

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira/AM**

**Especializando: German Martinez Bretana
Orientadora: Fernanda Ferreira**

Pelotas, 2016

German Martinez Bretana

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira/AM**

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

Orientador: Fernanda Ferreira

Pelotas, 2016

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

B844m Bretaña, German Martínez

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira/AM / German Martínez Bretaña; Fernanda Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

84 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ferreira, Fernanda Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha esposa que durante muitos anos tem sido a minha maior inspiração para todo quanto faço na minha vida e a minha família toda, que ainda muito longe e sentindo saudade continua-me apoiando nesta etapa importante, mas, difícil da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus que me acompanhou e deu forças para a realização deste curso.

A toda a equipe e pessoas que atuam na Unidade Básica de Saúde que participaram de forma efetiva na organização, busca de informação e fornecimento do material indispensável para a realização do trabalho.

A todos meus colegas presentes no município que fizeram mais confortável a minha permanência até agora.

Meu agradecimento muito especial às orientadoras, Fernanda Ferreira e Marysabel Pinto Telis Silveira (me acompanhou no início do curso), pela presença em todas as etapas de execução deste trabalho, compartilhando ideias com apoio incondicional sem o qual não teria sido possível a realização desta jornada.

Resumo

BRETANA, German Martinez. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Padre Teodoro em Envira / Amazonas**. 2016. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças de grande impacto na Saúde Pública, sendo essencial que haja ênfase na promoção, prevenção e controle. Dessa forma, mediante análise situacional, verificou-se a necessidade de melhoria nos indicadores de cobertura e do serviço de saúde da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS/ESF Padre Teodoro. Por isso, planejou-se uma intervenção que objetivava melhorar a cobertura e a adesão; melhorar a qualidade dos serviços de saúde; melhorar o registro das informações; os usuários de risco e promover a Saúde no programa. Nesse sentido, estabeleceram-se objetivos e indicadores a fim de avaliar a intervenção no período de três meses entre setembro e dezembro de 2015, considerando-se os eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Usaram-se os instrumentos disponibilizados pelo curso, ficha espelho e planilha de coleta de dados e os Protocolos do Ministério da Saúde (MS) como referências para a reorganização da ação programática. Pré-intervenção, a cobertura de usuários com HAS era de 22%, correspondendo a 165 pessoas e para usuários com DM era de 15% que corresponde a 31 pessoas, além de deficiências na qualidade dos registros e na solicitação de exames complementares. Com a intervenção, ambas as coberturas se ampliaram, atingindo 259 usuários com HAS (40,7%) e 41 usuários com DM (26,1%), além do serviço de saúde ter sido implementado, já que, todos os usuários receberam exame clínico adequado, todos receberam orientações sobre higiene bucal, riscos do tabagismo e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Entretanto, o indicador de solicitação de exames complementares requer melhorias, visto que, em virtude da demanda, o laboratório tende a demorar nos agendamentos e posteriores resultados, o que pode impactar o acompanhamento dos usuários. Ainda assim, a intervenção se refletiu de forma positiva sobre a atenção à saúde dos usuários, pois, permitiu a integração entre as equipes e um maior diálogo entre os profissionais, repercutindo nos atendimentos. Diante disso, o próximo desafio da UBS/ESF será envolver maior número de usuários, especialmente, aqueles que residem em zonas rurais, a fim de que todos tenham acesso a um serviço de qualidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	UBS/ESF Padre Teodoro	13
Figura 2	UBS/ESF Padre Teodoro – vista interna / recepção	14
Figura 3	UBS/ESF Padre Teodoro – sala de espera	14
Figura 4	UBS/ESF Padre Teodoro – consultório médico	15
Figura 5	Atendimento clínico – intervenção	53
Figura 6	Meio de transporte fluvial – intervenção	54
Figura 7	Visita às comunidades rurais – intervenção	54
Figura 8	Consultório itinerante – intervenção	55
Figura 9	Atividades educativas coletivas – intervenção	56
Figura 10	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde.	59
Figura 11	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	60
Figura 12	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	62
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 14	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.	64
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa.	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CSI	Centro de Saúde Integral
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças de transmissão sexual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAS	Pressão arterial sistêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão	74
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	79
Apêndices / Anexos.....	80

Apresentação

O presente volume trata sobre Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade Ensino à Distância – da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção com duração de 12 semanas com o propósito de melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira / AM.

O volume está organizado em sete seções:

No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso, explicitando a situação do serviço de saúde.

No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção, baseado nos Protocolos do MS.

Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório de Intervenção, apresentando as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos mesmos.

O quinto e sexto capítulos são os relatórios da intervenção para os gestores no município e comunidades, respectivamente.

No sétimo capítulo e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso com sua importância.

Ao final do volume, está a bibliografia que inclui os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

11

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no município de Envira, localizado no interior do estado Amazonas na Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro, a infraestrutura do centro é boa, composta por uma área de recepção, sala para triagem com o instrumental necessário para os adultos e crianças, três consultórios médicos com ar condicionado, com mesa para realizar exames ginecológicos, lava mão e banheiro, tem consultório odontológico, sala de atividades coletivas, sala de vacinas, sala para curativo e nebulização, laboratório clínico, esterilização, cozinha e banheiros, a área de dispensação de medicamentos está centralizada numa farmácia popular. As oito equipes de saúde familiar do município foram conformadas recentemente, a minha esta composta por oito agentes comunitários de saúde, a maioria deles moram nas comunidades rurais que atendem, enfermeira, técnico de enfermagem y odontológicos e atendemos diversas comunidades rurais dispersas na ribeira do rio, a maioria delas só tem acesso fluvial.

Realizamos atendimento agendado, consultas de pré-natal, Saúde da Criança, a pessoas com doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes Mellitus, Epilepsia e para demanda espontânea que permite também aos usuários que moram na zona rural e as emergências realizem a consulta. Uma das dificuldades que tem a população rural é a acessibilidade aos serviços de saúde devido à distância que tem que recorrer para chegar ao centro por via fluvial, causando um maior numero de atendimentos por demandas espontâneas em relação com o atendimento planejado aos diferentes grupos. As ações referentes aos programas são registradas nos prontuários de cada paciente e são realizadas sempre que o usuário vem para consulta. Estes prontuários permanecem no arquivo e acompanham nas visitas domiciliares, com objetivo de registrarem-se as ações.

Realizamos a reunião semanal da equipe e planejamos as visitas domiciliares cada semana a uma comunidade, aos usuários idosos que precisam do atendimento, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade, também são realizadas. No próximo mês vamos começar as visitas às comunidades para realizar atendimento em consultas ficando vários dias em cada uma delas, principalmente as mais distantes, providenciando os medicamentos.

O município conta com um hospital novo inaugurado faz um mês, com maior cobertura de leitos, tem equipe de raios-X, ultrassom, mamógrafo que prestam serviço aos postos de saúde. 12

Nas visitas às comunidades realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde através de palestras promovidas pela equipe de saúde, as quais são planejadas, segundo as necessidades de saúde da população. A relação com os comunitários é muito boa e respeitosa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho no município de Envira, localizado no interior do estado Amazonas com uma população de aproximadamente 18 000 habitantes cujo acesso é só possível pela via fluvial e aérea, além de estar na divisa com o Acre. O município apresenta como base econômica o setor primário (agricultura, pecuária e pesca de forma artesanal) bem como possui várias comunidades rurais que vivem nas margens do Rio Tarauacá. Ademais, o município apresenta renda per capita baixa, sendo que, a maioria das famílias está alocada no Programa Bolsa Família do Governo Federal.

Quanto à Saúde, o município apresenta oito equipes de saúde da família distribuído em três Unidades Básicas de Saúde, uma delas possui laboratório clínico para a realização de exames complementares que provê cobertura para todas as outras UBS, no município temos um hospital construído há menos de um ano com uma adequada estrutura e equipamentos necessários, laboratório clínico, raios x e mamógrafo que prestam serviço às UBS, mas só com atenção especializada de ortopedia uma semana ao mês e mutirão de cirurgia, cardiologia e ginecologia duas vezes por ano. Há disponibilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A minha Equipe de Saúde da Família foi conformada recentemente para atendimento da área rural do município e a UBS está em construção, dessa forma, estamos trabalhando temporariamente na UBS Padre Teodoro (Figura 1). que se encontra na zona urbana com modelo de atenção de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As três equipes de ESF que trabalham na UBS são constituídas por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde (ACS). Existe uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) que atende a população das três equipes.



Figura 1: UBS/ESF Padre Teodoro. Fonte: Arquivo Próprio

A UBS tem uma boa estrutura física, com boa ventilação e iluminação, pisos e paredes de superfície lisas e laváveis, tem os ambientes necessários para as três equipes de saúde da família que trabalhamos nela, conformada por sala de espera com cadeiras para os usuários, recepção com gavetas para arquivo de prontuários e outros documentos, sala de triagem, sala de vacina, sala para coleta de material para análises clínico, laboratório clínico, sala para recepção, lavagem e descontaminação de materiais para esterilizar, sala de esterilização, quatro consultórios, todos com pilha, ar condicionado e dois deles com banheiros, um consultório odontológico, também sala de reunião e educação em saúde, sala para os ACS, copa / cozinha, 2 banheiros para usuários e dos banheiros para funcionários, abrigo para resíduos sólidos, depósitos de lixo e de materiais de limpeza (Figuras 2, 3 e 4).



Figura 2: UBS/ESF Padre Teodoro - vista interna / recepção. Fonte: Arquivo Próprio



Figura 3: UBS/ESF Padre Teodoro - sala de espera. Fonte: Arquivo Próprio



Figura 4: UBS/ESF Padre Teodoro - consultório médico. Fonte: Arquivo Próprio

As principais deficiências são a falta de sala para nebulização que são realizadas na sala de curativos, a situação da farmácia fora da UBS dificulta aos usuários à aquisição dos medicamentos, quanto às barreiras arquitetônicas a ausência de banheiros adaptados para pessoas portadoras de deficiência, os corredores não têm corrimãos e não existem cadeiras de rodas disponíveis para usuários que necessitem.

