínico conforme protocolo a 13 usuários com diabetes no primeiro mês; a 24 usuários no segundo mês e a 53 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, também alcançamos a meta de 100% quanto à realização de exame clínico apropriado em usuários com diabetes acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

O protocolo estabelece que a posição recomendada para a medida da pressão arterial (PA) é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pessoas sem autonomia, alcoólicos e em pessoas que fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser verificada com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se as recomendações para este procedimento.

Também tem que ser realizada a avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de MMII (membros inferiores); exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades; exame neurológico sumário: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, táctil e vibratória. Assim, procedemos durante o exame clínico com todos os usuários avaliados.

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

Indicador 2.3: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.4: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Dentre os usuários com hipertensão acompanhados que realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo durante o primeiro mês um total de 37 (100%) realizaram os exames; 70 (100%) no segundo mês e 172 (100%) no último mês da intervenção.

Dentre os usuários com diabetes acompanhados que realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um total de 13 (100%) realizou os exames no primeiro mês; 24 (100%) no segundo mês e 53 (100%) no último mês da intervenção. Este fato deve-se ao acompanhamento efetivo por parte da equipe de saúde aos usuários lembrando-lhes da necessidade de realizarem os seus exames e de retornarem ao serviço para apresentação dos mesmos.

O protocolo prevê exames de urina, dosagem de creatinina, glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total, LDL, HDL e triglicérides, eletrocardiograma convencional, fundo de olho. A todos foi solicitado a listagem de exames e todos os realizaram conforme protocolo.

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

Indicador 2.5: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Indicador 2.6: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Todas as pessoas com HAS e/ou com DM mellitus que foram avaliados no serviço aceitaram fazer uso da medicação disponibilizada pela farmácia popular. Assim, a todos foi fornecida a prescrição dos medicamentos. No primeiro mês foi fornecida a prescrição dos medicamentos a um total de 37 usuários com hipertensão; a 70 usuários no segundo mês e a 172 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, alcançamos a meta de 100% quanto à prescrição de

medicamentos da Farmácia Popular priorizada para os usuários com hipertensão acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

Também foi ofertada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 13 usuários com diabetes no primeiro mês; a 24 usuários no segundo mês e a 53 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, também alcançamos a meta de 100% quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada para os usuários com diabetes acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

A medicação para todos os usuários sempre esteve disponível para a retirada mensal de todos os avaliados pelo Programa.

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

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

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

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

Um total de 100% das pessoas com HAS e/ou DM acompanhadas no período da intervenção foram também avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico priorizado para avaliação das necessidades odontológicas, pelo fato dos mesmos pertencerem à população de alto risco, pois a HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento das doenças cardiovasculares. Assim, durante o primeiro mês um total de 37 pessoas com HAS e 13 pessoas com DM foram avaliadas pelo odontólogo da unidade, no segundo mês da intervenção foram 70 pessoas com HAS e 24 com DM e ao longo do terceiro mês conseguimos avaliar um total de 172 pessoas com HAS e 53 pessoas com DM.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção não houve pessoas com HAS e nem com DM faltosas às consultas e por isso não houve necessidade de realizar a busca ativa dos mesmos.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.2: Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para todas as pessoas com HAS e/ou DM avaliadas durante a intervenção foi preenchida a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização objetivando o monitoramento constante dos usuários na continuidade do cuidado. Assim, a meta foi cumprida na totalidade ao longo de todos os meses da intervenção ficando 37, 70 e 172 usuários com hipertensão com a ficha-espelho preenchida ao longo da intervenção no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. E, quanto aos usuários com diabetes um total de 13, 24 e 53 no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente mantendo também 100% dos acompanhados com a ficha-espelho preenchida.