Realizamos atendimento no domicílio e nas escolas. Minha equipe tem como área de abrangência zona rural, mas alguns dos agentes comunitários de saúde moram no micro áreas de trabalho o que facilita atendimento mais contínuo nos domicílios e o conhecimento das necessidades de atendimento das comunidades para o planejamento das visitas do médico e enfermeira da equipe durante a reunião realizada quinzenalmente para a construção da agenda de trabalho e programação das ações.

Temos dificuldades com a adesão dos usuários às ações programáticas realizadas na UBS/ESF por causa do transporte, porém, esses comparecem à consulta como demanda espontânea incluindo aos usuários para acompanhamento dentro do programa de hipertensão, diabetes e Saúde da Criança. Devemos melhorar a atividade de busca de faltosos às ações programáticas

As comunidades não apresentam participação no controle social, as equipes devem promover esta participação, identificar os parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

São realizadas atividades de qualificação profissional para oferecer uma atenção de qualidade a população e melhorar os indicadores de saúde, mas ainda estão faltando as atividades de qualificação relacionadas com a gestão em saúde e fortalecimento do controle social.

Os profissionais da equipe não participaram no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, além não existe identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a risco. No gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS não participam os profissionais, esta atividade só é feita pela gerente.

A minha UBS tem uma área adstrita com uma população total de 4188 habitantes para as três equipes de saúde familiar considerando-o adequado com o tamanho do serviço e a estrutura das equipes. No perfil demográfico da população predomina o sexo feminino representado pelo 51,3% e a faixa etária de 15 a 59 anos.

A minha UBS tem três equipes de saúde, o tamanho do serviço e a estrutura das equipes é adequado ao tamanho da área adstrita que tem uma população de 4188 habitantes e a minha equipe tem uma população de 349 habitantes com predomínio do sexo masculino (50,9%) entre 15 e 59 anos, considerando-se que se trata de uma extensa área e rural. Existem algumas comunidades que estão sendo adicionadas a minha população, mas ainda não estão definidas.

Na minha unidade se realiza acolhimento de demanda espontânea todos os dias de atendimento e nos dois turnos. Este processo começa se a realizar com a chegada do usuário na recepção onde se entrega a ficha individual de atendimento, depois passa à triagem e a equipe de acolhimento do dia faz uma avaliação do risco, escutam as necessidades dos usuários, realizam a medição de sinais vitais e medidas antropométricas encaminhando ao paciente para o atendimento necessário.

A equipe tem algum conhecimento da classificação dos riscos biológicos para definir o encaminhamento da demanda dos usuários, mas, eu considero que se poderia aprofundar por meio de capacitações.

Quanto à consulta médica há um excesso de demanda para o atendimento de usuários com problemas de saúde agudos para serem atendidos no dia e é necessária

a avaliação para orientar ao usuário retornar ao dia seguinte, todavia, busca-se ser resolutivo já no dia da ocorrência. Também é considerada a presença de vulnerabilidade social.

Eu considero que a principal dificuldade originada pelo excesso de demanda espontânea está relacionada com que o médico disponha menor tempo para a realização da consulta, interferindo na qualidade do atendimento, por este motivo devemos realizar ações para manter o sistema organizado quanto à programação das consultas.

O atendimento à **Saúde da Criança** é realizado dois dias da semana pelas enfermeiras e médicos em todos os turnos. Além das consultas programadas de Saúde da Criança, existe excesso de demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, porém estes atendimentos se realizam todos os dias. Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, avaliação da saúde bucal e mental, imunização, teste do pezinho, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno e outras ações de prevenção e promoção em saúde. Existe o Programa Bolsa Família do Ministério da Saúde.

Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos de Saúde da Criança, estes são registrados no prontuário clínico, odontológico e de vacinação e na Caderneta da Criança. Não tem monitoramento regular das ações. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), estimam-se 88 crianças menores de um ano, sendo que, todas estão cadastradas na unidade de saúde perfazendo 100% de cobertura, todavia, os indicadores de qualidade do serviço de saúde apontam 47 (53%) das crianças com consultas em dia, 71 (81%) com atraso na consulta agendada em mais de sete dias, sem triagem auditiva (0%), 27 (31%) com avaliação bucal, 88 (100%) para orientações para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Contamos com todos os instrumentos necessários para a avaliação do crescimento e desenvolvimento, com os exames complementares e suplemento ferroso para realizar a atenção à saúde com qualidade. Não há uma equipe de profissionais para realizar o planejamento e monitoramento das ações.

Na minha UBS se realizam atendimentos do Pré-natal durante a semana pelos enfermeiros e médicos das equipes e atendimento à demanda por problemas agudos todos os dias e em todos os turnos. Realizam-se ações de diagnóstico e tratamento

de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e saúde mental, exame citopatológico do colo do útero e exame clínico das mamas como parte do controle dos cânceres do colo do útero e mama, imunizações, ações de planejamento familiar e de prevenção e promoção em saúde.

Considerando-se o CAP, no **Pré-natal e Puerpério**, estimam-se 42 gestantes na área de abrangência, sendo que, todas as usuárias (100%) já estão cadastradas na UBS/ESF. Os indicadores da qualidade do serviço de saúde apontam 31 (74%) com Pré-natal iniciado no 1º trimestre, 37 (88%) com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, 42 (100%) com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, 39 (93%) com vacina antitetânica conforme protocolo, 39 (93%) com vacina contra hepatite B conforme protocolo, 42 (100%) com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, 35 (83%) com exame ginecológico por trimestre, 19 (45%) com avaliação de Saúde Bucal e 42 (100%) com orientação sobre aleitamento materno exclusivo.

Quanto às puérperas, estimam-se 88 partos ocorridos nos últimos 12 meses, estando cadastradas 85 usuárias, o que resulta em uma cobertura de 97%. Os indicadores da qualidade do serviço de saúde apontam 85 (100%) para consulta antes dos 42 dias de pós-parto, consulta puerperal registrada, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, orientação sobre planejamento familiar, exame das mamas, exame do abdome, estado psíquico avaliado e intercorrências; 78 (92%) exame ginecológico.

Uma das dificuldades observadas no programa se refere ao fato de que algumas usuárias moram em comunidades rurais distantes, com difícil acesso, só fluvial, bem como há escassez de materiais / insumos como espéculos que limitam parcialmente a realização de exame ginecológico. Temos algumas dificuldades relacionadas com a qualidade da atenção, principalmente com a realização de exames complementares, já que, no município não contamos com alguns exames laboratoriais nem com Ultrassonografia.

A equipe participa nas atividades de promoção em saúde das gestantes e puérperas oferecendo orientações sobre alimentação, ganho de peso, importância da vacinação, saúde bucal, aleitamento materno, cuidados do recém-nascido entre outras, sempre relacionadas com a idade gestacional.

Na minha UBS, ao se comentar sobre o **controle do câncer de colo de útero e prevenção do câncer de mama**, se realiza a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico nas quartas-feiras nos dois turnos pelas enfermeiras das equipes e se investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame. O rastreamento oportunístico do câncer de mama é realizado todos os dias da semana, mas não tem uma consulta específica para estes rastreamentos, sendo que, os atendimentos são realizados nas consultas de clínica geral em que também é solicitada mamografia ou ecografia, conforme as circunstâncias e a faixa etária da usuária.

Segundo o CAP, estimam-se 206 mulheres entre 50 e 69 anos, sendo que, estão cadastradas 98, o que representa 48% da cobertura; quanto à qualidade do serviço de saúde, há uma carência de informações quanto à mamografia; frente à avaliação para risco de câncer de mama e orientação sobre prevenção, atingiram-se 98 (100%).

Quanto ao CAP, estimam-se 887 mulheres entre 25 e 64 anos, estando cadastradas 421 (47%); similarmente, não existe um registro específico quanto à coleta citopatológica e seus resultados, o que não permitiu preencher o caderno. Nesse sentido, os indicadores de qualidade do serviço de saúde demonstram 351 (83%) tiveram avaliação de risco para câncer de colo de útero, 351 (83%) receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero, 351 (83%) foram orientadas quanto às DSTs.

Dessa forma, as principais dificuldades no controle do câncer de colo do útero e de mama no meu serviço estão relacionadas a falta de rastreamento organizado, visto que, não existem registros dos exames, o que interfere no monitoramento; ademais, além desse déficit nos registros, o único mamógrafo do município está sem funcionar há 7 meses.

Em relação à atenção às pessoas com **Hipertensão e/ou Diabetes** se realizam atendimento todos os dias da semana em todos os turnos. Também são atendidos os adultos com problemas de saúde agudos devido a essas doenças, bem como, contamos com o apoio do NASF para avaliação nutricional e psicológica e grupos. Embora essas ações ocorram na UBS/ESF, infelizmente, não temos um registro específico que propicie o monitoramento regular das ações. Nesse sentido, através do CAP que estima 744 pessoas com HAS, apenas 165 (22%); quanto ao serviço de

saúde, 43 (26%) apresentam estratificação de risco cardiovascular, 51 (31%) estão com os exames complementares em dia, 48 (29%) apresentam avaliação de Saúde Bucal e 155 (94%) tiveram orientações sobre alimentação saudável e benefícios da prática regular de atividade física.

Em relação aos usuários com DM, estimam-se 212 pessoas em que 31 (15%) estão cadastradas; similarmente, o serviço de saúde apresenta 17 (55%) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 2 (6%) com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 13 (42%) com exames complementares periódicos em dia, 17 (55%) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 27 (55%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular, 2 (6%) receberam orientação nutricional para alimentação saudável e 11 (35%) com avaliação de Saúde Bucal em dia.

Quanto à **Saúde da Pessoa Idosa**, o CAP estima 254 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência, sendo que, 243 (96%) estão cadastrados na UBS/ESF. Sobre o serviço de saúde, 131 (54%) apresentam avaliação multidimensional, 102 (42%) apresentam diagnóstico de HAS, 26 (11%) têm diagnóstico de DM, 75 (31%) apresentam avaliação de risco para morbimortalidade, 93 (38%) com avaliação de Saúde Bucal em dia e 243 (100%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Em relação à **Saúde Bucal**, estimam-se 12 crianças (pré-escolares de 0 a 4 anos) com atendimento em 1ª consulta programática, resultando em cobertura de 7%, 34 escolares de 5 a 14 anos (4%), 48 (exceto gestantes, de 15 a 59 anos) (2%), idosos (60 anos ou mais) (4%) e 5 gestantes, correspondendo a 12%.

Dessa forma, pelas informações advindas do CAP, percebemos a necessidade de melhorar a atenção aos usuários, tanto nas coberturas quanto no serviço de saúde, o que me faz considerar que os recursos da UBS para sua qualificação são: - Estrutura física adequada com os recursos materiais necessários para a realização do atendimento de acordo com a demanda da população e com os protocolos; - Equipes de ESF completas para dar cobertura à área adstrita.

Pensando-se em desafios, acredito que os principais são: - Completar o cadastramento de 100% da população; - Estruturar e desenvolver as ações

programáticas conforme as recomendações, priorizando-se adequado registro que 21
resultará em um monitoramento mais fidedigno da realidade; - Melhorar a
disponibilidade de serviço especializado no município e dos exames complementares;
- Fortalecer o trabalho de prevenção em saúde procurando outros espaços
comunitários com maior participação da população e integrantes das equipes.

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

Realizando uma comparação entre o texto "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", tarefa da segunda semana de ambientação e o relatório apresentado sobre Análise Situacional eu considero que o relatório reflete uma análise mais profunda da situação na minha UBS, já que, no decorrer da Unidade 1 adquirimos conhecimentos que nos permitiram realizar uma avaliação mais crítica da rede de saúde no município, das condições estruturais da UBS e da situação das ações programáticas. A visão sobre a UBS evoluiu significativamente tendo como base a bibliografia proporcionada, o preenchimento dos questionários e do Caderno de Ação Programática.

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, sendo que, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% em adultos, atingindo-se 50% em indivíduos entre 60 e 69 anos. Está relacionada a problemas cardiovasculares e renais, além de transtornos cognitivos e demências. Sendo assim, essa multiplicidade de possíveis complicações torna a HAS como uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2014a).

A Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial, tendo-se como possíveis consequências o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a neuropatia diabética. Estima-se que no Brasil, em 2030, 11,3% das pessoas apresentarão a doença (Brasil, 2014b).

Tanto a HAS quanto a DM são responsáveis pela primeira causa de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (Brasil, 2014b), o que demonstra a importância de uma atenção integral com vistas à prevenção, promoção e controle.

A Equipe de Saúde da Família em que atuo na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira/AM, atende parcialmente na zona rural do município e é constituída por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e oito Agentes Comunitários de Saúde. Ademais, estamos com uma população de 4.118 usuários, sendo que, em nível de estrutura física, apresenta boa ventilação e iluminação, sala de espera com cadeiras para os usuários, recepção, sala de triagem, sala de vacina, sala para coleta de material para análise clínica, laboratório clínico, sala de recepção, lavagem e descontaminação de materiais para esterilizar, sala de esterilização, três consultórios médicos e um de enfermagem, um consultório odontológico, sala de reunião e educação em saúde, sala para os ACS, copa, cozinha, dois banheiros para usuários e dois para funcionários, abrigo para resíduos sólidos, depósitos de lixo e de materiais de limpeza.

O Caderno de Ações Programáticas (CAP) estimou 744 usuários com HAS, sendo 165 acompanhados na unidade de saúde, resultando em uma cobertura de 22% e 212 usuários com DM, sendo 31 acompanhados com cobertura de 15%.

Quanto à qualidade do serviço, 51 usuários com HAS (31%) e 42 usuários com DM (42%) apresentam exames complementares em dia, 43 usuários com HAS (26%) possuem estratificação do risco cardiovascular e somente 17 usuários com DM (55%) tiveram exame clínico completo, incluindo-se exame do pé diabético. Ademais, somente 48 usuários com HAS (29%) e 11 usuários com DM (35%) compareceram à consulta de odontologia para avaliação da saúde bucal.

Assim, com base nas necessidades da população da área de abrangência da UBS, a escolha deste foco de intervenção objetiva qualificar a atenção à saúde desses usuários em termos de cobertura e de qualidade do serviço de saúde e terá apoio da equipe que se atualizará frente aos protocolos do MS e buscará implementar a ação programática na unidade de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM UBS/ESF Padre Teodoro, Envira/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Metas:

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

1.2 Cadastrar 50% usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Metas:

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

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

2.3. Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. 24

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

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

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

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

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

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa

Metas:

3.1. Buscar 100% dos usuários com HAS às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2. Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre usuário com HAS e/ou DM.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Objetivo nº 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovasculares.

Metas:

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

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde. 25

Objetivo nº 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM na área de abrangência.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção será desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade ESF Padre Teodoro, em Envira/AM em que participarão usuários com HAS e/ou DM e e as três equipes da unidade de saúde e serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (2014).

2.3.1 Detalhamento das ações

26

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão para 70% e com diabetes para 50%.

Ação - Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes.

Detalhamento da ação: Vamos monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da UBS, em reunião semanal, com a revisão do cadastro feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e da Planilha de Coleta de Dados, avaliando o registro adequado de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Garantir o registro dos usuários com HAS cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Garantir o registro dos usuários com DM cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários com DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento das ações: Todos os usuários com HAS e/ou DM que se dirigirem à UBS para atendimento clínico ou para outro serviço serão cadastrados no programa preenchendo a ficha espelho e será registrado na planilha de coleta de dados. O acolhimento será realizado de forma programada dois dias na semana nos dois turnos e a demanda espontânea será atendida no dia. Vamos realizar reunião com a gerência da UBS para garantir material adequado para a mensuração da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na UBS.

Ações - Engajamento Público:

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

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

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

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

Detalhamento das ações: Realizaremos mensalmente palestras e rodas de conversa na comunidade e na UBS para informar sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Ações - Qualificação da prática clínica.

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

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

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

Detalhamento das ações: Na semana prévia ao início da intervenção e em cada reunião semanal da equipe vamos fazer atividades de capacitação para toda a equipe sobre verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos; além disso, capacitaremos os ACS quanto ao cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes e atualização da população da área da UBS.

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

Metas:

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

- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.
- 2.3 Realizar exame dos pés em 100% dos usuários com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).
- 2.4. Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Garantir a 100% dos usuários com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.
- 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastradas na UBS.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com diabetes.

Monitorar a realização de exame dos pés dos usuários com diabetes.

Monitorar o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Monitorar o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

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

Monitorar o número de usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Monitorar os usuários com hipertensão que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar os usuários com diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Para o cumprimento das metas vamos realizar, nos atendimentos clínicos e nas visitas domiciliares, o exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes, incluindo exame dos pés aos usuários com diabetes; semanalmente vamos monitorar as fichas espelho para observar o registro destes exames clínicos e também da solicitação de exames complementares de acordo com protocolo e com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e os usuários que necessitam de atendimento odontológico.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com diabetes.

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitem de consulta especializada.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento das ações: Na semana previa à intervenção vamos realizar capacitação da equipe definindo as atribuições de cada membro da equipe quanto ao exame clínico dos usuários com HAS e DM, em todas as reuniões semanais da equipe vamos dar continuidade à capacitação sobre o protocolo de HAS e/ou DM que será utilizado durante a intervenção e a gerência da UBS vai disponibilizar a versão impressa para que todos os profissionais possam ter acesso.

Nas visitas domiciliares e nas consultas será realizado o exame dos pés aos usuários com diabetes pela médica e a enfermeira; a gestora da UBS irá providenciar o monofilamento 10g para estes exames. Além disso, vamos solicitar os exames complementares definidos no protocolo os quais serão agendados no dia da consulta e realizados na UBS em até sete dias.

Realizaremos busca ativa dos faltosos às consultas programadas e serão agendadas nas 10 vagas que priorizaremos os usuários provenientes das buscas domiciliares. Os usuários com diabetes que necessitem de consulta especializada serão encaminhados com a devida referência e a secretaria de saúde vai garantir seu deslocamento até o município vizinho que ofereça o serviço. Mensalmente vamos realizar controle de estoque de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Na consulta clínica o médico e a enfermeira vão realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e ao sair da consulta, os usuários que necessitem atendimento odontológico realizarão o agendamento da consulta odontológica na própria UBS.

Ações - Engajamento Público:

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

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

Orientar aos usuários com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar aos usuários com hipertensão e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar aos usuários com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar aos usuários com diabetes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar aos usuários com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Orientar aos usuários com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações: Realizaremos atividades educativas como palestras na comunidade, com frequência mensal, para orientar quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância para os com diabetes de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa. Além disto, vamos orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Estas palestras serão organizadas pelos ACS e o técnico de enfermagem nas micros áreas e desenvolvidas por toda a equipe.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

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

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

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

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com diabetes.