Objetivo 5 – Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

A estratificação do risco cardiovascular foi realizada para 100% dos 172 usuários com hipertensão e dos 53 usuários com diabetes avaliados durante a intervenção em nossa área de cobertura da unidade. Ao longo do primeiro mês a 37 pessoas com HAS e a 13 pessoas com DM foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, durante o segundo mês a estratificação foi realizada a 70 pessoas com HAS e a 24 com DM e durante o último e terceiro mês da intervenção alcançamos a 172 pessoas com HAS e a 53 pessoas com DM com a estratificação de risco cardiovascular realizada. Todos os usuários receberam informações quanto aos fatores de riscos modificáveis e não modificáveis a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Objetivo 6 – Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM

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

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

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

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

Quanto à orientação nutricional sobre alimentação saudável as orientações foram fornecidas a 100% (172) das pessoas com HAS e a 100% (53) das pessoas com DM pelo médico especializando, pela enfermeira, pelas ACS durante a visita domiciliar e reforçadas pela nutricionista da unidade. Utilizamos as consultas individuais, os momentos de visitas domiciliares, durante palestras que foram realizadas em grupos de HAS e/ou diabéticos.

De forma individual, no primeiro mês 37 pessoas com HAS e 13 pessoas com DM receberam as orientações sobre alimentação saudável, no segundo mês

um total de 70 pessoas com HAS e 24 com DM as receberam e concluímos o terceiro mês da intervenção ofertando orientações nutricionais a 172 pessoas com HAS e a 53 pessoas com DM.

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

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

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

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

Durante as consultas, ao longo da intervenção, 100% dos usuários com hipertensão e dos usuários com diabetes que foram avaliados receberam orientações sobre a importância de realizarem atividades físicas regulares como uma forma de promover mudanças quanto ao estilo de vida, pois a atividade física pode prevenir complicações e até mesmo diminuir doenças já existentes. Estas orientações foram fornecidas pelo médico especializando, pela enfermeira e pelas ACS, nos diferentes cenários como consultas individuais, visitas domiciliares e em palestras ofertadas aos grupos de usuários com hipertensão e/ou diabéticos.

Individualmente, no primeiro mês 37 pessoas com HAS e 13 pessoas com DM receberam as orientações sobre a importância da prática regular de atividade física, no segundo mês um total de 70 pessoas com HAS e 24 com DM as receberam e concluímos o terceiro mês da intervenção ofertando orientações sobre a importância da prática regular de atividade física a 172 pessoas com HAS e a 53 pessoas com DM.

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

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

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

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

A 100% (172) dos usuários com hipertensão e a 100% (53) dos usuários com diabetes foram fornecidas orientações sobre os riscos do tabagismo, aos fumantes orientamos sobre como parar de fumar e informamos sobre a possibilidade de uso da medicação que poderia ser utilizada para abandonar o vício. Infelizmente, a Secretaria de Saúde do município ainda não disponibiliza destes medicamentos para auxiliar aqueles que desejam abandonar o vício.

Assim como nas ações anteriores, no primeiro mês 37 pessoas com HAS e 13 pessoas com DM receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês um total de 70 pessoas com HAS e 24 com DM as receberam e concluímos o terceiro mês da intervenção ofertando orientações sobre os riscos do tabagismo a 172 pessoas com HAS e a 53 pessoas com DM.

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

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

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

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

Um total de 100% das pessoas com HAS e/ou DM mellitus acompanhados no período da intervenção receberam orientação sobre higiene bucal por meio do médico especializando em parceria com a odontóloga da unidade de saúde.

Individualmente, no primeiro mês 37 pessoas com HAS e 13 pessoas com DM receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês um total de 70 pessoas com HAS e 24 com DM as receberam e concluímos o terceiro mês da intervenção ofertando orientações sobre higiene bucal a 172 pessoas com HAS e a 53 pessoas com DM.

4.2 Discussão

Ao realizarmos uma avaliação do trabalho desenvolvido consideramos que a intervenção foi uma oportunidade para refletir sobre a importância das pessoas com HAS e/ou DM mellitus pertencerem a um grupo específico em que

são discutidos temas sobre os cuidados, trocas de experiências e/ou vivências, reforçando os seus conhecimentos para com sua enfermidade para melhoria da qualidade de vida.

A intervenção propiciou também a diminuição de uma significativa porcentagem dos usuários sem controle diminuindo assim as complicações garantindo uma melhor qualidade de vida aos usuários e suas famílias assim como diminuindo os gastos para o sistema de saúde. Isto se constitui em um papel primordial para o trabalho em grupo das equipes de saúde.

A ampliação da cobertura da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM, apesar de baixa, conseguiu estabelecer ações de promoção à saúde e prevenção de agravos para a redução da morbimortalidade dos usuários cadastrados.

Também qualificou os registros por meio do uso da ficha-espelho assim como organizou o processo de agendamento aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes viabilizando a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Permitiu conhecer as características epidemiológicas da população e os fatores de risco, melhorando o conhecimento da população bem como a compreensão do significado destas patologias para a atenção à saúde aos adultos afetados pelas mesmas, às suas famílias e a sociedade de forma geral.

A classificação de risco das pessoas com HAS e/ou DM foi importante para apoiar a priorização do atendimento aos mesmos. Destacando-se a ampliação do exame dos pés dos usuários com diabetes e a classificação de riscos cardiovasculares de ambos grupos assim como as interconsultas com os especialistas, além de proporcionar oportunidades para a modificação de hábitos de vida.

Em nossa intervenção, as atividades preventivas conjuntamente com a família e com participação popular serviram para promover a aquisição de hábitos de vida saudável e controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, alcoolismo, entre outros) e incentivou a formação de grupos comunitários para a prática de atividades físicas coletivas voltadas à prevenção integrada dos fatores de risco para HAS e/ou DM promovendo ações e atividades conjuntas entre serviço de saúde e de esportes.

A intervenção exigiu que as equipes se capacitassem para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e do DM.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM eram centradas no médico. A intervenção reviu as atribuições dos demais membros da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos e cada um desenvolveu o seu papel conforme as suas atribuições.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. As pessoas com HAS e/ou DM demonstram satisfação com nosso trabalho apesar da ampliação da cobertura do programa ter sido pequena. Assim, necessitamos continuar trabalhando para alcançar à todos que ainda não estão em acompanhamento pelo serviço.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades com todas as equipes da UBS, e o fluxo do cronograma não tivesse sido afetado pelo período da enchente da cidade e pelas minhas férias.

Como a intervenção está incorporada à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Vamos continuar trabalhando na educação em saúde para a prevenção de fatores de risco e para a conscientização sobre as complicações que a HAS e o DM podem causar, além da dispensação adequada de medicamentos que podem ser estratégias para minimizar essas doenças.

Pensamos que é factível pelo fato de termos como base instrumentos já desenvolvidos no Sistema Único de Saúde em todos os níveis, além de ser um programa de baixo custo para sua execução em relação aos benefícios que trará para toda a comunidade.

Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos, em especial os de alto risco já que os usuários não podem mudar alguns fatores de risco como história familiar ou idade, mas podem, certamente, mudar ou controlar outros importantes como o tabagismo, o peso, a dieta, entre outros.

Tomando este projeto como exemplo, também estudamos a possibilidade de implementar outras intervenções pensando sempre na qualificação da atenção à saúde de nossa população que é de extrema importância.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

Diante do compromisso em dar continuidade às atividades desenvolvidas junto ao Programa de Especialização em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS realizamos uma intervenção em saúde objetivando a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM mellitus pertencentes à área de abrangência da UBS Selestino Andrés de Sousa de Caapiranga/AM.

Primeiramente, realizamos um levantamento sobre a situação do serviço desenvolvido na unidade e como estavam organizados os atendimentos na mesma bem como verificamos a distribuição das ações e a organização dos registros das mesmas. Buscamos informações quanto ao número de usuários vinculados a nossa unidade e a totalidade de usuários de cada grupo específico e como estavam distribuídos na área de abrangência da Unidade.

Durante este levantamento inicial constatamos a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento aos usuários com HAS e/ou DM direcionando as ações ao controle e sistematização dos dados referentes a HAS e ao DM. Assim, iniciamos a intervenção. Lembrando que para realizar as atividades da intervenção eu (médico especializando) tinha liberação de 8 horas semanais para atender as demandas do curso, que na verdade estavam interligadas com a organização das ações realizadas na unidade de saúde.

Para realizar a intervenção elaboramos o projeto da intervenção que continha o diagnóstico situacional, os objetivos e metas que seriam alcançadas. Para cada um destes objetivos e metas foram descritas ações com seus respectivos detalhamentos. As demandas foram criadas e para atendê-las era

necessário o apoio da equipe para responder aos questionários e para realização das ações e apoio da gestão para a realização das cópias das fichas-espelho, das fichas individuais e a disponibilização dos folders para serem distribuídos durante a intervenção.