Detalhamento das ações: O médico e a enfermeira realizarão capacitação da equipe semanalmente para a realização de exame clínico e dos pés e sobre como seguir o protocolo adotado na UBS quanto à solicitação de exames complementares, atualização do tratamento da hipertensão e da diabetes e para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Metas:

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

3.2. Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Ações - Monitoramento e avaliação:

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

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

Detalhamento das ações: Vamos realizar ações de monitoramento da periodicidade das consultas previstas no protocolo semanalmente, com a revisão

das Planilhas de Coleta de Dados para identificar os usuários com atraso nas consultas.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher aos usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Organizar a agenda para acolher aos usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações: Depois de identificar os usuários com HAS e/ou DM com a consulta programada atrasada, vamos informar aos ACS para planejar as visitas domiciliares e buscar aos faltosos que serão acolhidos na UBS para consulta. A agenda será organizada reservando-se 10 consultas para agendar os usuários provenientes da busca ativa.

Ações - Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos usuários com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos usuários com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: Nas palestras vamos informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade preconizada. Realizaremos reuniões com a associação de moradores e os representantes das comunidades para criar estratégias para evitar evasão dos usuários com hipertensão e diabetes.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar os ACS para a orientação dos usuários com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Capacitar os ACS para a orientação dos usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: Semanalmente nas reuniões da equipe vamos capacitar os ACS sobre o oferecimento das orientações para seus usuários nas vistas domiciliares quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão acompanhados na UBS.

Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com diabetes acompanhados na UBS.

Detalhamento das ações: A enfermeira e o médico vão monitorar a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na UBS com a revisão dos instrumentos oferecidos pelo curso em reunião da equipe: as fichas espelhos com frequência semanal e a planilha de coleta de dados mensalmente.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento das ações: Vamos implantar as fichas espelho como fichas de acompanhamento e com a revisão destas fichas vamos alimentar a Planilha de Coleta de Dados, semanalmente. No final de cada mês serão definidos os atrasos na consulta

e na realização de exame complementar ou a não realização de estratificação de risco. O médico e enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros e por manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Ações - Engajamento Público:

Orientar aos usuários com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Orientar aos usuários com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações: Nas atividades educativas individuais que ofereceremos nas consultas clínicas e visitas domiciliares e nas palestras, vamos orientar aos usuários com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com hipertensão.

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

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com diabetes.

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

Detalhamento das ações: Nas atividades de capacitação semanal vamos capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes e dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes.

Ações - Monitoramento e avaliação:

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

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

Detalhamento das ações: No monitoramento mensal da planilha de coleta de dados vamos revisar a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Priorizar o atendimento dos usuários com hipertensão avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Priorizar o atendimento dos usuários com diabetes avaliadas como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações: Depois de definir os usuários com hipertensão e/ou diabetes avaliados como de alto risco vamos organizar a agenda para priorizar seu atendimento.

Ações - Engajamento Público:

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

Esclarecer aos usuários com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

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

Esclarecer aos usuários com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações: Em cada consulta e visita domiciliar vamos orientar os usuários com hipertensão e diabetes quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Nas palestras realizadas com frequência mensal vamos orientar a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação e prática de exercício físico.

Ações - 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.

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

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 das ações: Nas atividades de capacitação semanal o médico e a enfermeira serão os responsáveis de capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo aos usuários com hipertensão e diabetes e em especial à avaliação dos pés nos usuários com diabetes e também quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

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

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

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional dos usuários com hipertensão.

Monitorar a realização de orientação nutricional dos usuários com diabetes.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular dos usuários com hipertensão.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com diabetes.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com diabetes.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com diabetes.

Detalhamento das ações: Com a revisão das fichas espelho semanalmente em reunião da equipe, vamos monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal dos usuários com hipertensão e diabetes.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

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

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

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

Detalhamento das ações: Vamos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e orientação de atividade física e solicitaremos aos gestores municipais para garantir a participação da nutricionista e educador físico nestas atividades a desenvolver mensalmente. Além disto, vamos demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. As consultas aos usuários com hipertensão e diabetes serão programadas com tempo médio de 20 minutos para garantir a realização das orientações em nível individual.

Ações - Engajamento Público:

Orientar aos usuários com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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

Orientar aos usuários com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Orientar aos usuários com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Orientar aos usuários com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar aos usuários com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar aos usuários com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Orientar aos usuários com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: Nas visitas domiciliares vamos orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, especificando aos usuários com diabetes sobre a necessidade de uma dieta específica para o tratamento dessa doença, também sobre a prática de atividade física regular, a importância da higiene bucal e às pessoas com hipertensão tabagistas, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

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

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para os usuários com diabetes.

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

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: Para consolidar as atividades de educação em saúde vamos realizar capacitações semanais às equipes da UBS sobre metodologias de educação em saúde para oferecer estas orientações adequadamente e sobre práticas de alimentação saudável e específica para os usuários com diabetes, promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pessoas tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

Relativo ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Relativo ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

Indicador 2.1. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número de usuário com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Numerador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

Indicador 2.6. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Numerador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativo ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Indicador 4.1. Proporção de usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6. Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo. 47

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8. Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes iremos adotar os Cadernos de Atenção Básica nº 36 / 37 de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, Ministério da Saúde (2014), sendo que, ambos estão disponíveis na unidade de saúde para uso das equipes graças ao suporte da gestão.

Na nossa UBS não contamos com registros específicos para este programa, utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso e a gestora da UBS vai garantir a impressão de 523 fichas necessárias para atingir 445 usuários com hipertensão e

78 usuários com diabetes durante a intervenção. Em cada consulta clínica será preenchida a ficha espelho pelo médico e enfermeira e será completada com base nos dados existentes no prontuário e acomodada em um arquivo específico. Para o acompanhamento mensal da intervenção vamos utilizar a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pelo curso.

Logística - Eixo Monitoramento e Avaliação

A enfermeira e o médico serão os responsáveis de revisar semanalmente, nas reuniões da equipe, as fichas espelhos que vão alimentar a planilha eletrônica de coleta de dados, que será monitorada analisando o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS, a realização de exame clínico apropriado aos usuários, a realização de exame dos pés aos usuários com diabetes, identificar os usuários com atraso nas consulta, com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e os usuários que necessitam de atendimento odontológico.

Além será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros, o número de usuários com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Logística - Eixo Organização e Gestão do serviço.

A gerente da UBS vai garantir a impressão das fichas espelhos que serão preenchidas em cada consulta e transcritas para a planilha de coleta de dados mensalmente permitindo à enfermeira a atualização do SIAB mensalmente, garantindo assim o registro dos usuários com HAS cadastrados no Programa.

O acolhimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e para consulta programada se realizará dois dias da semana, garantindo o agendamento de 40 pessoas. Os usuários com classificação de alto risco ou alterações de exames terão prioridade para agendamento. O acolhimento da demanda de intercorrências será atendido no dia.

A gestora da UBS vai garantir os esfigmomanômetros, manguitos, fitas métricas para a mensuração da pressão arterial e materiais necessários para a realização do hemoglicoteste na UBS, o monofilamento 10g para exame dos pés e a versão atualizada do protocolo impressa na UBS para que toda a equipe tenha acesso.

O exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes será realizado nas consultas clínicas e nas visitas domiciliares pelo médico e enfermeira e serão solicitados os exames complementares que serão agendados no mesmo dia da consulta para realizar em até sete dias na UBS. Os usuários com exames alterados serão priorizados para o atendimento. Aos usuários com diabetes que necessitem de consulta especializada será realizado encaminhamento com a adequada referência e a gestora da UBS coordenará com a Secretaria Municipal de Saúde que vai garantir seu deslocamento até o município vizinho que preste este serviço já que no município não contamos com serviço especializado.

Vamos manter atualizado o registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e mensalmente a enfermeira vai atualizar o estoque de medicamentos controlando a validade.

Nas consultas clínica o médico e enfermeira vão a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e se realizará agendamento para a consulta odontológica na UBS.

Vamos implantar a ficha espelho como ficha de acompanhamento para cada usuário registrando toda a informação e completando-a com os dados existentes no prontuário individual, e irá alimentar a planilha de coleta de dados. O médico e enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento destes registros semanalmente, para identificar atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, não realização de estratificação de risco e a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

Na reunião da equipe semanalmente vamos planificar as visitas domiciliares aos usuários identificados no monitoramento dos registros com atrasos nas consultas e serão reservados 10 agendamentos para as pessoas provenientes da busca ativa.

Logística - Eixo Engajamento Público

Serão realizadas palestras e rodas de conversas com a comunidade para informar sobre os fatores de risco, sinais de alerta, alimentação saudável, importância

da consulta de controle e periodicidade das mesmas, importância de manter a avaliação odontológica periódica.

Faremos contato mensalmente no âmbito da UBS com a associação de moradores e com os representantes das comunidades para informar sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM na UBS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas pelos riscos de doença cardiovascular e neurológica decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, solicitaremos o apoio para realizar atividades com a comunidade. Vamos ouvir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Serão realizadas palestras com frequência mensal para informar à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, a importância do rastreamento para DM, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Estas atividades serão desenvolvidas na unidade de saúde para a população urbana e nas escolas das comunidades para a população rural e o médico e enfermeira serão responsáveis de desenvolver as palestras com apoio da nutricionista e odontólogo e os ACS e técnica de enfermagem serão os responsáveis pela organização. Solicitaremos o apoio da comunidade no sentido de sensibilizar e esclarecer a população sobre a necessidade do atendimento priorizado desde grupo populacional.

Logística - Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Realizaremos a capacitação da equipe mediante os protocolos já mencionados na semana prévia à intervenção, dando continuidade semanalmente na reunião tradicional da equipe nas sextas feiras nas últimas duas horas, no salão de reuniões da UBS. O médico e enfermeira vão dirigir a capacitação e utilizarão o computador da UBS e cartazes, se distribuirão os protocolos a cada membro da equipe para estudar e irão expor o conteúdo aos outros membros da equipe na próxima atividade de capacitação. A gerência da unidade vai realizar várias cópias dos protocolos para garantir o acesso de todos os membros da equipe para o estudo dos temas. Também

vamos capacitar a equipe para verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste.