Estimávamos alcançar com a intervenção a ampliação da cobertura de usuários com hipertensão e/ou diabetes para 70% na área de abrangência da unidade. As ações propostas de ordem qualitativa foram desenvolvidas integralmente. É importante ressaltar que o cronograma não seguiu o fluxo com naturalidade, a situação do clima no município devido o alagamento da cidade além do meu período de férias durante o mês de abril e dos demais colegas médicos das outras unidades inviabilizaram a continuidade das ações pela equipe durante as férias, mas a comunidade não foi prejudicada quanto à qualidade das ações.

Apresentamos um quadro comparativo do antes e depois da intervenção realizada para que a gestão possa comprovar a importância das ações realizadas durante a intervenção realizada entre os meses de abril e agosto de 2015.

Indicadores	Antes da intervenção USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO*	Após a intervenção USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO	Antes da intervenção DIABÉTICOS*	Após a intervenção DIABÉTICOS
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético na unidade de saúde.	-	172 (22,2%)	-	53 (27,7%)
Realização de exame clínico em usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Realização de exames complementares em usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Busca de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetesfaltosos às consultas	-	Não houve faltosos	-	Não houve faltosos
Registro adequado em fichas-espelho ou de	-	172 (100%)	-	53 (100%)

acompanhamento de usuários com hipertensão e/ou diabéticos				
Realização da estratificação do risco cardiovascular em usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Orientação nutricional à usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Orientação sobre a prática de atividade física a usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)
Orientações sobre higiene bucal a usuários com hipertensão e/ou diabéticos	-	172 (100%)	-	53 (100%)

Quadro 4 - demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Selestino Andrés de Sousa de Caapiranga/AM anterior e após a intervenção realizada na unidade de abril a agosto de 2015.

*não havia dados sobre o atendimento às pessoas com HAS e/ou DM somente dos usuários da equipe com que foi realizada a intervenção. Apenas tínhamos os dados estimados para a população total da unidade. Assim, optamos em não estimar os dados somente para uma equipe e iniciamos a intervenção a partir do zero.

Estrategicamente, criou-se uma base de dados de registros para poder acompanhar os usuários com hipertensão e/ou diabetes de maneira mais efetiva, pois na unidade os registros eram deficientes e, muitas vezes, inexistentes ou desatualizados. Até o final da intervenção cadastramos e avaliamos 184 pessoas. Destas, 172 são portadores de HAS e 53 são portadores de DM de uma estimativa de 774 pessoas com HAS e 191 usuários com DM.

Pretendemos manter as ações na rotina do serviço além de ampliar para as demais ações programáticas desenvolvidas na unidade e para isso esperamos contar com o apoio por parte de gestão. Para isso continuaremos trabalhando para melhorar a saúde de nossa população em todos os aspectos por meio do trabalho das ACS e de atividades educativas de promoção e prevenção à saúde.

Com a abertura de uma nova unidade de saúde no município parte da população que foi acompanhada durante a intervenção em nossa unidade passará a fazer parte desta outra unidade, mas sabemos que as ações também serão incorporadas à rotina do novo serviço mantendo a qualificação da atenção à saúde da população com HAS e/ou DM.

A realização da intervenção serviu como um grande aprendizado para todos os membros da equipe e acreditamos que alcançamos resultados satisfatórios para a qualificação da saúde da população adstrita à área.

Faz-se necessário agradecer o trabalho realizado pela equipe de trabalho da UBS por haver contribuído para a implantação e desenvolvimento da intervenção, a todas as ACS pelo trabalho realizado em suas áreas de cobertura e aos demais profissionais pelos serviços que prestarem em apoio ao nosso trabalho.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos e solicitamos apoio à gestão para dar continuidade à qualificação das demais ações programáticas.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Selestino Andrés de Sousa de Caapiranga/AM.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Senhores e senhoras,

Primeiramente gostaríamos de agradecer o apoio recebido da comunidade, de todos vocês no desenvolvimento de nossa intervenção. Hoje estamos aqui para apresentar os resultados da intervenção em saúde realizada na UBS Selestino Andrés de Souza, objetivando a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM.

Foram realizadas múltiplas ações que envolverem a todos os membros das equipes de saúde da UBS e as diferentes especialidades que interatuam em nosso município. Estamos muito gratos por todos terem colaborado com cada uma de nossas atividades planejadas, tanto no âmbito da UBS assim como nos grupos desportivos e sociais que foram organizados para o grupo alvo.

Destacamos que durante todas as consultas foram realizadas as avaliações correspondentes quanto ao exame clínico apropriado, fornecida solicitação para realização de exames complementares a fim de mantê-los em dia e priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas acompanhadas. Também valoramos as necessidades de atendimento odontológico e foi realizada a estratificação do risco cardiovascular em cada um dos usuários que foram avaliados durante a intervenção. Além disso, ofertamos a todas as pessoas avaliadas orientações em relação à alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Até o final da intervenção forem cadastradas e avaliadas 184 pessoas. Destas, 172 eram portadoras de HAS e 53 possuíam DM e dentre as que 53 que possuíam DM, 41 também possuíam HAS associada e 12 eram somente portadoras de diabetes. Temos uma estimativa, projetada pela Planilha de Coleta

de dados disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS, de um total de 774 usuários com HAS e 191 usuários com DM para a nossa área de abrangência. Assim, destacamos que ainda temos muito que fazer para alcançar a toda esta população.

As ações realizadas de ordem qualitativa foram desenvolvidas integralmente. No entanto, enfrentamos uma grande limitação para alcançar um índice maior de cobertura devido ao período de alagamento no município, caracterizado como uma das maiores enchentes dos últimos anos, o que acabou atrasando e prejudicando um pouco o trabalho. Também, durante o período de intervenção houve a minha saída por férias e por isso a intervenção foi reduzida de 16 para 12 semanas. Além das condições climáticas, da minha saída para férias também houve a saída de férias de colegas médicos das outras duas equipes de trabalho da UBS, o que inviabilizou a continuidade das ações durante este período.

Mas, informamos à comunidade que as ações estão inseridas na rotina do serviço e que serão mantidas para dar continuidade ao Programa de qualificação da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM mellitus pertencentes à área de abrangência da unidade.

Apesar de alcançarmos durante as 12 semanas de intervenção um pequeno percentual de pessoas com HAS e/ou DM acreditamos que o município ganhou em qualificação dos atendimentos à estes usuários, pois hoje estas doenças constituem-se em uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil.

A identificação dos sintomas, sinais, fatores de risco e a educação em saúde foram realizados graças ao trabalho de casa em casa pelas ACS. O esclarecimento de dúvidas, a entrega dos folders explicativos assim como as palestras oferecidas em cada espaço da nossa intervenção possibilitaram o aumento do nível de conhecimento da população de modo geral sobre estas doenças.

Faz-se necessário agradecer o trabalho de todas as equipes de trabalho da UBS por haverem contribuído para a implantação e desenvolvimento da intervenção e, especialmente a todas as ACS pelo trabalho incansável realizado

em suas áreas de cobertura bem como aos demais profissionais que prestarem apoio ao nosso trabalho.

Diante desta realidade esperamos contar sempre com o apoio dos senhores para dar continuidade à intervenção mantendo incorporadas todas as ações na rotina da UBS. A ajuda e colaboração da comunidade são fundamentais, pois sem vocês nada poderia ser feito.

Muito obrigado por cada momento compartilhado e esperamos poder continuar qualificando as demais ações do serviço utilizando esta intervenção como exemplo, sempre pensando na qualidade de vida e saúde para todos os brasileiros. Muito obrigado.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Selestino Andrés de Souza, Caapiranga/AM.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para começar muito obrigado à Universidade Federal de Pelotas por me permitir formar parte de seu quadro de alunos. Quando me falaram que deveria fazer um curso à distância pela internet nunca imaginei o desafio que teria pela frente. Era algo totalmente novo para mim, uma modalidade de ensino nova que teria que assumir e que no início me causou medo, tanto pela pouca experiência em informática assim como pela situação da internet no município brasileiro em que fui alocado para trabalhar, sem deixar de mencionar as dificuldades com o idioma.