2.3.4 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe sobre protocolo de HAS e/ou DM.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Definir atribuições de cada membro da equipe.	■											
Atendimento clínico dos usuários com HAS e/ou DM	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Contato com lideranças comunitárias.	■				■				■			
Atividades de educação em saúde.	■				■				■			
Monitorar o número de usuários cadastrados no Programa				■				■				■
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca ativa dos faltosos às consultas programadas.				■				■				■
Monitorar a realização de exames complementares e de atendimento odontológico.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar a realização de exame dos pés dos usuários com DM.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar a realização de exame clínico apropriado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar a qualidade dos registros.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar o número de usuários com HAS com estratificação de risco.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar a realização de orientação individual nas consultas clínicas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.				■				■				■

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.

Durante a intervenção realizada na nossa UBS desenvolvemos ações que estavam previstas para atingir as metas com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM.

Antes do início da intervenção realizamos capacitação das equipes para definir as atribuições de cada membro da equipe, sobre o cadastramento e atualização da população da área de abrangência e analisar o cronograma das ações que iríamos a desenvolver durante as doze semanas.

Durante toda a intervenção realizamos capacitação, semanalmente, sobre os protocolos que adotaríamos e que estavam disponíveis na unidade, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (2014).

Também nos aprofundamos clinicamente sobre a verificação da pressão arterial e uso adequado do manguito, realização de exame clínico apropriado, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, periodicidade das consultas clínicas, preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e metodologias de educação em saúde que permitiram orientar adequadamente os usuários sobre modificação do estilo de vida.

No processo de organização para o desenvolvimento da intervenção a gestão da UBS garantiu os esfigmomanômetros para mensuração da pressão arterial e material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS, além da impressão das fichas espelho para realizar registrar os usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no programa

Nas visitas domiciliares os ACS realizaram registro de todos os usuários-alvo do programa e orientaram sobre a importância de se participar regularmente das atividades da UBS/ESF como dos atendimentos.

O acolhimento e o atendimento clínico foram realizados pelos médicos e pelas enfermeiras durante toda a intervenção dois dias na semana (segunda e quarta-feira) nos dois turnos a fim de atender as consultas programadas e a demanda espontânea (Figura 5).



Figura 5: Atendimento clínico - intervenção. Fonte: Arquivo Próprio

No atendimento realizamos o exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes, incluindo exame dos pés aos usuários com diabetes, solicitação de exames complementares de acordo com protocolo e com a periodicidade recomendada, avaliação do risco cardiovascular e da necessidade de atendimento odontológico e oferecemos orientações educativas, bem como preenchemos as fichas espelho disponibilizadas pelo curso. Importante ressaltar que dadas as condições da unidade de saúde que abrange também comunidades ribeirinhas, realizamos visitas mediante transporte fluvial (Figuras 6 e 7), conforme o planejamento da Secretaria de Saúde que estipula quais as comunidades que serão visitadas pelas equipes bem como improvisamos um consultório itinerante para avaliação clínica (Figura 8).



Figura 6: Meio de transporte fluvial - intervenção. Fonte: Arquivo Próprio.



Figura 7: Visita às comunidades rurais - intervenção. Fonte: Arquivo Próprio.



Figura 8: Consultório itinerante - intervenção. Fonte: Arquivo Próprio.

Os exames complementares solicitados foram agendados logo após o atendimento clínico para realização na própria UBS/ESF com uma média de demora de tempo de sete dias no início da intervenção; após o transcorrer, o tempo aumentou para 10 dias devido ao aumento da demanda. Assim, os usuários saíam da UBS/ESF com a próxima consulta agendada segundo a periodicidade estabelecida e assim como para recebimento dos resultados e orientações. Entretanto, ressalta-se que no município não há disponibilidade de exames como hemoglobina glicosada, potássio sérico, microalbuminúria, proteína de 24 horas e TSH.

Quanto à medicação, a maioria dos usuários com hipertensão e/ou diabetes recebeu prescrição de fármacos presentes na farmácia popular, entretanto, devido à demanda, nas últimas semanas, esgotaram-se alguns anti-hipertensivos.

Avaliamos a necessidade de atendimento odontológico em todos os usuários cadastrados na intervenção durante o atendimento clínico e aqueles com necessidade desse atendimento agendaram as consultas com a equipe de Saúde Bucal na própria UBS, todavia, nas últimas duas semanas, houve dificuldades para a concretização dessa atividade em decorrência da ausência do profissional responsável (Cirurgião-Dentista) por motivo de licença-médica.

Também devido à maior qualidade dos registros das atividades da unidade de saúde que eram monitorados semanalmente foi possível identificar usuários faltosos às consultas, sendo realizada busca ativa e reagendada nova consulta para o usuário.

As atividades educativas individuais foram realizadas durante toda a intervenção no atendimento clínico e nas visitas domiciliares acerca da atividade física regular, prática de alimentação saudável, risco do tabagismo e higiene bucal. Também realizamos atividades educativas coletivas como conversas nas salas de espera dos usuários na UBS e palestras educativas, embora, tenham ocorrido mudanças quanto à semana de realização pelas condições climatológicas desfavoráveis. Ademais, tivemos apoio da nutricionista e do educador físico do NASF que qualificaram ainda mais as atividades da intervenção (Figura 9).



Figura 9: Atividades educativas coletivas - intervenção. Fonte: Arquivo Próprio

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

Ainda que, com dificuldades, todas as atividades programadas foram realizadas.

Ademais, consideramos que o engajamento público deve ser reforçado, uma vez que, infelizmente, ainda não está constituído ao Conselho Local de Saúde (CLS), o que também poderá auxiliar no empoderamento dos usuários frente ao processo saúde-adoecimento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados

No início da intervenção não tivemos dificuldades quanto ao preenchimento da Planilha de Coleta de Dados, porém, ao iniciarmos o segundo mês, não repassamos os dados dos usuários cadastrados no Mês 1 para a aba referente ao Mês 2, o que afetou a formatação de gráficos, dificultando a interpretação da evolução da intervenção. Contudo, após conversa com a orientadora, retificamos o preenchimento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Todas as ações desenvolvidas durante a intervenção tiveram a participação e o engajamento da equipe da UBS/ESF, o que vai facilitar a incorporação das ações previstas à rotina do serviço.

Ainda, a gestão, dentro do máximo possível, buscou auxiliar a equipe frente aos materiais / insumos bem como a comunidade pareceu satisfeita com o atendimento clínico e demais atividades da unidade de saúde, confirmando-se o impacto positivo sobre a saúde dos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira / AM que foi realizada pela ação conjunta das três equipes da unidade de saúde.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão para 70% e com diabetes para 50%.

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

Indicador 1.1: número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A população total da área de abrangência da intervenção é de 4188 habitantes, sendo que, a PCD que tem como base a Vigitel, estima 637 usuários com hipertensão. Dessa forma, no 1º mês, cadastraram-se 128 usuários (20,1%), no 2º mês 225 (35,3%) e no último mês, 259 (40,7%) (Figura 10).

Dessa forma, não foi possível alcançar a meta prevista, possivelmente, porque alguns usuários não estavam no município e outros pertenciam à zona rural cujo transporte é difícil pela distância e pelas condições das estradas. Nesse sentido, as equipes realizaram viagem às comunidades rurais permanecendo alguns dias para atendimento clínico e odontológico, mas, não foi possível visitar todas as regiões rurais.

Ademais, notamos que a população que pertence à área rural é predominantemente jovem, menores de 20 anos, o que não está contextualizado na faixa etária alvo do programa.

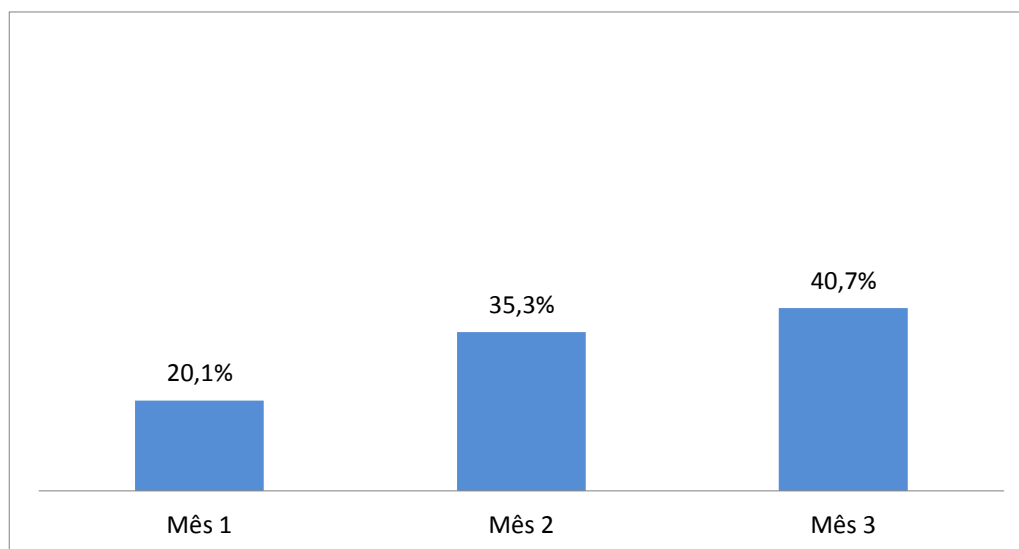


Figura 10: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 19 usuários (12,1%), no segundo mês o número de usuários cadastrados passou para 35 (22,3%) e no terceiro mês atingiu 41 usuários (26,1%) (Figura 11).

As ações explicadas anteriormente auxiliaram no alcance desses resultados; ademais, entendemos que a PCD pode ter superestimado o número previsto de usuários com diabetes, visto que, os ACS tiveram papel importante na intervenção e conseguiram identificar, junto com as equipes de saúde, 41 usuários com DM.

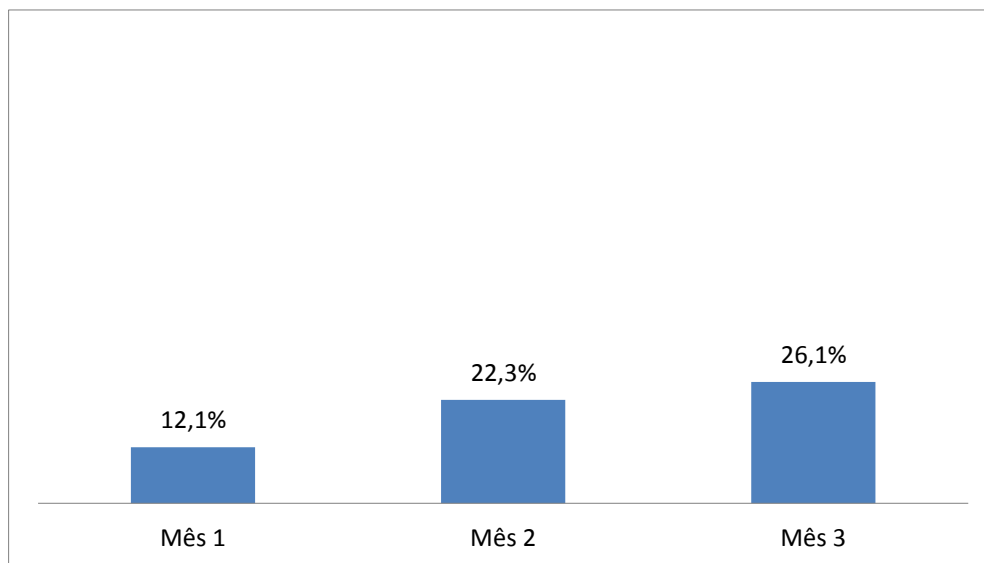


Figura 11: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Indicador 2.1: número de usuários com HAS com exame clínico apropriado entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: O número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado em relação ao número total de usuários cadastrados a cada mês da intervenção foi de 100%, alcançando-se sequencialmente, 128, 225 e 259 usuários.

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

Indicador 2.2: número de usuário com DM com exame clínico apropriado entre o número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: o número total de usuários com diabetes avaliados a cada mês da intervenção (19, 35, 41 respectivamente) teve exame clínico apropriado o que representa 100%.

Podemos considera que as capacitações permitiram maior qualificação e atenção na realização do exame clínico, o que foi fundamental para que todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes recebessem exame de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.3: número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia entre o número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Descrição dos resultados: o exame dos pés (palpação do pulso tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade) foi realizado em 100% das pessoas com diabetes que participaram na intervenção, atingindo-se progressivamente, 19, 35 e 41 usuários.

O exame dos pés foi realizado pelos médicos e enfermeira nos atendimentos clínicos e foi registrado no prontuário individual e na ficha espelho. O cumprimento deste indicador foi facilitado pela disponibilidade do material necessário para realizar o exame garantido antes do início da intervenção pela gestora da UBS, além das capacitações realizadas durante a intervenção que também qualificaram a prática clínica.

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

Indicador 2.4: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A realização de exames complementares de acordo com o protocolo evoluiu da seguinte forma: no primeiro mês 70 usuários (54,7%) realizaram exames complementares, no segundo mês 124 usuários (55,1%) e no terceiro mês 196 usuários (75,7%) (Figura 12).

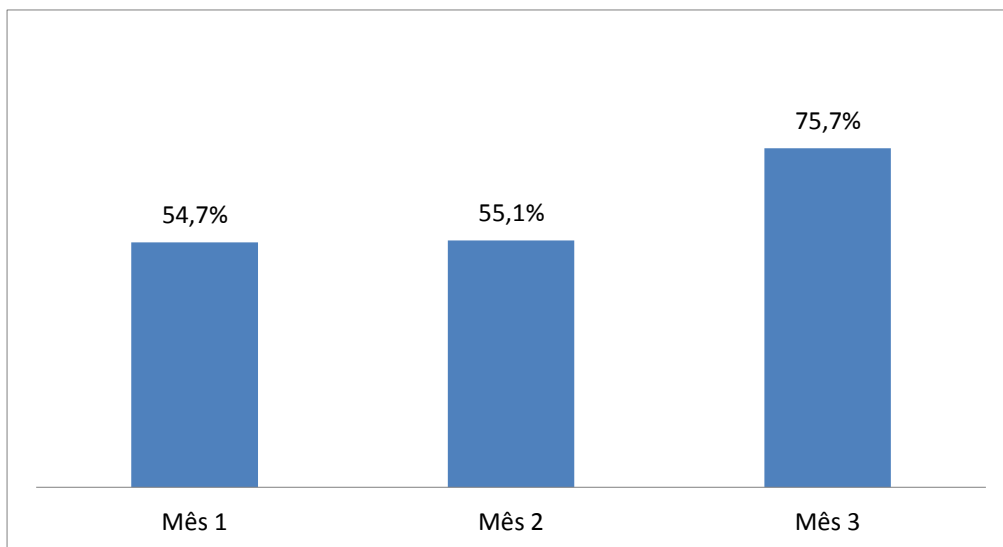


Figura 12: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador 2.5: número total de usuários com DM com exame complementar em dia entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês 16 usuários foram avaliados (84,2%), no segundo mês, 28 usuários (80%) e no terceiro mês foram 33 usuários (80,5%) (Figura 13).

Algumas dificuldades que impediram atingir as metas propostas estão relacionadas com a demora para a realização do exame: esse é agendado na própria UBS quando o usuário termina o atendimento clínico para realizá-lo em até 7 dias (previsão no início da intervenção), contudo, como a maioria dos usuários estavam com exames desatualizados, houve um aumento na demanda do laboratório, que repercutiu sobre o tempo, de 7 para até 10-12 dias. Dessa forma, os usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados nas duas últimas semanas ainda não tinham realizado o exame ao final da intervenção, por isso, não foram computados na PCD final.

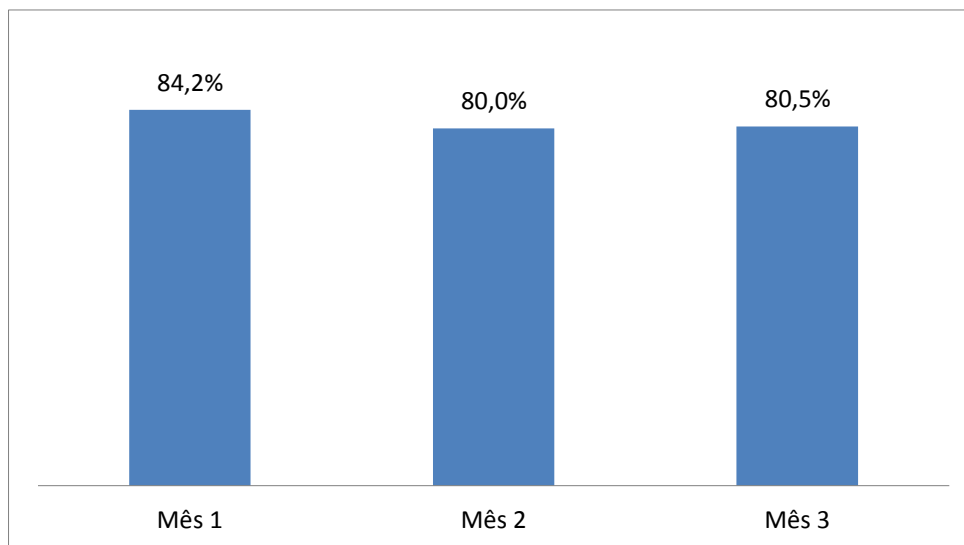


Figura 13: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador 2.6: número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: No primeiro mês 128 usuários tiveram prescrição de fármacos (100%), no segundo mês, 222 usuários (98,7%) e no terceiro mês foram 256 usuários (98,8%) (Figura 14).

Nem todos os usuários tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, tendo em vista que três usuários relataram fracasso nos fármacos advindos dessa farmácia, fazendo uso de medicamentos prescritos em consultas com especialistas.

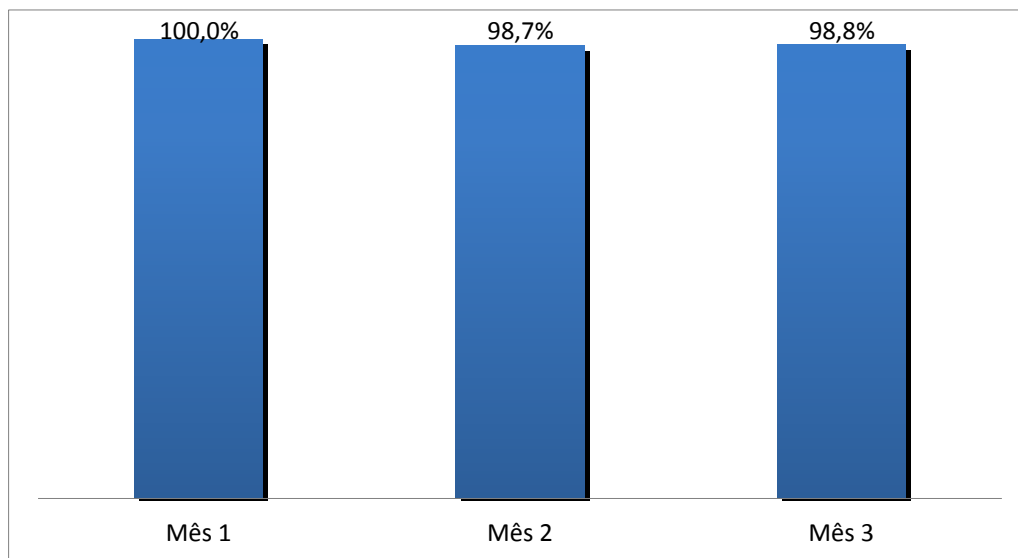


Figura 14: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador 2.7: número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA entre número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: 100% dos usuários com diabetes cadastrados a cada mês da intervenção, 19, 35 e 41 usuários, tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular.