No princípio foi tudo muito difícil mesmo, pois não conseguia me cadastrar no curso, depois as abas do programa não carregavam porque a internet era e continua sendo de péssima qualidade, mas logo lentamente cada coisa foi tomando seu caminho.

As semanas de ambientação foram realmente uma etapa totalmente nova e importante para mim, depois com a participação nos fóruns e com os envios das tarefas o trabalho foi se tornando mais fácil, servindo de treinamento e tornando a navegação e o entendimento das tarefas menos complicado. A ajuda dos meus colegas e o pessoal de trabalho da equipe quanto ao idioma foi muito importante para a compreensão de cada tarefa que era solicitada pelo curso.

Considero muito o trabalho desenvolvido pela minha orientadora, a quem sempre vou estar agradecido pelas dicas e pelo apoio recebido, conseguindo manter uma comunicação profissional e amigável, independente da distância.

Com certeza foi um curso muito bem organizado, com todas as ferramentas necessárias para o desenvolvimento do mesmo, tive a oportunidade de conversar com outros estudantes que nem conhecia, saber da suas

experiências no trabalho diário, trocando ideias e esclarecer cada uma das dúvidas que surgiam ao longo do caminho.

Cada um dos casos interativos foi muito interessante e me ajudou a relembrar conhecimentos sobre a tomada de atitudes, além de conhecer as condutas pelas quais se trabalha no Ministério de Saúde Brasileiro. Toda a bibliografia fornecida pelo curso foi muito importante e serviu para a minha preparação ao longo de cada semana de estudo e trabalho.

Os temas de prática clínica serviram para estimular meus conhecimentos quanto aos itens em que eu apresentava alguma dificuldade nas avaliações, reforçando assim a minha preparação como profissional. Com o tema de estudo, encontrei a possibilidade de trabalhar na prevenção destas doenças (HAS e DM), além de conhecer um pouco mais sobre a cultura, os hábitos e os estilos de vida da população onde trabalho.

Considero que esta experiência vai ser inesquecível e com toda certeza surgirão mais oportunidades de trabalhar utilizando esta modalidade a distância.

Foi muito bom o trabalho em equipe e me estimulo a fazer estudos similares em um futuro próximo com outros grupos da população que sejam de interesse para a saúde da população pertencente à UBS.

Sinto-me muito grato por cada momento compartilhado, pelo apoio contínuo e pelo alto grau de profissionalismo das pessoas que me acompanharam nesta trajetória. Penso que as madrugadas de desvelos e os momentos de raiva diante das dificuldades climatológicas e comunicativas serviram para me demonstrar que tudo pode ser possível.

Muito obrigado sempre!!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: **controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 124p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: **crecimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª Edição, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estimativa 2012: **incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2012**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Apêndices

Apêndice A – Questionário para avaliação de conhecimentos

Perguntas	Sim	Não
Conhece o que é Hipertensão Arterial Sistêmica?		
Você sofre de Hipertensão Arterial Sistêmica?		
Você esta tomando medicação para Hipertensão Arterial Sistêmica?		
Tem algum familiar sofrendo de Hipertensão Arterial Sistêmica?		
Conhece alguns dos fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica?		
- Hereditariedade		
- Aumento da Idade		
- Raça/cor		
- sexo		
- excesso de peso		
- falta de atividade física		
- Tabagismo		
- ingestão de café		
- ingestão de gordura		
- ingestão de cal		
- ingestão de álcool		
- doenças cardiovasculares		
- fatores socioeconômicos		
Conhece complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica?		
- Coração		
- Rim		
- Cérebro		
- Olhos		
- Morte		

Apêndice B – Tabela de avaliação clínica dos usuários com hipertensão

Risco Associado		Grau I	Grau II	Grau III
		140-159/90-99	160-179/100-109	>180/>110
	Sem risco	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
I	1 ou 2 Fatores de Risco	Risco Médio	Risco Médio	Risco Muito Alto
II	3 ou mais Fatores de Risco Dano Órgãos alvo	Risco Alto	Risco Alto	Risco Muito Alto
V	Dano Clínico Renal e Cardiovascular	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																	
Indicador para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com os exames complementares 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 medicamento?	Todos os medicamentos estão sã o da lista do Hipertido ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	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 registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	

Pronto Referências Circulares

23:30 15/07/2015