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

Indicador 2.8: número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS, atingindo-se 128, 225 e 259 usuários com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.9: número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A cada mês de intervenção conseguimos avaliar a necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM, alcançando-se 19, 35 e 41 usuários.

Embora tenha ocorrido dificuldade com essa atividade nas duas últimas semanas de intervenção, foi possível atingir as metas para os usuários com hipertensão e/ou diabetes, visto que, o médico e a enfermeira realizaram avaliação bucal, além da dentista que participou ativamente da intervenção.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

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

Indicador 3.1: número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, tivemos 16 buscas ativas (88,9%) considerando 18 usuários faltosos, no segundo mês 40 (95,2%) de 42 usuários faltosos e no terceiro mês 64 (97%) de 66 faltosos às consultas (Figura 15).

As ações de monitoramento e o trabalho realizado pelos ACS nas visitas domiciliares nos permitiram melhorar o indicador, embora, sem alcançarmos a meta de 100%, que pode ser justificado pelo fato de que alguns usuários não residem na zona urbana, o que dificulta o deslocamento dos trabalhadores na realização da busca ativa.

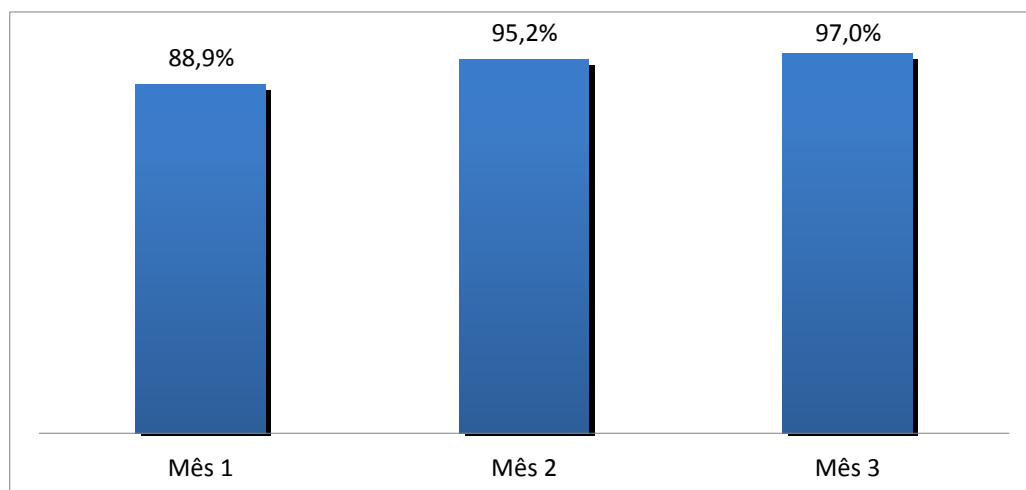


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador 3.2: número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, tivemos 02 buscas ativas (100%) considerando 02 usuários faltosos, no segundo mês 06 (100%) de 06 usuários faltosos e no terceiro mês 09 (100%) de 09 faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com HAS cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, o que permitiu atingir 100%, mês a mês, respectivamente, 128, 225 e 259 usuários.

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

Indicador 4.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com DM cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, o que permitiu atingir 100%, mês a mês, respectivamente, 19, 35 e 41 usuários.

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

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

Indicador 5.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Realizamos a estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários cadastrados na intervenção, 128 pessoas (100%) no primeiro mês, 225 pessoas (100%) no segundo mês e 259 pessoas (100%) no terceiro mês.

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

Indicador 5.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, realizamos a estratificação de risco cardiovascular em 19 usuários com diabetes cadastrados, representando 100%. No segundo mês, 35 usuários resultando em 100% e no terceiro mês avaliaram-se 41 usuários totalizando 100%.

Pesquisamos a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo, o que nos permitiu classificar os usuários com maior risco para dar prioridade no atendimento e definir a frequência das consultas médicas.

Cabe mencionar que para os usuários que ainda não tinham o resultado dos exames realizamos a avaliação do risco sem considerar as cifras de colesterol, mas, quando os exames estiverem prontos e retornarem para consulta, realizaremos reavaliação do risco cardiovascular.

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

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

Indicador 6.1: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 128, 225 e 259 usuários (100%), considerando-se o envolvimento das equipes nas atividades individuais e coletivas.

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

Indicador 6.2: número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No decorrer da intervenção, orientaram-se 19, 35 e 41 usuários (100%), atingindo-se a meta proposta.

Como principal justificativa cita-se a organização das equipes a fim de que todos os usuários tivessem acesso a informações fundamentais para o autocuidado.

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

Indicador 6.3: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 128, 225 e 259 usuários (100%), considerando-se o engajamento das equipes e atenção aos protocolos.

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

Indicador 6.4: número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante os três meses de intervenção, orientaram-se 19, 35 e 41 usuários (100%), atingindo-se a meta proposta, graças ao repasse de orientações nas consultas individuais e nas atividades coletivas.

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

Indicador 6.5: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 128, 225 e 259 usuários (100%). 70

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

Indicador 6.6: número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante os meses de intervenção orientaram-se 19, 35 e 41 usuários (100%) atingindo-se a meta proposta.

Durante a intervenção e nas consultas clínicas identificamos que parte dos usuários com hipertensão e/ou diabetes são fumantes, por isso, orientamos ainda com maior ênfase sobre os riscos e malefícios do tabagismo. Ainda assim, caso o usuário não fosse tabagista, também se passaram orientações, considerando-se que, às vezes, os mesmos estão expostos ao tabagismo passivo.

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

Indicador 6.7: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 128, 225 e 259 usuários (100%), alcançando-se integralmente a meta.

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

Indicador 6.8: número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante a intervenção orientaram-se 19, 35 e 41 usuários (100%), alcançando-se a meta.

Foi possível atingir as metas pelo esforço coletivo das equipes, mesmo sem o suporte da dentista que não pode participar da intervenção nas suas duas últimas semanas.

4.2 Discussão

Realizamos a intervenção na nossa UBS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS/ESF Padre Teodoro, com uma população total de 4188 habitantes com a participação das três equipes.

A estimativa da população alvo gerada pela PCD foi de 637 usuários com hipertensão e 157 usuários com diabetes, já que, na UBS/ESF não existiam informações fidedignas da realidade da comunidade; dessa forma, utilizamos essas estimativas como referências para reflexão e discussão.

Desde o início da intervenção as equipes realizaram cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes durante as visitas domiciliares que também foram acompanhadas pelos ACS, o que nos favoreceu frente às micro áreas que também envolvem áreas rurais. Como resultado, obtivemos coberturas de 40,7% de usuários com HAS, o que corresponde a 259 usuários e 26,1% que equivale a 41 usuários com DM, ou seja, não atingimos as metas planejadas, respectivamente, de 70% e 50%. Nesse contexto, acreditamos que a PCD tenha superestimado o número de usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência, pois, consideramos que a intervenção realizada pelas 3 equipes de saúde buscou o máximo possível de usuários residentes.

A qualificação do atendimento clínico se tornou integral, visto que, todos os usuários cadastrados na intervenção receberam exame clínico adequado em conformidade com os protocolos, foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, tiveram avaliação de risco cardiovascular, suas informações foram registradas na UBS/ESF e receberam orientações sobre alimentação saudável, benefícios da prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Também os usuários com DM tiveram seus pés avaliados,

o que é fundamental para a prevenção dessa complicação que consiste em alterações de pele, ossos e articulações dos pés que colaboram para o aparecimento de ulcerações, infecções e gangrena. Um ponto a ser melhorado no serviço de saúde se refere à solicitação e realização de exames complementares, visto que, o laboratório do município parece não conseguir atender a demanda, o que interfere no seguimento do acompanhamento, já que, pode haver demora no retorno dos resultados.

Para as equipes, a intervenção foi de grande importância, visto que, um dos eixos pedagógicos do curso, qualificação clínica, propiciou uma atualização dos conhecimentos teórico-práticos em relação aos fatores de risco HAS e DM, exame clínico, rastreamento, diagnóstico, tratamento e educação em saúde. Ainda, houve maior integração entre as equipes, pois, assim, foi possível conhecer de forma mais aprofundada as atribuições de cada membro, bem como, pela coletividade, foi possível planejar um compartilhamento de ideias e ações, o que ajudou nos atendimentos clínicos (médico e enfermeira). Também as visitas domiciliares e a busca ativa envolveram os ACS e outros profissionais, contribuindo para uma atenção mais “sadia” e diálogo horizontal.

A importância da intervenção para o serviço de saúde basicamente se fundamenta na sua reorganização, já que, empregando-se os protocolos, seguiu-se fielmente suas orientações, iniciando-se pelos registros das informações, que antes da intervenção, era deficitário. Também como resultados, houve uma redistribuição das atribuições das equipes, classificou-se os usuários quanto aos riscos em pequeno, médio e alto, além de ter se dado prioridade a usuários que exigissem uma atenção mais imediata, assim como, otimizou-se a agenda para a atenção à demanda espontânea.

A intervenção também foi importante para a comunidade que está recebendo um cuidado contínuo de sua saúde com maior qualidade nos atendimentos, garantindo melhor controle de suas doenças e diminuindo os riscos de complicações físico-funcionais que podem levar à incapacitação. Também a intervenção ofereceu atividades de promoção de saúde nas consultas individuais e palestras, fomentando um estilo de vida saudável.

Ainda, a avaliação do risco cardiovascular proporcionou prioridade no atendimento gerando satisfação para os usuários além de aumentar a percepção do risco para as doenças cardiovasculares. Ademais, fortaleceu-se o vínculo da comunidade com as equipes de saúde, já que, por meio das visitas domiciliares promoveu-se participação da família, envolvendo, assim, o maior número de pessoas.

A comunidade da zona rural percebeu o impacto positivo da intervenção, já que, receberam atendimento clínico e odontológico na própria comunidade junto às visitas das equipes. Entretanto, ressalta-se que nem todas as comunidades tiveram acesso às atividades da intervenção, devido a dificuldades de deslocamento; sendo assim, acredita-se que para maior integralidade, devemos buscar estratégias com a gestão para transporte a esses locais.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional as equipes tivessem conseguido realizar uma atualização do cadastro do SIAB, o que nos permitiria ter acesso ao número “mais real” de usuários com hipertensão e/ou diabetes e não com as estimativas geradas pela PCD. Além disso, se tivéssemos trabalhado para identificar os líderes comunitários informais e recuperar o funcionamento do Conselho Local de Saúde que iriam nos permitir alcançar melhores resultados nas ações de engajamento público, estimulando-se a participação ainda maior da comunidade nas atividades realizadas na UBS/ESF.

Considerando-se os instrumentos do curso, notamos a falta de algumas informações na ficha espelho como avaliação da necessidade de atendimento odontológica e orientações sobre higiene bucal que não prejudicaram a coleta desses indicadores, visto que, utilizamos os prontuários como base de informações. Dessa forma, se fosse a realizar a intervenção novamente adequaria a ficha espelho desde o início adicionando tais itens, o que facilitaria o preenchimento da PCD e o monitoramento.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço, já que, as equipes foram capacitadas e se integraram mais fortemente na unidade de saúde, o que tornou os atendimentos mais integrais, o que melhorou a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

5 Relatório da intervenção para gestores

74

Prezados

O presente relatório tem a finalidade de lhes informar sobre o impacto da intervenção realizada na UBS Padre Teodoro como parte do curso de Especialização em Saúde da Família junto aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que objetivou aumentar a cobertura, a adesão, melhorar o registro das informações, identificar usuários com risco cardiovascular e promover saúde.

A intervenção teve duração de doze semanas e foi organizada seguindo-se os protocolos do Ministério da Saúde (MS) e foi pautada nos eixos pedagógicos do curso, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Inicialmente capacitamos as equipes para definir as atribuições de cada membro e para atualização frente aos fatores de risco, rastreamento, diagnóstico e tratamento, sendo assim, foi fundamental a disponibilidade de instrumentos necessários como os esfigmomanômetros, material para realização do hemoglicoteste na UBS e a impressão das fichas espelho disponibilizadas pelo curso que forma fornecidas pela gestão, assim, agradecemos o apoio.

Com o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou diabetes, atingiram-se 259 usuários com hipertensão, correspondendo a 40,7% da cobertura e 41 usuários com diabetes, resultando em 26,1% de cobertura. Os indicadores de qualidade foram cumpridos integralmente, atingindo-se 100% na realização de exame clínico apropriado, exame dos pés aos usuários com diabetes, avaliação do risco cardiovascular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e orientações educativas sobre atividade física, tabagismo, alimentação saudável e higiene bucal.

Quanto à realização dos exames complementares recomendados pelo protocolo não conseguimos atingir a meta de 100% em decorrência do aumento da demanda no laboratório, elevando o tempo de demora para 10 dias somente para o agendamento. Nesse sentido, gostaríamos de solicitar ajuda frente à demanda, visto

que, os resultados são importantes para melhor acompanhamento da atenção à saúde dos usuários.

Durante toda a intervenção realizamos visitas domiciliares realizando o rastreamento e a pesquisa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes atualizando nossos registros e permitindo busca ativa planejada dos usuários faltosos à consulta programada ou à realização dos exames complementares. Nesse indicador, gostaríamos de solicitar apoio da gestão frente ao transporte das equipes de saúde e dos ACS para deslocamento a regiões rurais, pois, entendemos que usuários não participaram da intervenção em virtude dessa dificuldade.

Entre as ações do engajamento público realizamos atividades educativas coletivas como palestras e rodas de conversas na UBS sobre a importância do programa e de frequentar as consultas programadas com a periodicidade estabelecida, o que ajudará na melhora acompanhamento da atenção à saúde.

Por fim, agradecemos o apoio da gestão, pois, entendemos que somente com uma parceria longa entre nós, equipes, vocês e a comunidade, a atenção à saúde será integral, humanizada e de qualidade.

Abraços

Estimada comunidade

Iniciarei este relatório agradecendo a vocês, comunidade, pelo apoio à realização da intervenção com duração de 12 semanas que objetivou a melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS/ESF Padre Teodoro, Envira / AM.

Primeiramente as equipes identificaram uma necessidade de melhorar a cobertura e o serviço de saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes; após, planejamos atividades a fim de melhorar o cuidado a vocês.

Antes da intervenção estavam cadastradas 165 pessoas com Hipertensão Arterial e 31 pessoas com Diabetes Mellitus, resultando em coberturas de 22% e 15%, respectivamente, bem como o serviço de saúde apresentava dificuldades em relação ao registro incompleto das informações e à dificuldade de acesso a alguns exames complementares.

Realizamos uma readequação dos atendimentos clínicos que passaram a ocorrer em dois dias da semana para as consultas programadas e todos os dias para o atendimento à demanda espontânea bem como divulgamos a intervenção junto a vocês, a fim de que participassem das atividades da UBS/ESF. Como resultados, ao final das 12 semanas, as equipes realizaram cadastramento de 259 usuários com hipertensão, atingindo 40,7% da cobertura da área de abrangência da unidade de saúde e 41 usuários com diabetes, o que corresponde a 26,1% da cobertura.

Realizamos exame físico, avaliação do risco cardiovascular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico priorizando vagas para o agendamento destas consultas, avaliamos a tratamento farmacológico com o fim de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular e solicitamos os exames complementares disponíveis em nosso município. Ademais, caso algum de vocês tivesse necessidade de atendimento especializado, encaminhávamos para outros municípios.

Durante a intervenção a equipe que atende a zona rural realizou uma viagem de vários dias para algumas comunidades ribeirinhas da nossa área de abrangência em que realizamos atendimento clínico e odontológico e cadastramos a população alvo do programa. Os usuários das comunidades que não foram visitadas nestas doze

semanas de intervenção foram encaminhados pelos ACS que moram nas próprias comunidades para atendimento na UBS, visto que, sabemos das dificuldades de deslocamento que alguns de vocês apresentam. Por isso, organizamos a agenda em nosso serviço para dar prioridade no atendimento aos usuários provenientes da zona rural para as consultas clínicas, odontológicas e realização de exames complementares.

Realizamos palestras educativas nos três meses da intervenção na UBS oferecendo orientações sobre a importância do acompanhamento programado, os fatores de risco destas doenças e medidas para sua prevenção. Não conseguimos a participação de líderes comunitários e o Conselho Local de Saúde não está funcionando ainda, por isso, gostaríamos de pedir a vocês que buscassem maior diálogo a fim de que todos participem das atividades da UBS/ESF como gestantes, crianças, adolescentes e adultos, por exemplo.

Continuaremos buscando maior qualidade nas atividades realizadas na unidade de saúde, agradecemos a cooperação que todos demonstraram ao longo das semanas de intervenção e pedimos que continuem ativos na UBS/ESF, em prol de uma atenção à saúde mais humana.

Abraços

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

78

Ao conhecer as propostas do Curso de Especialização da Saúde da Família durante as semanas de ambientação eu criei boas expectativas porque me permitiria alcançar conhecimentos que iriam me facilitar o trabalho na UBS e porque me ajudaria a enfrentar as possíveis dificuldades do dia-a-dia na unidade de saúde.

Tive dificuldades com o acesso à internet, mas, isso não impeditivo para que já nos primeiros acessos ao Moodle tivesse um despertar de curiosidade e interesse, pois, entendia que essa nova experiência me fortaleceria – como profissional – por isso, me senti estimulado a continuar “lutando” por um acesso mais regular, já que, essa dificuldade (lentidão) perdurou durante todo o curso. As dificuldades surgiram, mas, o apoio das orientadoras foi decisivo para que em poucas semanas eu pudesse “dominar” o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

As minhas expectativas foram cumpridas, já que, por meio do curso, pude conhecer os princípios e diretrizes do SUS e os protocolos das ações programáticas. Nesse sentido, cada unidade teve sua importância no meu aprendizado, pois, já no início do curso, foi possível avaliar a qualidade do trabalho, identificar os problemas que dificultavam o funcionamento adequado do serviço e pensar em possíveis estratégias de enfrentamento, sempre com o princípio do trabalho em equipe.

Com a participação nos fóruns, na realização dos casos clínicos interativos e nos estudos de práticas clínicas adquiri maior qualificação na prática profissional, contribuindo para um melhor desenvolvimento no dia-a-dia da Atenção Primária, além de ter me ajudado na comunicação.

BRASIL, 2014 a. 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. Cadernos de atenção Básica, n. 37. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128p.: il.

BRASIL, 2014 b. 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. Cadernos de atenção Básica, n. 36. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160p.: il.

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
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante