

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus da UBS L-09, Bairro Armando Mendes, Manaus, AM**

Fredo Jacques

Pelotas, 2015

FREDO JACQUES

**Melhoria da Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus da UBS L-09, Bairro Armando Mendes, Manaus, 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: Camila Dallazen

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

J19m Jacques, Fredo

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS L-09, Bairro Armando Mendes, Manaus, AM / Fredo Jacques; Camila Dallazen, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho aos profissionais da UBS L09 de Manaus, aos usuários dessa área de abrangência em geral, aos usuários hipertensos e diabéticos em particular e todos os comunitários que contribuíram ao meu aprendizado e aos que irei cuidar.

“Aprenda como se fosse viver para sempre. Viva se fosse morrer amanhã”
Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Agradeço inicialmente aos meus pais por me ensinarem que com força de vontade para aprender e humildade, podemos conseguir o que pretendemos atingir. Agradeço a minha família, em especial aos meus irmãos Alfred e Josué pela continua demonstração de apoio incentivo, a minhas irmãs Marie Carreaux e Jacqueline por torcer sempre por meu sucesso.

Agradeço a meus grandes amigos e colegas Miliette e Gaston, por estarem presentes em todos os momentos bons e difíceis deste curso de especialização. Aos colegas do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas por compartilhar experiências, amizade e conhecimentos.

Agradeço a minhas orientadoras Francine Cardozo Madruga pelo apoio oferecido durante o curso e pelo incentivo para continuar a pesar das dificuldades, Camila Dallazen por fazer-me acreditar no empenho de conseguir a meta de concluir esse curso, pelo aprendizado e apoio.

Agradeço a todos os orientadores e professores pelo empenho no ensinamento. A enfermeira Balbina e toda a equipe de Estratégia de Saúde da Família L09 de Manaus por sua contribuição. Aos usuários, sem os quais não seria viável a realização desse projeto.

Agradeço a Deus pela dádiva de viver, cuidar, acompanhar, amar, aprender e compartilhar.

Resumo

JACQUES, Fredo. **Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS L-09, Bairro Armando Mendes, Manaus.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Aperfeiçoar a atenção aos hipertensos e diabéticos é prioritária para o Ministério de Saúde do Brasil, pelo que estabelece um programa de atenção especial para eles com o objetivo de reduzir complicações e a mortalidade por essas doenças. Na UBSF L-09, Bairro Armando Mendes, município de Manaus, AM, através da análise situacional, foi identificada a necessidade de realizar o Projeto de Intervenção com foco no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, já que dos 578 usuários hipertensos estimados, somente 207 estavam com cadastro atualizado e dos 153 diabéticos, somente 112 são cadastrados na UBSF L09. Então, a cobertura do programa aos hipertensos e os indicadores de qualidade encontravam-se numa situação crítica. Diante disso, decidimos realizar uma intervenção na UBS L-09 do município de Manaus, AM no período de março a junho 2015. O objetivo geral foi aperfeiçoar a atenção à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência. As ferramentas utilizadas para a coleta de dados durante o projeto de intervenção foram: Ficha-espelho e diário de intervenção. As ações foram realizadas dentro dos quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O projeto foi realizado durante 12 semanas de intervenção através do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. O grupo alvo da intervenção foram os comunitários hipertensos (578) e diabéticos (156) moradores em nossa área de abrangência. Para alcançar o objetivo, foi necessário utilizar estratégias como: capacitação dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), ampla divulgação e educação em saúde, cadastrar e acompanhar aos hipertensos e diabéticos incrementando as consultas na semana sem diminuir o atendimento aos usuários habituais. Os resultados da intervenção mostraram uma melhora na qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos assim como um aumento do número de pacientes atendidos. Cadastramos 214 (37%) usuários hipertensos e 156 usuários diabéticos (100%), chegamos a atingir a meta aos 100% da maioria dos indicadores de qualidade tais como: exame médico em dia

de acordo ao protocolo a 100% dos usuários cadastrados, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e estratificação de risco cardiovascular a 100% dos usuários diabéticos e 99,5% dos usuários hipertensos, orientação nutricional, orientação sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo assim como sobre higiene bucal em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. A intervenção aperfeiçoou a atenção aos hipertensos e diabéticos melhorando a capacidade da equipe para superar os obstáculos diários. A intervenção demonstrou a importância da convergência das ações da equipe para conseguir os objetivos traçados. Essa intervenção será incluída na rotina de atendimento e expandi-lo aos outros programas da ESF L09.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial, diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.	52
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.	52
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 4	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 5	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 6	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	55
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	56
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	56
Figura 9	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	57
Figura 10	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	58
Figura 11	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	59
Figura 12	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.	66
Figura 13	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.	66

Lista de abreviaturas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde.
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cefálico
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAP	Caderno de ações programáticas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DISA	Distrito de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica.
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo do Útero
PMMB	Programa Mais Médicos Para o Brasil
PS	Pronto Socorro
RMN	Ressonância Magnética Nuclear
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência.
SPA	Serviços de pronto atendimento.
SUS	Sistema único de saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.
DISAL	

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	13
1.2 Relatórios da Análise Situacional	15
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos	27
2.2.3 Metas	28
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	47
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma	57
3 Relatório da Intervenção	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4. Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados	63
4.2 Discussão.....	74
4.3. Relatório da intervenção para gestores.....	77
4.4. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	83
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	86

Referências	89
ANEXOS	90

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na zona abrangência da UBS L09, Bairro Armando Mendes, Manaus/AM. O volume está organizado em cinco seções de trabalho sequenciais e interligado.

Na primeira seção foi apresentada a análise situacional na qual foram contemplados a análise inicial sobre a situação da UBS L09, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional.

Na segunda seção foi descrita a análise estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

Na terceira seção será apresentado o relatório de intervenção, no qual serão descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e aquelas que não foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

Na quarta seção foi contemplada a avaliação da intervenção, na qual foram apresentados os resultados, a discussão, o relatório que foi apresentado aos gestores e o relatório apresentado à comunidade local.

Na quinta seção foi apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso e a realização do projeto de intervenção.

Por fim, na última seção, foi apresentada a bibliografia utilizada durante a elaboração do presente trabalho, e ao final os anexos.

1. Análise Situacional

Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS L09 encontra-se no Distrito de Saúde Leste, do município Manaus, Estado de Amazonas. Esta localizada na Rua G s/n, Comunidade da Sharp, Bairro Armando Mendes, perto da Zona Franca Industrial de Manaus.

Nossa equipe está composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicas de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde. Esta prevista a mudança para uma UBS nova onde a equipe vai ser maior e vamos ter um espaço maior, já visitei o local. Esta unidade tem 2 consultórios: um para médico e outro para a enfermeira, uma sala com dois cadeiras odontológicas, uma sala de vacina, uma sala de esterilização, uma sala de nebulização, uma farmácia, uma copa, uma sala de expurgo, dois banheiros: masculino e feminino para os usuários e um banheiros para os funcionários, uma recepção, um corredor. Falo disso porque estamos a ponto de mudar para a outra UBS.

Nossa área de abrangências é de 3977 pessoas divididas em sete (07) micro áreas com uma quantidade de 127 famílias para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além disso, atendemos quase a mesma quantidade de usuários fora de área de abrangência já que eles não têm outra opção por falta de UBS destinada a eles.

Organizamos nosso atendimento de acordo as programas propostas pelo Ministério de Saúde como:

- Consulta de Puericultura e saúde da criança no mesmo horário que no Programa O Leite do meu Filho e Bolsa família facilitando o horário para nossa população, normalmente esta agendada toda segunda-feira.
- Consulta aos usuários hipertensos e diabéticos no mesmo dia já que e muito frequente a presença das duas doenças em uma mesma pessoa ou simplesmente cum e um fator de risco para o outro. Temos agendado esta consulta de Hiperdia as terças-feira.
- Consulta de Pré-natal toda quarta feira onde atendemos Gravidas de nossa área e também gravidas fora de nossa área.
- Consulta de Planejamento familiar e saúde reprodutiva toda quinta feira.

- Ademais temos os programas de saúde do homem, saúde do idoso, saúde do adolescente, programa de vigilância da Tuberculose, Hanseníase, programa de imunização em dias alternos, mas de maneira contínua. Neste momento temos uma usuária que está terminando o tratamento da tuberculose, não tem casos de Hanseníase.

Os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) visitam diariamente um número de famílias segundo o objetivo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde e priorizando as visitas segundo a necessidade de cada família. Os ACS informam ao médico e a enfermeira quando algum usuário precisa alguma visita específica e de maneira urgente, mas o médico tem visita domiciliar programada toda segunda-feira de manhã e a enfermeira faz visita domiciliar mais que um dia por semana. Cada sexta-feira faz agendamento de consulta para a próxima semana segundo os retornos marcados pelo médico, sugestões dos agentes comunitários de saúde. Segundo o constatado na comunidade e também demandas espontâneas já que muitos usuários moram fora de nossa área de atendimento.

Nossa UBS tem os mesmos problemas que as demais unidades do Distrito de Saúde Leste de Manaus. Estamos num local muito pequeno mais vamos fazer a mudança, então este problema tem data de vencimento. Os problemas que precisamos resolver são:

- Falta de material para um melhor atendimento dos usuários como material para controle de glicose (glicemia). Material de esterilização, termômetro para tomar temperatura corporal, material para fazer curativa, para atender pacientes pós-cirúrgicos para retirar pontos.
- Falta de medicamentos básicos na unidade e nas unidades de referência para facilitar o tratamento e prevenção de doenças. Os medicamentos não chegam no momento esperado.
- Dificuldade para os encaminhamentos de pacientes a especialistas já que esse processo pode esperar meses para encontrar vagas. Ademais falta de realimentação sobre pacientes encaminhados, muitas vezes os pacientes não retornam com orientações escritas do especialista.
- Problema de internet, o que impede o normal cadastramento dos usuários para obter cartão SUS, agendar encaminhamento. Também e

um problema o feito que cada pessoal tem que digitar sua produção e nada mais tem um microcomputador para isso

1.2 Relatórios da Análise Situacional

Manaus é a capital do estado do Amazonas e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo (selva amazônica). Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões conhecida como o famoso Encontro das águas, ponto turístico importante da cidade. É uma das cidades brasileiras mais conhecidas mundialmente, principalmente pelo seu potencial turístico e pelo ecoturismo, o que faz do município o décimo maior destino de turistas no Brasil. Pertence à mesorregião do Centro Amazonense e à microrregião homônima. O patrimônio arquitetônico e cultural, com notáveis museus, teatros, templos, palácios e bibliotecas fazem da capital amazonense uma cidade destacada da região.

A cidade de Manaus está localizada no extremo norte do país, a 3 490 quilômetros da capital nacional, Brasília. É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população de 2 020 301 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014. Em nível nacional, se coloca como a sétima mais populosa do Brasil, além da 131ª mais populosa do mundo. É sede da Região Metropolitana de Manaus, a mais populosa do norte do país e a décima-primeira mais populosa do Brasil, com 2 360 491 habitantes, representando 1,22% da população total brasileira. Apesar de registrar uma das maiores economias do país e ser um de seus municípios mais populosos, Manaus possui um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) entre as capitais brasileiras, com 0,737 pontos (considerado alto), o que a coloca na 23ª colocação entre as capitais estaduais do país, à frente somente de outras quatro capitais. Em sua região metropolitana, o índice é ainda mais baixo, com 0,720 pontos, o menor resultado entre as 16 principais regiões metropolitanas brasileiras.

As diferentes entidades do Estado do Amazonas situadas em Manaus oferecem serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população

em todos os níveis de atenção. A rede manauara de saúde esta composta por: um *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)* , tendo a disposição oito bases descentralizadas com ambulâncias de suporte básico *SAMU (34)*, avançado *USA´S-SAMU (7)* e de suporte avançado fluvial *USAF´S-SAMU (2)*, unidade de saúde de moto (Motolância)-*SAMU*, (5); 10 maternidades; 16 Hospitais de grande porte e 8 policlinicas, 10 Serviços de Pronto Atendimento (SPA); 1 centro de referência em saúde do trabalhador, 1 central de medicamentos, 1 serviço de fisioterapia, 2 centros de apoio diagnóstico distritais, 1 laboratório de citopatologia, 1 laboratório de vigilância em saúde, 1 centro de controle de zoonoses, 4 centros de especialidades odontológicas (CEO), 46 Unidades Básicas de Saúde Urbanas, 3 Módulos de Saúde da Família, 20 Postos de Saúde Rural e 158 unidades básicas de Saúde da família, todas distribuídas nos Distritos de Saúde (DISA) Norte, Sul e Rural, Oeste e Leste.

Nossa Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) está situada no Distrito de Saúde Leste (DISAL) na zona Leste de Manaus. A zona Leste é a região mais populosa de Manaus com 14 bairros sendo 11 oficiais. A população estimada 555.649 habitantes distribuídos na zona mais industrializada da cidade. Em nosso Distrito de Saúde temos 33 Unidades Básicas de Saúde de Família (UBSF), 19 Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS). Temos também dois Serviços de Pronto Atendimento (SPA), dois hospitais, uma Policlínica, duas maternidades, um laboratório de análise clínica, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro Especializado de Reabilitação (CER), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), três Serviço de Pronto Socorro (PS), dois centros de Atenção Integral a Criança (CAIC), não temos Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com disponibilidade de 24 horas para facilitar o serviço intermediário entre a atenção básica à saúde e os hospitais. Contamos com 12 Núcleos de Apoio a Saúde da Família no DISAL. Na zona Leste de Manaus encontra-se o Club do Trabalhador do Amazonas, ampla academia onde os manauaras da zona leste praticam atividade física regular.

A Atenção Primária a Saúde esta orientada a promover saúde, prevenir doenças e complicações assim como reabilitar aos comunitários quando precisar. Isso deixa entrever que a maioria dos problemas de saúde deve ser resolvida na APS para facilitar a acessibilidade à atenção especializada aos comunitários que têm uma necessidade urgente. A todo isso, vale dizer que a disponibilidade da

atenção especializada é muito restrita em Manaus, de modo geral e no DISAL em particular. Dependendo da especialidade solicitada pode demorar entre 22 dias a 8 meses em encontrar uma vaga. Especialidades como urologia, cardiologia, reumatologia, endocrinologia entre outras são pouco disponíveis. Para encontrar uma vaga pela regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), precisa procurar muito cedo em horas de manhã o que dificulta os encaminhamentos. As especialidades básicas como pediatria, ginecologia e cirurgia e oftalmologia são as mais disponíveis para marcar. Os exames complementares são marcados através do sistema de regulação do SUS sendo liberados até o momento mais de 50 exames básicos para a Estratégia de Saúde Familiar. Caso necessário, encaminhamos os usuários ao UBS Geraldo Margela ou a Policlínica Dr. Comte Telles para a realização de testes rápidos. Outros exames de maior complexidade, como a ressonância magnética nuclear (RMN), a tomografia computadorizadas, entre outros são realizados em centros mais avançados da cidade de Manaus. O atraso para marcar os exames e depois para pegar os resultados ainda é um problema importante tanto na zona Leste como em Manaus em geral o que dificulta uma confirmação para a tomada de decisões e estabelecimento de tratamentos específicos quando precisar. Os profissionais da Estratégia de Saúde queixam-se muito por falta de retroalimentação entre os distintos níveis de atenção (especializada e básica), pois quando encaminham os usuários da área de abrangência ao Hospital ou Policlínica correspondentes. Também a estrutura da maioria das unidades não é adequada o que dificulta o trabalho dos profissionais da APS.

A UBSF L09 encontra-se na Comunidade da Sharp no Bairro Armando da zona Leste do município de Manaus do Estado Amazonas. Esta localizada no Distrito Industrial e faz parte do que se chamam zonas de expansão urbana em Manaus. O Bairro Armando Mendes tem uma população avaliada em mais de 28 000 habitantes segundo os dados de 2010, a maioria dos habitantes da comunidade chegou por invasão e hoje a população esta estimada a mais de 12000 habitantes. Quanto à distribuição étnica, e uma mistura total em pardo, branco, de origem indígena e negra. É uma UBS com modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), está vinculada com Sistema Único de Saúde (SUS), mas não tem vínculo com instituições de ensino. Temos somente uma equipe composta de um Médico, uma Enfermeira, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas Técnicas de

Enfermagem, uma Agente de Endemias, uma Cirurgiã-dentista, uma Técnica de saúde bucal e uma Auxiliar de serviços gerais.

A UBSF foi inaugurada no mês de setembro. A nova casinha, como é chamada aqui no Amazonas, foi construída em um padrão de 130 metros quadrados. Contamos com um consultório médico e outro de enfermagem, uma sala de odontologia com duas cadeiras, uma sala de farmácia, uma sala de nebulização, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala copa/cozinha, uma sala para ACS, um banheiro adaptado para deficientes e um banheiro misto, também temos um banheiro para os profissionais da unidade. Não temos sala de reunião nem de educação permanente, nem sala de espera (os pacientes aguardam no corredor). Temos falta de materiais de insumos e espaços suficientes para colocar os prontuários de nossos usuários como armários e uma sala para arquivos. Na nova casinha foram trazidos três computadores, mas ainda não contamos com acesso a internet que desde o mês de setembro os técnicos prometeram que vão instalar. Estamos usando prontuários manuais porque ainda não temos prontuários eletrônicos nem previsão de quando vamos ter. Há falta de materiais para facilitar exame físico como oftalmoscópio, materiais para exploração neurológica, hotoscopia.

Nossa equipe está comprometida na melhoria da qualidade do serviço oferecido aos usuários e procuramos alternativas para adaptar o serviço às necessidades da comunidade. Por não ter sala de educação permanente, às vezes temos que reunir nas igrejas da comunidade para facilitar-nos o trabalho. Atendemos uma área de abrangência de quase 3977 pessoas por um total de 988 famílias, mas uma quantidade quase igual de pacientes fora de área é atendida por nossa equipe já que eles ainda não têm uma ESF assinada. Aproximadamente 67% de mulheres e 33% de homens. Temos muitos adolescentes já que as famílias são muito grandes com até dez filhos, o que gera um predomínio da faixa etária entre 20-49 anos de idade com uma razão de 3 mulheres por um homem. A comunidade da Sharp não tem escolas nem praças ou lugares de diversão, mas tem muitas igrejas de muitas denominações. A população trabalha no distrito industrial ou em outros lugares da cidade de Manaus ou trabalha como autônomo sobre tudo no comércio de alimentos, roupas e/ou materiais de construção. Temos vários grupos de usuários segundo as consultas programadas como: usuários hipertensos e diabéticos, atenção ao pré-natal, saúde sexual e reprodutiva, saúde da criança,

saúde do idoso, demandas espontâneas e temos um dia de livre demanda onde atendemos a todo tipo de usuários sobre todo fora de área. Além de nossas limitações estamos aproveitando do espaço da recepção utilizado como salão de espera para oferecer palestras, rodas de conversas, oferecendo uma atenção com qualidade a nossa população. Além dos usuários cadastrados a nossa equipe, temos na comunidade da Sharp e no Conjunto Industriário quase mesma quantidade de pessoas que procuram atendimento na UBSF. Temos excesso de demanda e muitos usuários não conseguem marcar sua consulta por existir uma fila enorme, já que muitos pacientes do interior de Manaus e de outras áreas chegam a nossa UBS para atendimento.

Na UBSF L09 temos dois tipos de resíduos: resíduos biológicos e/ou comuns e lixos não contaminados. Os lixos biológicos e comuns são separados com máxima medida de proteção, restrição da área, adequada fechadura em lugar especificamente sinalizado e protegido contra roedores. Esses lixos são recolhidos semanalmente. Os lixos não contaminados são coletados pelo serviço de limpeza urbana diariamente o que favorece manter um ambiente limpo melhorando a saúde pública. A limpeza dentro como fora da unidade é feita por uma empresa terceirizada que contrata uma pessoa para serviço geral e envia uma equipe pra limpar cada mês. O sistema de manutenção e reposição dos equipamentos, do mobiliário e dos instrumentos esta a responsabilidade tanto da empresa terceirizada como do DISAL. Em quanto aos medicamentos, temos somente os disponibilizados pelo DISAL. A falta de medicamentos básicos é muito comum em nosso distrito de saúde como sulfato ferroso e acido fólico, antibióticos entre outros. Às vezes não temos como fazer já que a falta esta na cidade toda. A UBSF L09 esta praticamente incompleta por faltar um técnico de enfermagem e três Agentes Comunitários de Saúde. Os profissionais da Estratégia da unidade, trabalhamos de maneira convergente para oferecer um serviço de qualidade a nossa população segundo as diretrizes da Portaria 2.488/2011 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Cada mês realizamos uma reunião de avaliação com nossa equipe para discutir os programas e as ações implementadas no processo de acompanhamento aos comunitários da comunidade da Sharp. Trabalhamo-nos com protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde tanto na UBESF como consultas bibliográficas online. Acreditamos que a dedicação e a continuidade na atenção aos

usuários são pontos imprescindíveis para melhorar a saúde como pretende o Sistema Único de Saúde (SUS).

O acolhimento dos usuários é realizado por todos os profissionais que compõe a equipe de estratégia de saúde da família. Por não existir um pacote mínimo de urgência, não estamos atendendo de maneira eficaz os casos agudos quando aparecem na unidade. Por isso temos que encaminhar ao Serviço de Pronto Socorro os problema de saúde que geram uma demanda espontânea e que precisam um atendimento imediato.

O Caderno das Ações Programáticas (CAP) demonstrou a seguinte disposição de nossa população estimada em 3799 comunitários: 1301 mulheres em idade fértil (10 a-49 anos), 841 mulheres entre 25 e 64 anos, 196 mulheres entre 50 e 69 anos, 56 gestantes na área (1,5% da população total), 84 menores de 1 ano, 168 menores de 5 anos, 896 pessoas de 5 a 14 anos, 2418 pessoas de 15 a 59 anos, 241 pessoas com 60 anos ou mais, 2002 pessoas entre 20 e 59 anos, 2243 pessoas com 20 anos ou mais, 707 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 202 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes. Ao preencher os dados encontrados na unidade percebemos que na maioria dos indicadores estamos muito longe das estimativas segundo a distribuição da população brasileira. Os hipertensos não alcançam 50% de cadastrados, os diabéticos chegam somente aos 67% e o atendimento dos idosos esta muito abaixo da expectativa.

No programa de puericultura temos cadastrado 145 crianças na unidade. Isso é devido a que temos uma sala vacina e os comunitários estão muito comprometidos em vacinar as crianças. Desde o pré-natal, orientamos as mães para fazer as consultas de acolhimento nos primeiros sete dias de vida das crianças. Os ACS junto com outros profissionais da equipe contribuem em fazer visita domiciliar e atualizar esses dados. Com o programa Nascer e Parto humanizado das maternidades do DISAL, a grande maioria de nossas crianças fazem os testes tanto de coração, da orelha, do pezinho entre outros. Mais de 90% das crianças têm a vacina atualizada segundo o que podemos comprovar nas cadernetas da criança. Em nossa área, as mães oferecem o aleitamento materno exclusivo para as crianças pelo menos até quatro meses de vida atingindo mais de 85% que diminui depois em função da duração da licença de maternidade que muitas empresas dão somente os 120 dias estipulados. Outras prorrogam até seis meses facilitando assim o aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida. Para acompanhar as crianças,

utilizamos as orientações do Caderno de Atenção Básica número 33 do Ministério da Saúde. Além dos programas estabelecidos como a Bolsa família e o Leite do meu Filho. Atendemos toda quinta-feira em horas tarde as crianças em consulta de ações programáticas promovendo a continuidade na atenção oferecida aos futuros profissionais tanto da saúde como de outras áreas.

A Atenção ao Pré-natal esta bem estruturada na UBSF L09 de maneira que desde a minha chegada encontrei o registro e os dados das gestantes acompanhadas na unidade. Chegamos a atender entre 48 a 73 gestantes ao mês sendo registrados 50 (84%) nos últimos 12 meses. Dessas 50 gestantes, 35 (70%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre. Geralmente a primeira consulta pré-natal é feita pela enfermeira ou caso necessário pelo médico da equipe de Estratégia. O atendimento está baseado no Caderno de Atenção Básica ao Pré-natal de baixo risco 2012 e de alto risco, já que esses últimos fazem um pré-natal compartilhado entre nossa unidade e a Maternidade Balbina Mestrinho. Temos que reconhecer que uma grande quantidade de gestantes não iniciou o pré-natal no primeiro trimestre como deveria ser. As grávidas recebem orientações sobre o pré-natal e são encaminhadas a vinculação na maternidade de referência ainda na primeira consulta. A solicitação dos exames complementares preconizados e a sorologia recomendada também são pedidas desde a primeira consulta. Ao existir o programa de vacina em nossa unidade, isso facilita aplicação das vacinas recomendadas em todas as grávidas acompanhadas por nossa equipe. A cobertura do pré-natal esta adequada em comparação as expectativas nacional. Os indicadores do puerpério não são satisfatórios como o pré-natal. Nos últimos 12 meses foram 84 partos registrados na área de abrangência, sendo somente 60 (71%) consulta de puerpério. Dessas puérperas somente 37 (62%) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar. Isso é devido a que as mulheres vão à maternidade nos primeiros 40 dias pós-parto. Outra causa desse número baixo é o nível sociocultural dos comunitários.

A saúde da mulher em geral esta organizada em consultas de planejamento familiar, consultas de saúde sexual e reprodutiva e atendimento na Peri-menopausa. Desenvolvemos uma série de ações programáticas para promoção de saúde, prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero e da mama. Oferecemos atividades educativas em grupo ou de maneira individual nas consultas

guiando-nos pelas orientações do Caderno da Atenção Básica sobre Saúde sexual e reprodutiva. A coleta de exame preventivo do câncer do colo do útero é feita pela enfermeira na UBESF L09 e o amostra é enviada ao Laboratório distrital sendo disponível o resultado entre 22 dias a três meses. Não existe um acompanhamento registrado dos últimos 5 anos na unidade, somente existe a coleta e a avaliação pontual dos resultados. De 841 mulheres entre 25 e 64 anos, apenas 500 têm feito o PCCU nos últimos dois anos o que mostra que devemos trabalhar ainda mais para ampliar a cobertura. Na UBSF L09 orientamos as usuárias para prevenir o Cancer do Colo do Útero através das seguintes ações: controle de peso corporal, prática regular de atividade física, ações sobre malefícios do consumo excessivo de álcool, ações de rastreamento do câncer do colo de útero pela detecção precoce (Papanicolau), em mulheres de 25 a 64 anos com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais. Quando a mulher completa 64 anos o protocolo recomenda suspender o rastreamento se tiver dois exames consecutivos normais nos últimos cinco anos. A periodicidade de rastreamento para mulheres portadoras de HIV é de 6 em 6 meses. A periodicidade do exame deve ser anual independente dos resultados dos exames anteriores ou em idade menor se a mulher tem uma atividade sexual ativa. Nossas usuárias são orientadas sobre a detecção dos sintomas e sinais do Câncer do colo do útero e sobre a prevenção do câncer do colo de útero e das Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Os dados do caderno de ações pragmáticas deixam ver uma cobertura de 500 (59%) de prevenção do câncer do colo de útero, mas estamos trabalhando para ampliar a cobertura. Junto com os ACS vamos procurar as mulheres faltosas no acompanhamento da PCCU. Em relação aos indicadores de qualidade temos um total de 324 (65%) mulheres com exame de prevenção do câncer de colo de útero (Papanicolau) em dia, essa porcentagem vai melhorar com a busca ativa das mulheres faltosas, começando com as mulheres com teste preventivo com atraso de mais de 6 meses que são 166 das 500 mulheres cadastradas representando um 33%. 23 usuárias (5%) estão com PCCU alterado. 100% das mulheres acompanhadas são orientadas sobre prevenção do câncer do colo do útero assim como sobre as ISTs. Os exames coletados com amostras satisfatórias foram 91% (456 mulheres). O médico ou a enfermeira registra no prontuário clínico e em formulário especial o acompanhamento das mulheres com PCCU em dia. Os casos alterados são tratados e se for necessário, as mulheres são encaminhadas a Policlínica de referência Dr. Comte Telles.

O câncer de mama sendo uma das doenças mais frequentes nas mulheres, mas com um diagnóstico precoce e o tratamento oportuno tem um prognóstico relativamente bom. Segundo os dados preenchidos no CAP, temos 174 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, o que representa uma proporção de cobertura de 89%. Como indicadores de qualidade da prevenção do Câncer de Mama, temos um total de 145 (83%) mulheres com mamografia em dia, e 22 (13%) com mamografia atrasada de mais de três meses. Em 142 mulheres (82%) foi realizada avaliação do risco e 100% das usuárias acompanhadas foram orientadas sobre a prevenção desse câncer.

Em relação aos comunitários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, está registrado um total de 207 hipertensos, ou seja, somente 29% da estimativa e 135 diabéticos (67%). Nós, profissionais da equipe de estratégia realizamos ações de orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de

atividade física regular, o controle do peso e os riscos do tabagismo assim como do álcool. Os usuários hipertensos e diabéticos são atendidos comumente toda terça-feira em duas turmas tanto pelo médico como da enfermeira da UBESF L09. Utilizamos protocolo de atendimento do Ministério da Saúde. Precisamos enfrentar esse desafio de procurar os hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência que ainda não são cadastrados em nossa UBESF nem estão sendo acompanhados por nossa equipe. O atendimento aos hipertensos e diabéticos é registrado em prontuário médico sendo o planejamento e controle das atividades realizado pelos ACS, a enfermeira, e o médico. Aqui no Amazonas, sofremos muito de falta de medicamentos, o que dificulta o cumprimento das orientações por parte dos usuários. É muito frequente ouvir os usuários contar que não teve feito o tratamento por não encontrar o medicamento prescrito. Devemos aumentar a busca ativa dos comunitários hipertensos e diabéticos na comunidade assim como melhorar o atendimento e acompanhamento dos usuários já cadastrados.

A saúde do idoso não está totalmente bem feita em nossa unidade já que não temos uma estrutura que facilita um bom acompanhamento deles. O atendimento e o acompanhamento clínicos estão sendo realizados, mas não temos como oferecer um ambiente para programas específicos como atividade física entre outras. No atendimento participa toda a equipe com o engajamento requerido e com maior responsabilidade de cada um desde o ACS que mais acompanha na área até os profissionais que acolhem na unidade. Realizamos visita domiciliar e acompanhamento dos acamados, utilizando sempre os protocolos do Ministério da Saúde. Esta colocada na UBESF L09 as orientações de prevenção na pessoa idosa assim como a disponibilidade da caderneta do idoso. Toda a equipe está comprometida na avaliação e monitoramento das ações programáticas orientadas a pessoa idosa. Os indicadores de qualidade avaliados mostram que ainda temos muito por melhorar na atenção ao idoso. De momento estamos acompanhando um total de 128 idosos (53%), com 60 anos ou mais, residentes em nossa área de abrangência. Desses 128 idosos acompanhados, 102 realizaram avaliação multidimensional sendo 35 diabéticos e 64 hipertensos. Os exames médicos e complementares estão em dia em 98 dos idosos acompanhados. A equipe de estratégia pretende e deve programar ações concretas para melhorar o atendimento ao idoso de nossa população.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto inicial com o relatório da análise situacional posso perceber a quantidade de informação aportada pela análise situacional. O texto inicial da ESF/APS ficou fraco em informações sobre tudo baseadas em atividades cotidianas e precárias, mas o relatório da análise situacional trouxe informações necessárias sobre a percepção real preconizada pelo Ministério da Saúde. Acontece que antes, a visão era mais fechada, o entrosamento com a equipe era outro e os conhecimentos eram limitados. A situação da ESF/APS no local de trabalho é bem mais ampla do que citado no primeiro texto. Com o novo relatório, a magnitude das ideias frente à realidade é vivenciada diariamente. No começo da análise situacional, a unidade encontrava-se em reforma, hoje, não mais. As modificações foram realizadas e por isso, o texto não poderia ser o mesmo. É claro que após a reforma, esperavam-se adequações estruturais como o manual do Ministério da Saúde específica, mas, esta reforma trouxe bons avanços para os profissionais e usuários. A cada semana, os questionários e os textos fornecidos pela especialização foram chaves para abrir cada vez mais a janela do aprendizado. Os questionários mostraram a visão real de como deve ser uma unidade básica de saúde da ESF, e apesar de muitos afazeres, eles foram uma das principais fontes de aproximação entre os profissionais. Era com os questionários que debatia com os demais membros da equipe e dessa forma acredita-se que houve uma evolução sensível na capacidade de expressar.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Segundo Silva et al. (2008), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam um dos principais fatores de risco para o agravamento desse cenário, por estarem relacionados ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida (ROCHA, 2010).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) L09, situada na Comunidade da Sharp, Bairro Armando Mendes, funciona como Estratégia de Saúde da família. A UBS está situada no Distrito de Saúde e Endemias da zona Leste do município de Manaus. É uma UBS de mais de dez (10) anos de existência na Comunidade da Sharp, só que a nova casacona como se chama por aqui em Manaus foi inaugurada há seis meses. Nossa UBSF esta composta por uma equipe de ESF com atendimento odontológico. Essa equipe conte de um medico clinico-geral, uma enfermeira, uma cirurgião-dentista, duas técnicas de enfermagem, uma agente de cuidado bucal e sete ACS. Temos três (03) consultórios: 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem e 1 consultório de odontologia com duas cadeiras, mas temos somente um cirurgião-dentista.

Atendemos um total de 3977 usuários cadastrados em nossa área de abrangência. Organizamo-nos o atendimento segundo os programas estipuladas pelo Ministério de Saúde.

As doenças crônicas hipertensão e diabetes mellitus são muito prevalentes no mundo em geral e no Brasil em particular. Segundo o Ministério da Saúde (2006, b), a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo

menos 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Além das doenças cardiovasculares, a HAS e o DM respondem por 50% dos casos de doença renal crônica terminal (DRC), sendo estimado que 1.628.025 indivíduos sejam portadores de DRC no Brasil, e 65.121 estão em diálise (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (≥ 20 anos) e o DM atinge em torno de 11% dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos. Segundo a estimativa, deveríamos ter 707 usuários HAS, quando temos somente 207 usuários cadastrados que representa somente 29% de cobertura. De uma aproximação de 202 de diabéticos têm 135 usuários que fazem acompanhamento por essa doença o que representa 67% de cobertura. O atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos realiza-se todas as terças-feiras em duas turmas com prévio agendamento pela enfermeira ou pelas técnicas de enfermagem. O atendimento é feito pelo médico com exame físico completo, solicitação de exames laboratoriais encaminhados para o posto Gerardo Margela, mas às vezes temos que aguardar mais de três meses para obter os resultados. Atividades de promoção são realizadas durante a consulta médica e através de palestras sendo o espaço muito reduzido, o que dificulta uma maior participação dos usuários.

A probabilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que demanda, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. A abordagem conjunta justifica-se pela apresentação dos fatores comuns às duas patologias, tais como: etiopatogenia, fatores de riscos, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outras. Pelo que escolhemos intervir de maneira conjunta nas duas doenças fazendo busca ativa em todo usuário.

Considerando a prevalência dessas doenças no Brasil junto com os fatores de risco que apresentam nossos usuários; considerando as complicações o descontrole deles e os gastos que poderia causar tanto para o Estado como para nossos usuários; considerando que nosso trabalho implica a promoção de saúde, prevenção de doenças, o diagnóstico, acompanhamento com orientações médicas acompanhamento e tratamento adequado prevenindo possíveis complicações. Reunimo-nos e escolhemos intervir sobre hipertensão e diabetes mellitus para melhorar o atendimento, procurar mediante busca ativa aos usuários não cadastros,

buscar os usuários cadastrados faltosos para assim facilitar uma qualidade de vida aceitável para nossa população. Com essa intervenção pretendemos sensibilizar a nossa população sob a importância de controles dessas doenças, o qual nos levará a uma melhora no nosso atendimento e facilitará o melhor acompanhamento das mesmas. E muito importante o engajamento mostrado pela equipe para levar essas ações com a finalidade de melhorar o atendimento oferecido aos usuários de nossa área de abrangência.

A saúde bucal, como falei nos textos anteriores, apenas iniciou-se depois da mudança na nova UBSF pelo que não temos dados registrados. A equipe de odontologia esta acompanhando aos usuários e esperamos oferecer um serviço de qualidade aos comunitários de nossa área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na área de abrangência da UBSF L09, Bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos
2. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.
3. Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
6. Promoção de saúde

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1. : Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde em três meses.

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde em três meses.

Relativas ao objetivo 2. : Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos 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 hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Relativas ao objetivo 3. : Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

Relativas ao objetivo 4.: Melhorar o registro das informações.

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

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

Relativas ao objetivo 5.: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Relativas ao objetivo 6.: Promoção da saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família (UBSF) L09, Comunidade da Sharp, Bairro Armando Mendes, no Município de Manaus, Amazonas. É uma intervenção para cadastrar, atender e acompanhar aos 578 usuários hipertensos a partir de 20 anos e 202 diabéticos de nossa área de abrangência. Será realizado um conjunto de ações específicas para atingir os objetivos traçados. As ações serão monitoradas através de registros para assim facilitar o cálculo dos indicadores. Tudo será feito respeitando os principais eixos pedagógicos do curso de especialização que são: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Durante a intervenção no Programa de Atenção aos Hipertensos e diabéticos, serão realizadas as seguintes ações, de acordo com os objetivos e metas:

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

Metas:

- 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde em três meses.
- 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde em três meses.

Para alcançar o objetivo de **ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos no eixo de monitoramento e avaliação**, será confeccionado um registro específico para o programa contemplando o nome, endereço, data de nascimento, peso, altura, índice de massa corporal, Pressão Arterial, Glicemia e outros dados necessários dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Esse preenchimento será realizado primeiro pelo ACS da área correspondente durante as visitas domiciliares, no acolhimento as técnicas de enfermagem continuaram para que nas consultas o médico e a enfermeira e a medica

complementarão os dados preenchidos dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção. Mensalmente a enfermeira monitorará os prontuários clínicos, fichas espelhos e registros específicos do programa para monitorar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Os dados obtidos serão analisados e discutidos em reunião de equipe semanalmente.

No eixo **organização e gestão do serviço** será realizado acolhimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos nas consultas. O acolhimento será realizado pelas técnicas de enfermagem na recepção da UBSF em todas as seções de atendimento. O cadastramento dos hipertensos e diabéticos será feito na consulta pelo médico e a enfermeira, os dados serão inseridos no registro específico do programa e nos prontuários clínicos para facilitar a monitorização.

No eixo **engajamento público** serão realizadas palestras e rodas de conversas com a comunidade, com base no protocolo de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, do Ministério da Saúde, para informar sobre esse programa e sobre os vantagens do acompanhamento dos usuários pela equipe de ESF. Estas atividades serão desenvolvidas na UBSF com uma frequência semanal e também nos locais como igrejas emprestados pelos líderes da comunidade para facilitar uma atividade de maior porte para nossa comunidade. Serão responsáveis pela entrega dos convites para a comunidade os ACS de cada micro área. As atividades na UBSF ficarão sobre a responsabilidade do médico e da enfermeira, essas atividades serão feitas com os recursos disponibilizados pelo DISAL e pela própria equipe, assim como, a contribuição voluntária de alguns comunitários.

No eixo de **qualificação da prática clínica**, pretendemos realizar a capacitação da equipe no acolhimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, fazendo uso das Políticas de Humanização, ajustando nosso atendimento aos protocolos de atendimento aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade de saúde, semanalmente, sendo os principais responsáveis o médico, a dentista e a enfermeira. Capacitaremos a nossa equipe durante as reuniões semanais realizadas em nossa UBSF, para fornecer informações aos usuários e a comunidade em geral sobre o programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Metas

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos 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 hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Para alcançar o objetivo 2.

No eixo monitoramento e avaliação

- Avaliação integral, com relação ao peso, altura, perímetro abdominal, Pressão arterial e glicose pelas técnicas de enfermagem registrando estes dados nos prontuários clínicos.
- Interpretação dos dados pelo médico e a enfermeira calculando o Índice de Massa Corporal e classificação dos pacientes.
- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde.
- Detalhamento: Monitorar nos prontuários clínicos o número de hipertensos e diabéticos com exames complementares realizados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA.
- Detalhamento: registrar nos prontuários clínicos os medicamentos utilizados pelos usuários e priorizando a prescrição de medicamentos fornecidos pelas farmácias populares.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos acamados, deficientes físicos ou com problema de locomoção cadastrado.
- Detalhamento: Fazer monitoramento do número de hipertensos e diabéticos acamados, deficientes físicos ou com problemas de locomoção cadastrados pelos ACS.
- Monitorar realização de visita domiciliar para comunitários hipertensos e diabéticos acamados, deficientes físicos ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Fazer monitoramento das informações dos ACS cada semana verificando a realização de visita domiciliar para HAS/Diabéticos acamados, deficientes físicos ou com problemas de locomoção.

- Monitorar o número de comunitários rastreados para HAS, periodicamente pelo menos uma vez ao ano.

Detalhamento: Fazer revisão dos comunitários submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente a traves dos prontuários clínicos na unidade.

- Monitorar número de usuários com Pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Aproveitar acompanhamento dos usuários com Pressão Arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para rastreamento de DM.

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos usuários atendidos e acompanhados.

Detalhamento: Revisão sistemática dos prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico.

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico.

Detalhamento: Revisão sistemática dos prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico dos comunitários hipertensos e diabéticos.

No eixo de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Fornecer recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os pacientes hipertensos e diabéticos (balança, antropometria, Tabela de Snellen...).

- Estabelecer atribuições específicas de cada profissional da equipe envolvido na Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Exigir ao gestor fornecer os recursos necessários para implementação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os hipertensos e diabéticos na UBESF.

- Deixar claramente definida nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional para a Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.
- .Garantia de recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida dos pacientes hipertensos e diabéticos (balança, antropometria, Tabela de Snellen...).
- Definição clara das atribuições de cada integrante da equipe de estratégia na Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Exigir o engajamento do gestor para fornecer os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBESF.

- Definir claramente nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional na Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS
- Definir atribuições de cada profissional da equipe no exame clínico de hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir busca ativa dos hipertensos e diabéticos com atraso de exame clínico apropriado de acordo ao protocolo.
- Facilitar o atendimento dos usuários faltosos após busca ativa pelos ACS.

Detalhamento: ampliar nas reuniões periódicas da equipe as atribuições de cada profissional da equipe na realização exame clínico dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

- Apontar nos prontuários clínicos os usuários hipertensos e diabéticos com atraso de exame clínico apropriado de maneira a recupera-o na próxima consulta de cuidado programática.
- Programar com diligencia os usuários faltosos procurados pelos ACS facilitando o acolhimento deles.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Indicar exames complementários a todos os hipertensos e diabéticos avaliados em consultas na Unidade ou visitas domiciliares de acordo a periodicidade estabelecida pelo protocolo.

- Vigilar a realização dos exames solicitados a traves das consultas de retorno.

Manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Garantir através do registro os medicamentos utilizados pelos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde no período do ano.

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Implantar o registro dos hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a HTA/DIABETICOS acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Agendar as visitas domiciliar a HTA/DIABETICOS acamados ou com problemas de locomoção, prévia coordenação com as agentes de saúde em cada reunião da equipe.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.

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

Detalhamento: Prioridade do acolhimento para os pacientes portadores de HAS nos dias de atenção.

- Coordenar com o gestor o material adequado para medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBESF.

- Melhorar o acolhimento dos hipertensos portadores de DM acompanhados na unidade.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

- Estabelecer de forma organizada a prioridade no acolhimento dos comunitários hipertensos e diabéticos ou com fatores de risco conhecidos.
- Obter do gestor o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Garantir a atenção da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: facilitar as consultas de avaliação dos hipertensos e diabéticos com a equipe de saúde bucal da unidade.

No eixo do ENGAJAMENTO PÚBLICO

- A equipe dará orientações para a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para hipertensos e diabéticos.
- Explicar para os usuários as condutas esperadas após cada consulta programada e o engajamento necessário do paciente facilitando o controle da doença.

Detalhamento: Desde a visita domiciliar pelos ACS passando pelo acolhimento até a despedida do paciente devemos aproveitar para explicar a importância dessas avaliações na prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de possíveis complicações dessas doenças.

- Alcançar o engajamento de cada usuário para cumprir as orientações da equipe fazendo as modificações necessárias para melhorar a sua saúde.
- Orientar aos pacientes sobre a importância do exame clínico completo na avaliação da hipertensão e da diabetes para assim prevenir possíveis complicações.

Detalhamento: Os membros da equipe previamente capacitados aproveitaram as palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os pacientes e aos comunitários sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos dessas doenças pelo que uma avaliação completa do portador é muito importante.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre a periodicidade dos exames complementares.

Detalhamento: Orientar através das consultas medicas, palestras e visitas domiciliares para aos comunitários quanto à necessidade de realização assim como a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar aos comunitários do direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular/HIPERDIA explicando como acessar a essa ultima.

Detalhamento:

- Explicar através de palestras, consultas medicas e vistas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas de tratamento.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Divulgar nas palestras para a comunidade e outros meios disponíveis a existência do Programa de Atenção ao HTA/DIABETICOS da Unidade de Saúde.

- Orientar a comunidade sobre como e quando se deve solicitar visita domiciliar.
- Orientar aos comunitários sobre a extensão da atenção a visita domiciliar para aos Hipertensos e diabéticos acamados, deficientes físicos ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Divulgar através dos lideres da comunidade, as vistas domiciliares, os diversos encontros com os comunitários a disponibilidade responsabilidade da equipe de visita aos usuários em domicilio, assim como a como e quando solicitar uma visita da equipe

- Orientar aos comunitários sobre a importância da realização da medida da pressão arterial a partir de 18 anos de idade.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Utilizar os espaços de encontros em grupos para estimular aos comunitários sobre a importância da realização da medida da pressão arterial a

partir de 18 anos de idade deixando claro os fatores e os grupos de risco para essa doença.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em pacientes com Pressão Arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS.
- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Durante as palestras e rodas de conversas informar aos comunitários da importância do rastreamento para pacientes com DM e hipertensão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS

- Informar aos comunitários da área de abrangência sobre a importância da avaliação da saúde bucal dos pacientes.

Detalhamento: Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal.

- Orientar aos comunitários da importância de avaliar a saúde bucal de pacientes Hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre importância da avaliação da saúde bucal.

No eixo da QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais para o atendimento e acompanhamento dos hipertensos de acordo com o protocolo adotado pela UBESF.
- Oferecer cursos de treinamento para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida para os profissionais da equipe.
- Capacitar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Manter um debate contínuo com a equipe sobre os protocolos em aplicação na Unidade para o atendimento e o acompanhamento dos hipertensos e os diabéticos da área.

- Estimular a participação da equipe nas consultas dos hipertensos e diabéticos criando assim habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para vigilar a solicitação dos exames complementares segundo a periodicidade do protocolo.

Detalhamento: Debater nas reuniões da equipe o protocolo adotado para solicitação de exames complementares.

- Capacitar a equipe da UBESF para registrar adequadamente os procedimentos clínicos nas consultas.

Detalhamento: Facilitar a participação dos membros da equipe nas consultas criando habilidades para a realização de exame clínico apropriado.

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

- Favorecer a participação dos profissionais da equipe nas consultas dos hipertensos e diabéticos com o objetivo de capacitá-los para o correto encaminhamento dos casos que precisam de avaliações especializadas.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBESF.

Detalhamento: Realizar o exame físico adequado aos hipertensos e diabéticos identificando os riscos de morbimortalidade presentes e monitorar tudo nos prontuários clínicos dos pacientes.

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

Detalhamento: Debater com a equipe a disponibilidade dos medicamentos na Farmácia Popular assim como a localização dessa última. Capacitar os profissionais para orientação aos comunitários onde e como acessar a Farmácia Popular/Hiperdia.

- Capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos acamados ou deficientes físicos em nossa área de abrangência.

Detalhamento: Capacitação os ACS nas reuniões da equipe sobre o cadastramento dos Hipertensos e diabéticos atendidos nos domicílios.

- Orientar os ACS sobre como cadastrar, identificar e acompanhar os hipertensos e diabéticos acamados ou deficientes.
- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domicilia.

Detalhamento: Aproveitar das reuniões da equipe para orientar os agentes de saúde sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos usuários hipertensos e diabéticos acamados ou deficientes físicos.

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

Detalhamento: Treinar a equipe para aferição da Pressão arterial de forma criteriosa fazendo uso adequado do manguito.

Ações: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pacientes com Pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Treinar a equipe na realização do hemoglicoteste em pacientes com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de HAS.

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pacientes Hipertensos e Diabéticos.

Detalhamento: Oferecer capacitação para a equipe a fim de realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Para atingir o objetivo 3. : Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

No eixo das ações de **monitoramento e avaliação**, vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas segundo o estabelecido no protocolo de atendimento de atenção aos hipertensos e diabéticos, e monitorar o número médio de consultas realizadas pelos usuários através de revisão mensal dos prontuários clínicos e das fichas específicas do programa, que será feita pela enfermeira na unidade. Estes dados ficarão registrados após cada consulta e os resultados do monitoramento serão avaliados e discutidos em reunião da equipe cada final de mês.

No eixo ações de **organização e gestão do serviço**, os ACS, com as informações previamente elaborados através do monitoramento e avaliação dos registros específicos do programa, farão busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos a consulta, realizando visitas domiciliares aos mesmos, procurando entender os motivos das faltas, facilitando o acesso à consulta medica para um cuidado oportuno e adequado do seu estado de saúde. Será programada uma próxima consulta na data mais próxima possível, oferecendo prioridade a estes usuários provenientes da busca ativa, com as vagas disponíveis para este fim na agenda tanto do medico como da enfermeira. Durante as consultas os profissionais explicaram para os usuários da importância de realizar a consulta programada.

No eixo **ações de engajamento público**, vamos apresentar palestras educativas para informar à comunidade, os hipertensos e diabéticos sobre a importância do acompanhamento regular, apoiando-nos em no protocolo de atenção aos hipertensos e diabéticos. A mesma será feita com uma periodicidade semanal na recepção da unidade dirigida aos hipertensos e diabéticos assim como as familiares e/ou acompanhantes dos hipertensos e diabéticos. A enfermeira e o medico serão os responsáveis da organização dessas atividades, mas todos os membros da equipe participarão na orientação para os usuários. Realizaremos contato com alguns líderes da comunidade para facilitar algum local caso necessário. Solicitaremos a colaboração dos representantes da comunidade como o padre da igreja católica e os pastores das igrejas evangélicas para sensibilizar a população sobre a necessidade do atendimento priorizado e acompanhamento desses usuários especialmente.

No eixo **ações de qualificação da prática clínica**, vamos fazer reuniões para capacitar a equipe no início da intervenção e durante todo o processo de

intervenção, aportando cada vez novos temas e noções diferentes, atualizações para os ACS para a identificação dos usuários faltosos. Daremos ênfase na importância do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos assim com o valor da busca ativa dos pacientes faltos para alcançar os objetivos traçados. A mesma será feita pelo médico e pela enfermeira da equipe, através de exemplos de diferentes situações para resolver possíveis problemas e evacuar as dúvidas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Para atingir o objetivo 4.

No eixo de **monitoramento e avaliação**, a enfermeira será responsável de monitorar mensalmente o registro dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos na unidade. Todas as informações coletadas durante as consultas serão preenchidas nesse registro e serão avaliadas, discutidas e utilizadas para o entendimento e melhoria do atendimento.

No eixo das ações de **organização e gestão do serviço**, vamos pactuar, em reunião a ser feita no início da intervenção, a forma de realização do registro de informações com as sugestões de toda a equipe o facilitará a busca ativa e interpretação dos dados. As informações serão atualizadas no SIAB pela enfermeira e o médico mensalmente. Utilizaremos um computador com internet disponibilizado pelo DISAL na unidade já que em nossa unidade temos internet. A responsável pelo monitoramento dos registros com periodicidade mensal será a enfermeira da equipe através de revisão dos arquivos e os prontuários clínicos dos hipertensos e diabéticos.

Para o **engajamento público**, Palestras educativas para informar à comunidade e os hipertensos e diabéticos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde serão realizadas na unidade cada semana pelos ACS previamente capacitados.

No eixo da **qualificação da prática clínica**, vamos realizar treinamentos para toda a equipe sobre o preenchimento dos registros necessários do

acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na unidade. O treinamento será feito em reuniões periódicas semanais realizadas em nossa UBESF, sob a responsabilidade da enfermeira e do médico. Cada membro da equipe estudará uma das fichas de registro e demonstrará, sobre supervisão dos responsáveis, aos outros membros da equipe como preenche-o utilizando exemplos previamente elaborados pelo médico ou a enfermeira.

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

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

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

Para alcançar o objetivo 5.

No **eixo monitoramento e avaliação**, a enfermeira e o médico monitoraram com periodicidade mensal e através de revisão dos registros específicos e os prontuários clínicos o número de hipertensos e diabéticos com riscos altos. Os ACS procuraram esses pacientes para manter o controle desses fatores de risco tanto na unidade como em visita domiciliar.

No eixo ações de **organização e gestão do serviço**, Vamos oferecer prioridade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como alto risco, deixando sempre vagas disponíveis para o medico atender esses usuários. Esses usuários serão identificados com a cor vermelha nas fichas para facilitar a classificação dos mesmos.

No eixo das ações de **engajamento público**, realizaremos palestras e rodas de conversas com a comunidade para informar sobre os fatores de risco de morbimortalidade dos portadores de HAS e DM. Mensalmente desenvolveremos essas atividades e serão feitas pelo medico e a enfermeira da equipe com a participação dos agentes de saúde.

No eixo ações de **qualificação da prática clínica**, toda a equipe será capacitada para a avaliação dos fatores riscos cardiovascular dos pacientes hipertensos e diabéticos, que será utilizado por toda a equipe como referência na

atenção os usuários do programa. O médico será responsável de oferecer essa capacitação para a equipe nas reuniões semanais.

Relativas ao objetivo 6. : Promoção da saúde.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

Para atingir o objetivo 6 relacionado com atividades de Promoção a saúde nos hipertensos e diabéticos:

No eixo de **monitoramento e avaliação**, serão monitorados os registros das orientações realizadas sobre promoção de estilos de vida saudável, orientação nutricional sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular. Também serão monitoradas as orientações sobre os riscos do tabagismo assim como higiene bucal. O monitoramento será feito mensalmente pela enfermeira e/ou pelo médico através da revisão dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos.

No eixo de **organização e gestão do serviço**, todos os profissionais técnicos serão responsáveis por fornecer informações com relação à promoção de saúde, sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, como deixar de fumar e dos riscos do tabagismo aos comunitários durante o acolhimento. ACS continuaram o trabalho em visita domiciliar aplicando os conhecimentos adquiridos nas reuniões de capacitação e treinamento. Será estimulada a formação de grupos

de reflexão sobre essas orientações para assim facilitar o debate na mesma comunidade procurando o engajamento de todos.

No eixo de **engajamento público**, vamos acrescentar as ações de promoção e prevenção da saúde dos hipertensos e diabéticos, mediante atividades educativas aos comunitários de nossa área de abrangência em forma de rodas de conversa e atividades em grupo. Vamos orientar os usuários sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal, baseadas nas informações disponibilizadas pelo protocolo de atenção ao hipertenso e diabético disponibilizado pelo Ministério de saúde. Vamos a promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento, gestão e monitoramento das ações de saúde para as crianças. Junto com a equipe de saúde bucal ofereceremos palestras para esclarecer aos participantes sobre a necessidade da higiene bucal.

No eixo de **Qualificação da prática clínica**, A enfermeira capacitara e informara os profissionais de nossa equipe sobre os principais estilos de risco e as formas de prevenção em usuários hipertensos e diabéticos, assim como, sobre fazer orientação nutricional adequada sobre alimentação saudável conforme as possibilidades econômicas dos usuários. Essas orientações serão dadas em reuniões semanais.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao Objetivo 1. : Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Relativo Objetivo 2. : Melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

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

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Após discussão com a equipe de ESF da UBSF L09 do município de Manaus foi escolhido fazer uma intervenção no foco da atenção aos hipertensos e diabéticos dado a pouca cobertura e a necessidade de melhorar a qualidade do acompanhamento oferecido a esses usuários.

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos vamos adotar o protocolo do Ministério da Saúde proposto nos Cadernos de Atenção Básica, Manual Técnico de HAS e Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Já temos esse documento no serviço para uso de todos os profissionais da unidade.

Para viabilizar as ações na qualificação da prática clínica da atenção aos hipertensos e diabéticos, o médico e a enfermeira serão os encarregados de capacitar a equipe sobre as diretrizes do Ministério de Saúde para o acompanhamento desses usuários. A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram

discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e Diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe exporá as características de seu micro área aos outros membros da equipe. Abordaremos a disponibilidade da caderneta do hipertenso e diabético, 15 cadernos para anotações e 15 canetas para os profissionais da equipe utilizar durante a intervenção, esses materiais facilitaram a capacitação da equipe para melhorar a atenção oferecida aos usuários. Esses materiais foram solicitados e o gestor será o encarregado de disponibiliza-los para a equipe durante a realização da intervenção.

Para viabilizar as ações de monitoramento e avaliação da atenção aos hipertensos e diabéticos, utilizaremos a ficha espelho disponibilizadas pelo curso e os prontuários clínicos. O preenchimento da ficha espelho será realizado pelo médico ou pela enfermeira da UBESF. Entraremos em contato com o gestor municipal para dispor de cópias da ficha espelho durante a intervenção. O monitoramento e avaliação serão realizados semanalmente pelo médico da equipe a fim de identificar aqueles hipertensos e diabéticos que estão com exame clínico em atraso, exames complementares, e outras situações que precisam de visita domiciliar ou busca ativa pelo médico, a enfermeira ou ACS. Também será verificado se as ficha estão sendo preenchidas corretamente e caso necessário será discutido nas reuniões da equipe sobre a necessidade do correto preenchimento da mesma. As informações coletadas na ficha de espelho serão consolidadas na planilha de coleta de dados. Pois, para o monitoramento e avaliação será preciso a ficha espelho para o registro específico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, 24 canetas e 8 marcadores de cores variados, 1000 folhas sulfite, uma impressora para a impressão de 900 fichas espelho, um grampeador, um administrador de arquivos para colocar todas as fichas, 70 pastas para arquivar os diferentes documentos. A enfermeira prepara o documento com todas as necessidades básicas necessárias para pedir aos gestores a garantia desses materiais para o bom desenvolvimento do projeto.

A ficha espelho prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exames laboratoriais periódicos segundo o protocolo do Ministério da Saúde relativos à classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. O médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar. Faremos contato com o Distrito de Saúde da zona leste para dispor das fichas necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e/ou as técnicas de enfermagem revisará o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para o acompanhamento médico nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para acolher a demanda de usuários já cadastrados não há necessidade de alterar a organização da agenda, eles serão priorizados nas consultas marcadas como retorno normal. Para agendar aos usuários hipertensos e diabéticos ou casos suspeitos proveniente da busca ativa serão reservadas 10 consultas por semana.

Faremos contato com associação de moradores e com líderes da comunidade como pastores evangélicos e padres de igrejas católicas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de HAS e DIABETES MELLITUS. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastramento de usuários com risco destas doenças e esclarecemos para a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Dentro da unidade vamos utilizar os meios audiovisuais disponíveis como vídeos ou slides.

A realização do monitoramento será feita através do acompanhamento da digitação dos dados na Planilha de coleta de dados facilitada pelo programa de saúde da família. Semanalmente vamos preencher essa planilha e será realizada uma avaliação parcial dos dados para assim identificar os avanços e os aspectos pra melhorar. Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão com consultas, exames

clínicos ou exames laboratoriais em atraso. O ACS fará busca ativa de todas os usuários em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha específica.

Para viabilizar as ações de engajamento público, vamos sensibilizar aos comunitários e principalmente os líderes de opinião sobre a importância do projeto de intervenção, e do acompanhamento qualificado dos hipertensos e diabéticos. O apoio dos líderes comunitários e da comunidade ajudará a ampliar a captação dos comunitários com risco dessas doenças crônicas e facilitará a divulgação do projeto. Também vamos organizar atividades educativas coletivas na UBSF com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, orientar sobre a promoção a saúde e prevenção de doenças e complicações, importância da higiene bucal, prática regular de atividade física, orientação nutricional sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo etc. outros assuntos de necessidade da comunidade. Utilizaremos as cadeiras da unidade, mas vamos precisar de um apagador e canetões para divulgar informações importantes da intervenção, também vamos utilizar um computador já disponível na unidade só que precisamos de um projetor para transmitir as mensagens relacionadas para os usuários. Material educativo e folhetos complementares para disponibilizar para os participantes nas atividades serão necessário. Todos os demais materiais serão solicitados em documento aos gestores responsáveis para o fornecimento.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe.	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico dos usuários com HAS e DM	x	X	X	x	x	x	X	X	x	x	x	x
Cadastramento de usuários no programa	x	x	X	x	X	X	X	X	X	X	X	x
Monitorar nº de usuários cadastrados, faltosos e monitorar atraso de consultas.			X	x	X	X	X	X	X	X	X	x
Realizar exame clínico exame de estratificação de risco				x				x				x
Monitorar a realização de exames complementares e de consulta com dentista	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	X.
Monitorar a qualidade dos registros				x				X				x

1. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o projeto da intervenção nossa A equipe de Estratégia de Saúde Familiar da UBESF L09 estabeleceu várias ações, planejadas e direcionadas para serem desenvolvidas durante o processo de intervenção com possibilidade de incorporá-las na rotina do serviço após esse período de intervenção.

Como planejado, nas duas primeiras semanas foi apresentado o projeto para a equipe e para alguns líderes da comunidade. A equipe recebeu o projeto com muita alegria. Foi realizada a capacitação da equipe para levar ao êxito o projeto alçando o engajamento de todos os profissionais da equipe. Os ACS foram orientados a fazer a busca ativa dos possíveis usuários faltosos e para procurar os comunitários com riscos de HAS e DM. Depois da capacitação dos ACS, o projeto de intervenção foi apresentado para alguns comunitários previamente selecionados pelos respectivos ACS. A receptividade na comunidade ficou acima das expectativas. Os comunitários que participaram na apresentação do projeto de intervenção expressaram o compromisso de levar a ideia para os seus vizinhos. A equipe apresentou o projeto para o Padre da igreja católica e os Pastores de igrejas evangélicas da comunidade. Graças a isso conseguimos engajar vários membros da comunidade para colaborar com a intervenção sabendo da importância destas parceiras comunitárias para levar ao sucesso nosso projeto para a comunidade da Sharp. Eles ficaram com muita alegria e mostraram a disposição para colaborar com nossa equipe de ESF.

Também iniciamos o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos como estava previsto durante as 12 semanas de intervenção. Conseguimos atender mais de 500 usuários de nossa área de abrangência graças à colaboração e engajamento de toda uma equipe decidida a levar uma ação útil em nossa unidade básica de saúde. Desses comunitários atendidos, foram cadastrados 260 novos pacientes hipertensos e diabéticos que até o momento não estavam fazendo acompanhamento com nossa equipe. Os exames clínicos de estratificação de risco foram realizados para todos os usuários atendidos durante esse período e todos foram encaminhados para o controle laboratorial necessário. Os registros foram constantemente revisados monitorando a qualidade a cada semana,

especificamente as quintas-feiras. Os usuários faltosos foram monitorados e foi realizada a busca ativa deles para aperfeiçoar o programa de atenção ao hipertenso e diabético. Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, a importância da prática de atividades físicas regulares. Foi monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para facilitar a acessibilidade aos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe de ESF não deixou passar nem uma oportunidade para orientar vários usuários diabéticos e/ou hipertensos sobre alimentação saudável. O médico e a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família capacitaram os ACS para realizar a busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos faltosos e procurar os usuários suspeitos de HAS e Diabetes Mellitus da área de abrangência que ainda não estavam cadastrados.

O médico e a enfermeira realizaram orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste nas reuniões mensais. Eles avaliaram periodicamente a técnica de verificação da pressão arterial pelas técnicas de enfermagem. As parcerias comunitárias e o engajamento com a comunidade foi essencial para a formação de grupos de educação em saúde em nossa comunidade. Conseguimos montar três grupos com usuários de 5 micro áreas o que permitiu a realização de boas atividades de prevenção de doenças e complicações assim como atividades de promoção para uma vida saudável na comunidade. Os comunitários hipertensos e diabéticos da área de abrangência receberam várias palestras sobre essas duas doenças e outros fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes durante essas 12 semanas. Através de palestras oferecidas tanto pelo médico como pela enfermeira aos comunitários, esses últimos foram orientados sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. No corredor da unidade (sala de espera), a enfermeira realizou como foi programados orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes aos usuários.

3.2. Ações previstas e não desenvolvidas

Ao início da intervenção não tínhamos enfermeira, já que nossa enfermeira saiu de licença para dois anos. O Distrito de Saúde Leste informou que não ia substituir a

enfermeira por falta de profissional. O médico solicitou o apoio do supervisor do Ministério de Saúde para facilitar a chegada de outra enfermeira. A ausência da enfermeira no início da intervenção prejudicou em parte o alcance de nossas metas e teve consequência sobre nosso processo de intervenção prejudicando o alcance de nossas metas, problema que foi resolvido com a chegada de outra enfermeira. Outra dificuldade que apareceu pouco depois de começar a intervenção foi à morte de um ACS que até o momento não foi substituído. Outra ACS ficou de licença maternidade reduzindo o número de profissionais da equipe, o que faz um pouco difícil a busca ativa dos usuários faltosos, mas sempre procuramos novas estratégias para continuar com o projeto de intervenção. Em consequência, dessas dificuldades algumas ações previstas no cronograma da intervenção não foram desenvolvidas tais como não chegamos ao cadastramento de todos os hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde, dificuldade para fazer a busca ativa em áreas sem coberturas por ACS.

Não foi possível a realização de exames laboratoriais em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos porque o laboratório distrital ficou sem material durante um tempo estimado por mais de três semanas. Nem todos os usuários foram atendidos em relação às necessidades odontológicas pelo fato de haver somente uma cadeira odontológica e a demanda é muita, mas reconhecemos o esforço da dentista e da Auxiliar de cuidado bucal de cuidados dentais para ajudarmos nesse sentido.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleção e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, encontramos algumas dificuldades ao início. A orientadora nos ajudou para revisar e retificar os indicadores. Ao início os indicadores ficaram acima de 100% porque alguns dados tinham sido preenchidos mal. Toda a equipe colaborou para melhorar as planilhas. Desde o acolhimento, estamos organizando os dados dos usuários segundo a área de cada um, já que os agentes vão identificando os seus usuários. Ainda precisamos escrever tudo manualmente e com caneta porque não temos nada eletrônico ou informatizado. Uma dificuldade na intervenção está relacionada ao fato de nossa área ser muito perigosa, ou seja, uma zona vermelha – Comunidade da Sharp, Bairro Armando Mendes, zona Leste de Manaus. Isso dificulta as visitas domiciliares e atraso a busca ativa dos usuários faltosos dessas áreas.

Uma ferramenta que ajudou muito foi a elaboração dos diários de intervenção, pois, avaliamos através deles o que foi feito e o que falta por fazer depois de cada semana. Identificamos os problemas relacionados ao projeto quando revisamos o que deixou escrito após cada etapa da intervenção. Tudo isso facilita a elaboração do relatório final já que tínhamos todo o processo escrito graças aos diários semanais de intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção mudou a rotina da unidade para melhorar o atendimento aos usuários de nossa área de abrangência. Ao início foi um pouco difícil incorporar as novas ações, mas, agora esta tudo funcionando de maneira harmoniosa graças ao engajamento e compreensão da equipe. Nesse momento temos dois grupos de usuários hipertenso-diabéticos que trabalham com supervisão da equipe praticando atividades saudáveis como atividades físicas regulares, caminhadas diárias de umas 20 a 30 min em horas de tarde. Eles mesmos transmitem orientações para outros comunitários estimulando-lhes para participar nestas atividades. Estes grupos facilitam as palestras de orientação nutricional sobre alimentação saudável, risco do tabagismo e atividade de promoção de saúde.

Estamos ainda com problemas para realizar os exames laboratoriais pelas poucas vagas que temos dificultando a continuidade na atenção integral que queremos oferecer. Isso faz que alguns usuários estejam com avaliação de exames laboratoriais atrasadas. Outra dificuldade que encontramos se refere ao encaminhamento à atenção especializada. Está demorando muito para encontrarmos vagas para facilitar um atendimento especializado para nossos usuários devido à carência de profissionais especialistas sobre todo de cardiologistas e endocrinologistas. Além dessas dificuldades, alcançamos muitos objetivos traçados durante esse processo de intervenção.

Tanto a população como a equipe está bem satisfeitos com tudo o que estamos realizando. Confiamos em melhorar cada vez mais o atendimento a nossa população e essa intervenção nos ajuda muito. Achamos que nossa equipe está muito melhor preparada para oferecer uma atenção de qualidade aos usuários promovendo o engajamento de cada cidadão. Toda a equipe está mobilizado para dar continuidade a essa intervenção pelos benefícios que trouxe: primeiro para a equipe que nesse momento está mais capacitada para acompanhar aos usuários hipertensos e diabéticos, segundo para o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos por ser muito melhor organizado com os usuários cadastrados, planilhas de dados bem feitas e informativas, planos de ações descritos e terceiro para a comunidade aumentando a qualidade de vida, o cuidado comunitário mutuo, o engajamento e a participação comunitária, agora os comunitários hipertensos e diabéticos da ESF L09 são promotores de bons hábitos de saúde e são incentivos para os demais.

Essa experiência será expandida as demais ações programáticas para continuar oferecendo uma atenção integral aos cidadãos. Isso será feito com mais facilidade quando temos mais ACS. Organizaremos outros programas de atenção aos usuários como atenção ao pré-natal e puerpera, saúde da pessoa idosa, saúde da criança etc.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Há três meses que decidimos fazer uma intervenção para aperfeiçoar o acompanhamento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência, UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM. Esse projeto de intervenção durou 12 semanas de ações programáticas para atingir nossa meta. Até o momento de iniciar o projeto, a ESF L09 de Manaus atendíamos 202 usuários hipertensos (29%) e 135 diabéticos (67%).

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta: Cadastrar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

A proporção de comunitários hipertensos e diabéticos moradores em nossa área de abrangência é de 578 e 143, respectivamente, segundo estimativas. A UBS tinha cadastrado muito poucos comunitários e o objetivo era ampliar a cobertura a 100% dos usuários da área de abrangência. Em três meses conseguimos acompanhar um total de 214 usuários hipertensos (37%) e 156 diabéticos ultrapassando as expectativas (109%). No primeiro mês da intervenção, atendemos 88 usuários hipertensos (15,2%) e 60 usuários diabéticos (42%). No segundo mês, ampliamos um pouco mais o atendimento e acompanhamento aos comunitários e alcançamos um total 176 usuários hipertensos (30,4%) e 126 diabéticos (88,1%). Com 12 semanas de intervenção (terceiro mês), fechamos com um total de 214 usuários hipertensos (37%) e 156 usuários diabéticos (109%) atendidos, orientados e acompanhados. Isso foi possível graças à colaboração tanto da equipe de ESF como dos mesmos comunitários. As figuras 1 e 2 mostram a cobertura de HAS e DM respectivamente.

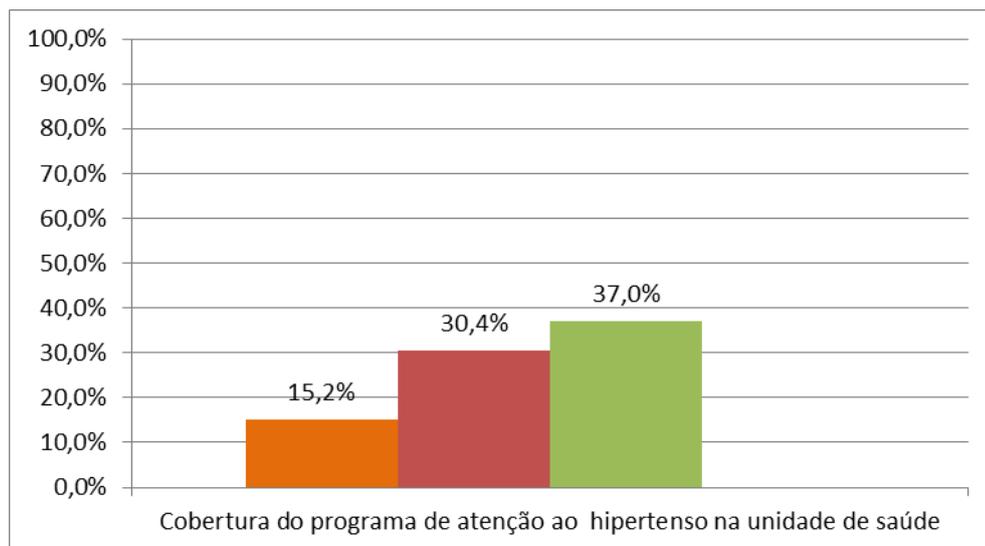


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

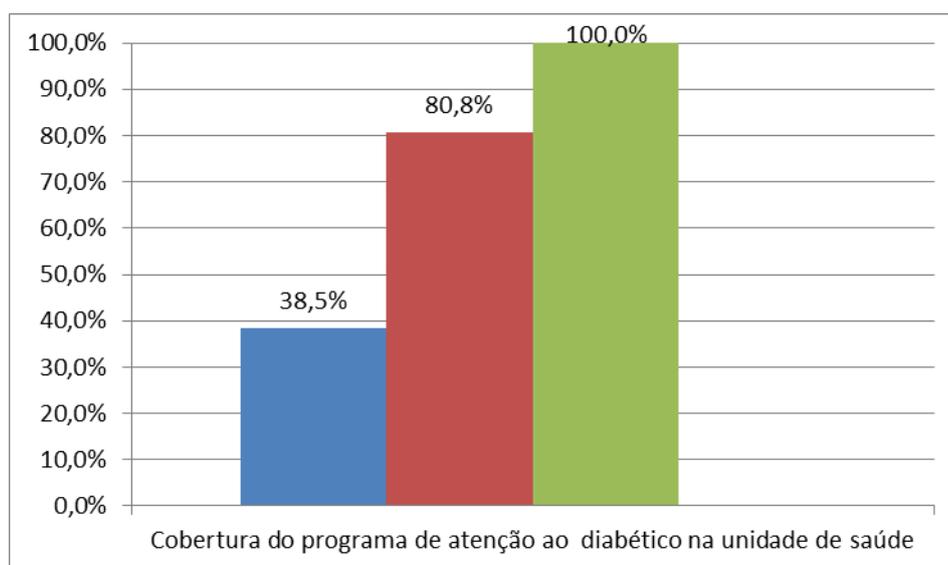


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

Chegamos a atender e acompanhar um total de 260 usuários, 214 deles são hipertensos e 156 diabéticos. Graças a essa intervenção ampliamos a cobertura, o acompanhamento e atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de ESF L09 de Manaus. Ainda que para os usuários diabéticos, foi atingida a meta graças a colaboração da equipe e dos próprios comunitários em divulgar a intervenção. A meta de cobertura de hipertensos não foi atingida devido à

diminuição de profissional passando de sete ACS a três em pouco tempo, o que dificultou o processo de cadastramento destes usuários.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

No primeiro mês conseguimos realizar exames clínicos apropriados a 87 (98%) usuários hipertensos, no segundo mês a 175 (99,4%) e no terceiro mês a 213 (99,5%). Os usuários diabéticos sempre mantiveram uma proporção de 100% de exame clínico em dia de acordo ao protocolo. A figura 3 representa a proporção de usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde.

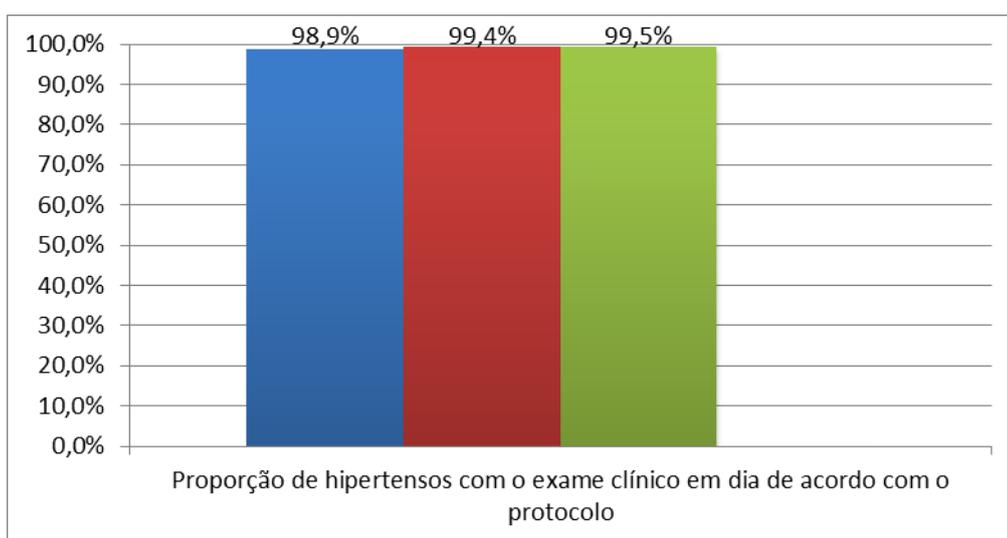


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para atingir essa meta foi realizada toda uma capacitação da equipe para avaliar aos usuários. O médico e a enfermeira anotaram todos os detalhes do exame físico dos usuários atendidos. As técnicas de enfermagem fizeram um ótimo trabalho facilitando os dados necessários como a PA, a glicose, o peso, a altura e o perímetro abdominal. Foram revisados sistematicamente os prontuários clínicos dos pacientes e aqueles com três meses ou mais de atraso no exame clínico foram procurados pelos ACS previamente orientados pelo médico e enfermeira.

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

No primeiro mês atingimos um total de 71 (80,7%) dos usuários hipertensos e 53 (88,3%) de usuários diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo. No segundo mês, o número de usuários hipertensos monitorados chegou a 157 (89,2%) e os diabéticos a 119 (94,4%). No terceiro mês fechamos com 185 (86%) de usuários hipertensos e 142 (91%) dos usuários diabéticos atendidos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo. Não atingimos a meta de 100% de usuários com exames complementares em dia como esperávamos.

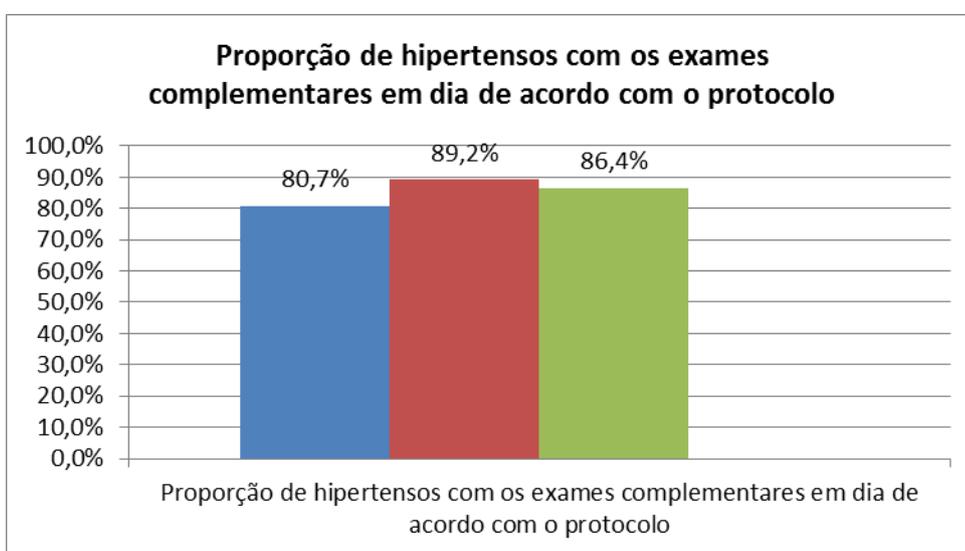


Figura 4. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

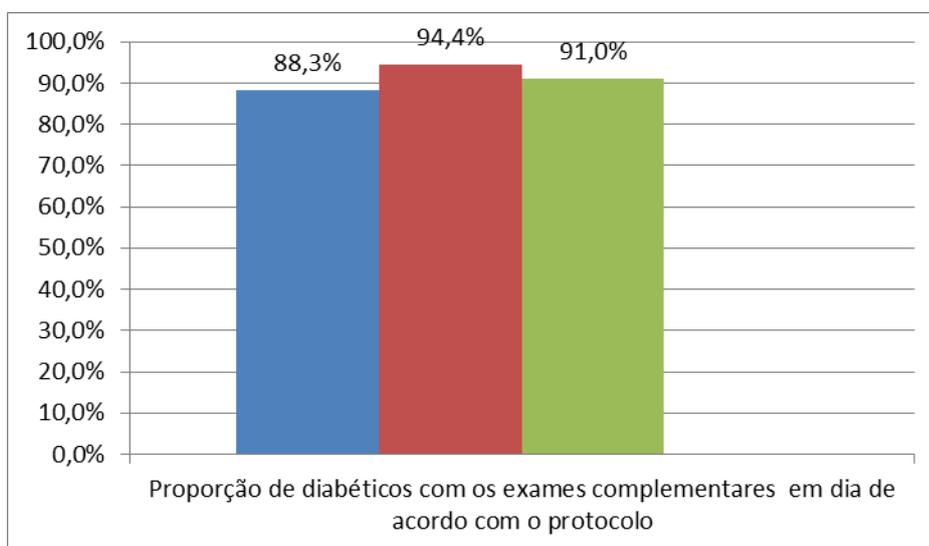


Figura 5. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nos últimos meses, estamos com carência de material no laboratorial Distrital do DISAL. Isso dificulta a realização dos exames complementares previamente solicitados pelo médico ou a enfermeira. A equipe tentou resolver esse problema encaminhando os usuários a outros laboratórios do município, mas o problema foi geral.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular em 100% dos usuários.

No primeiro mês 87 dos usuários hipertensos (98,9%) e 60 diabéticos (100%) receberam medicação da farmácia popular. No segundo mês foram 175 hipertensos (99,4%) e 126 diabéticos (100%) e no terceiro mês 213 usuários hipertensos (99,5%) e 156 diabéticos (100%) beneficiaram de medicamentos da farmácia popular. Na figura 6, mostramos a evolução do indicador de prescrição de medicamentos da farmácia popular aos usuários hipertensos.

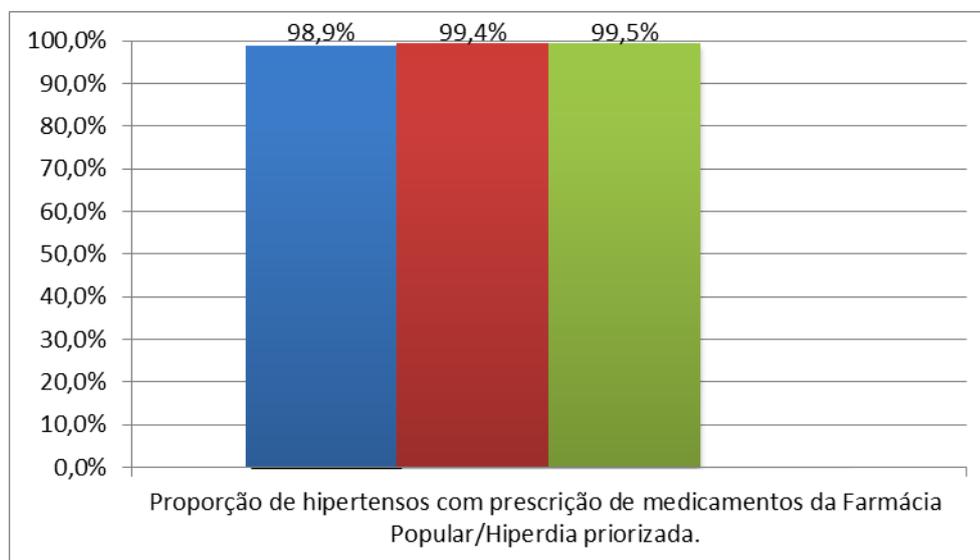


Figura 6. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Foi priorizada prescrição de medicação da farmácia popular para todos os usuários diabéticos e hipertensos. Atingimos a meta para os pacientes diabéticos. No caso dos usuários hipertensos, temos um usuário que o cardiologista receitou um medicamento que não está na farmácia popular, por isso não atingimos 100% destes usuários com prescrição de medicamento da farmácia popular.

Meta: avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários atendidos na unidade.

No primeiro mês conseguimos 73 (83%) usuários hipertensos com atendimento odontológico, 159 (90,3%) no segundo mês e terminamos com 194 (90,7%) no terceiro mês. Por outro lado, conseguimos atendimento odontológico a 55 (91,7%) usuários diabéticos no primeiro mês, 121 (96%) no segundo mês e 150 (96,2%) no terceiro mês. Não atingimos a meta de 100% como mostram as figuras 7 e 8.

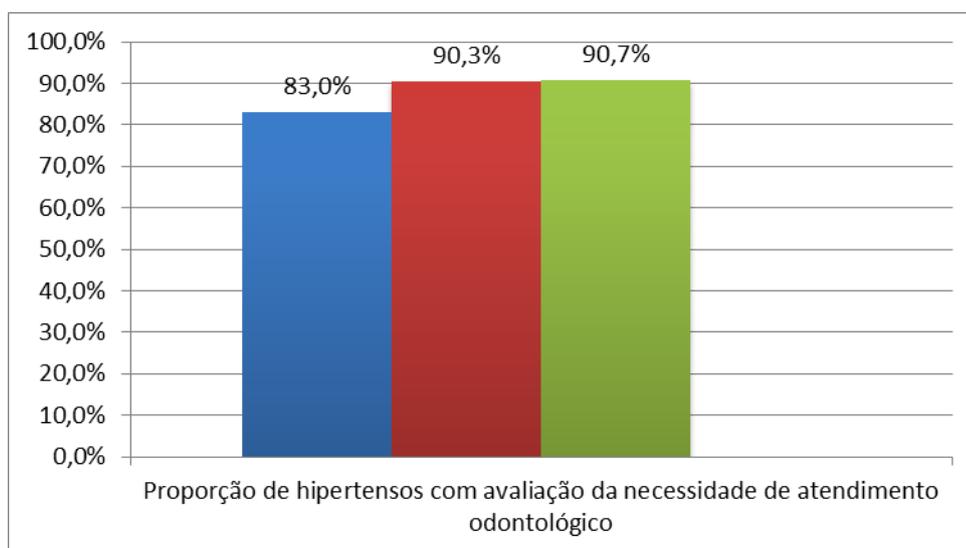


Figura 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

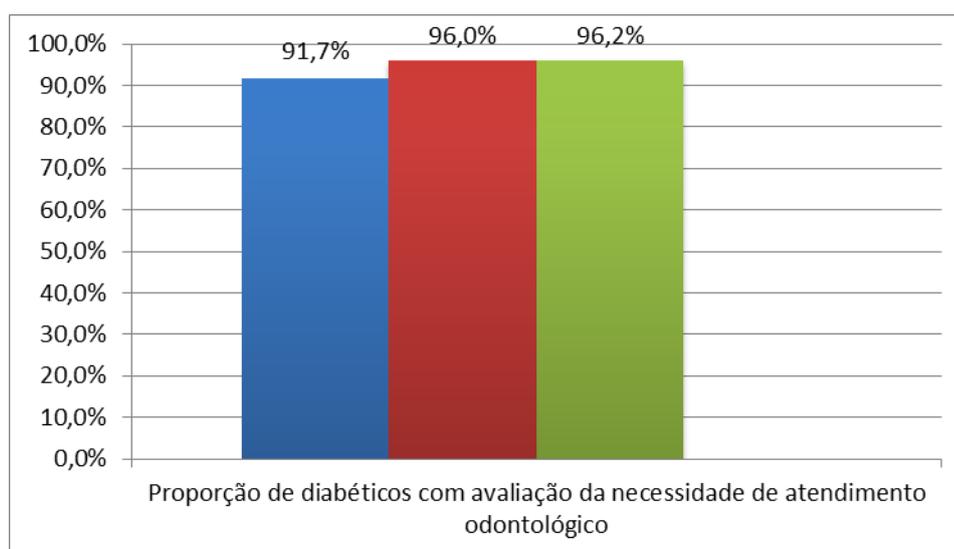


Figura 8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Não chegamos a atingir a meta de 100% de avaliação de necessidades odontológicas devido ao excesso de demanda na unidade, pois temos somente um cirurgião-dentista. A dentista esta fazendo tudo para oferecer essa oportunidade para nossos usuários o mais breve possível em um período inferior a seis meses.

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

O sexto indicador mostra a proporção de usuários HAS e DM faltosos com busca ativa. No primeiro mês os hipertensos faltosos com busca ativa foram 55 (96,5%), 108 (91,5%) no segundo mês para fechar com 128 (89,5%) devido ao difícil acesso de algumas ruas sobre tudo em período de chuva. Os usuários diabéticos faltosos com busca ativa no primeiro mês foram 30 (100%), 72 (92,3%) no segundo mês e 90 diabéticos (90%) no terceiro mês de intervenção. As figuras 9 e 10 refletem o comportamento desse indicador.

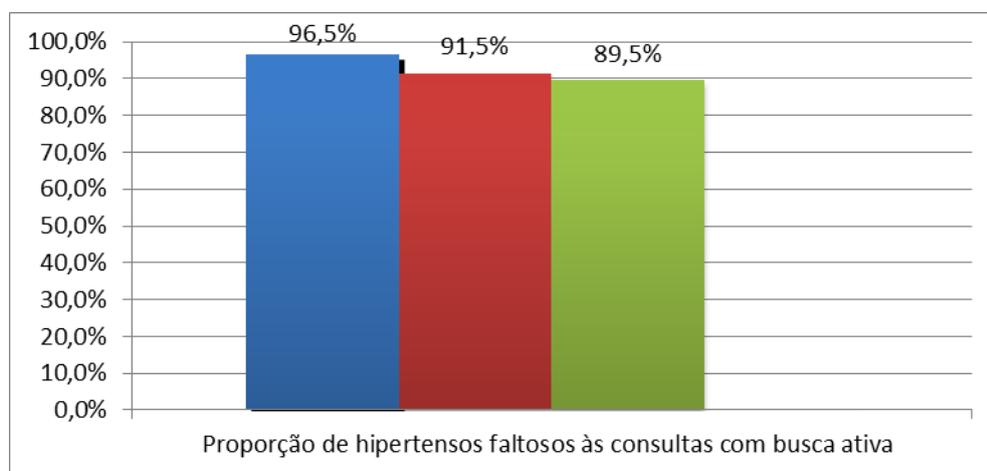


Figura 9. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

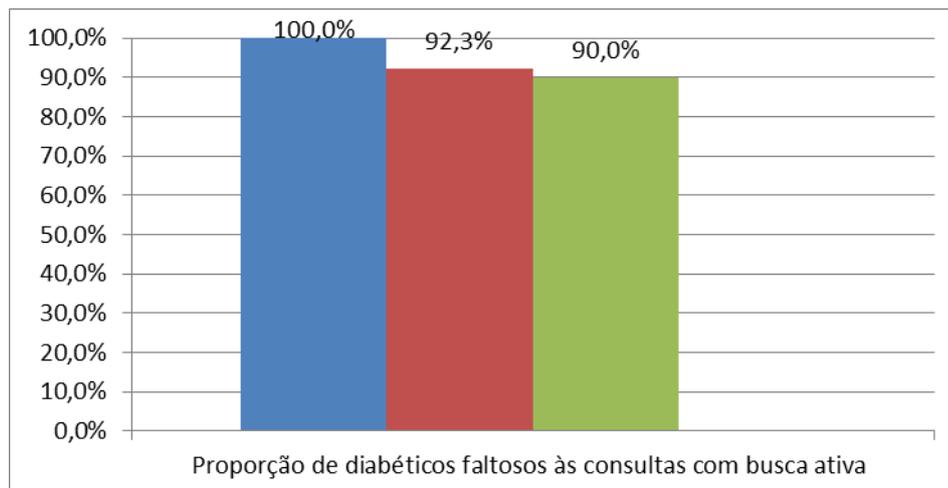


Figura 10. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Tal como reflete as figuras 9 e 10, a meta de busca ativa de usuários faltosos ao consulta programada não foi atingida na sua totalidade. Isso ocorreu devido aos problemas que apareceram durante a intervenção. Ficamos com poucos ACS, o que trouxe como consequência que alguma micro área ficou sem cobertura e foi difícil mobilizar os poucos ACS para toda nossa área de abrangência. Consideramos a busca ativa realizada como um sucesso já que toda a equipe contribuiu para que a maioria dos usuários continuasse nas consultas programadas. Para atingir essa proporção foi necessário que o médico e a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família L09 capacitar os ACS para realizar a busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos faltosos e procurar os usuários suspeitos de HAS e Diabetes Mellitus da área de abrangência ainda não cadastrados.

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

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

A estratificação de risco cardiovascular é muito importante para usuários hipertensos, diabéticos, obesos ou com outros riscos associados. No período de intervenção esse indicador foi abordado de modo a deixar todas as informações necessárias para facilitar a classificação e assim programar melhor o atendimento.

No primeiro mês 87 (98,9%) usuários hipertensos atendidos foram estratificados e todos os usuários diabéticos atendidos no primeiro mês 60 (100%)

foram estratificados em quanto a risco cardiovascular. No segundo mês 175 usuários hipertensos (99,4%) e 126 (100%) diabéticos foram estratificados. No terceiro mês a estratificação alcançou 213 (99,5%) hipertensos e 156 (100%) usuários diabéticos. Os resultados de estratificação de usuários hipertensos atendidos estão refletidos na figura 11.

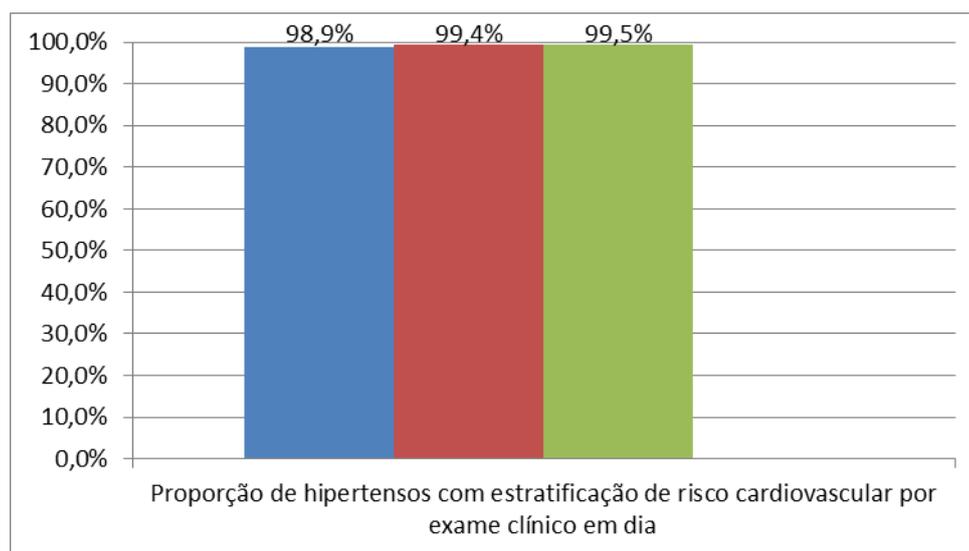


Figura 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A dinâmica da equipe de ESF da UBS L09 facilitou atingir a meta de estratificação de risco cardiovascular tanto em pacientes hipertensos como diabéticos atendidos na unidade.

Objetivo: Promoção de Saúde.

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

A orientação sobre alimentação saudável é muito importante e mais ainda em pacientes hipertensos e diabéticos. Conscientes disso, desde os primeiros dias o médico e a enfermeira capacitaram os profissionais da ESF L09 para orientar aos comunitários. Durante o período da intervenção realizada em nossa unidade de saúde familiar esse indicador ficou seguinte forma: no primeiro mês de 88 hipertensos acompanhados, 100% foram orientados sobre alimentação saudável, no segundo mês 176 (100%) e no terceiro mês os 214(100%) comunitários hipertensos acompanhados na ESF L09. A orientação sobre alimentação saudável para os

usuários diabéticos atendidos durante a intervenção teve a seguinte distribuição: 60(100%) diabéticos atendidos no primeiro mês e no segundo e terceiro mês 126 e 156, representando 100% em ambos os meses, respectivamente. Conseguimos atingir a meta estabelecida ao início da intervenção.

A colaboração dos ACS foi muito importante já que eles visitam mais os usuários em casa e podem continuar com as orientações dentro da comunidade. Muitos usuários hipertensos e diabéticos foram encaminhados ao Policlínico Comte Telles para ser acompanhados com nutricionistas da unidade de referência. Os nutricionistas do Distrito de Saúde nos disponibilizam materiais necessários para distribuir para os pacientes atendidos.

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

Os pacientes atendidos durante a aplicação do projeto de intervenção foram orientados em relação à prática de atividade física regular e os resultados são os seguintes: no primeiro mês atendemos 88 comunitários hipertensos e todos (100%) foram orientados sobre a importância da prática de atividade física regular. No segundo e terceiro mês, 176 (100%) e 214 (100%) dos usuários hipertensos, respectivamente, foram atendidos e orientados sobre a prática de atividade física regular.

No primeiro mês, todos os 60 usuários diabéticos (100%) atendidos foram orientados sobre a importância da prática de atividade física regular. No segundo mês foram 126 (100%) e no terceiro meses 156 (100%) diabéticos atendidos e orientados sobre prática de atividade física regular.

Tanto para os hipertensos como para os usuários diabéticos atingimos a meta traçada ao início da intervenção. Devemos esse sucesso ao compromisso e o engajamento de toda a equipe da ESF L09 que participou na orientação dos usuários sobre a prática de atividade física regular. Os usuários ficaram tão satisfeitos que montaram associações na comunidade para praticar atividade física regular juntos.

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

Durante a intervenção a equipe de ESF L09 orientava aos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na unidade da maneira que no primeiro mês os 88 usuários hipertensos acompanhados, todos (100%) foram orientados sobre riscos do tabagismo, assim como para os 60 diabéticos atendidos. No segundo mês os usuários hipertensos atendidos até então foram de 176 e todos (100%) receberam orientação sobre esse indicador. O mesmo aconteceu com os 128 diabéticos atendidos, todos (100%) receberam orientações. Terminamos o terceiro com um total de 214 hipertensos e 156 diabéticos atendidos, todos eles receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

Aqui também atingimos a meta graças ao engajamento da equipe sobre tudo da enfermeira e do médico da ESF L09 que sempre orientaram aos usuários sobre os riscos do tabagismo. É importante dizer que em nossa área de abrangência temos poucos usuários hipertensos e diabéticos fumantes.

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

Os usuários atendidos durante a aplicação do projeto de intervenção foram orientados sobre higiene bucal por todos os profissionais da Estratégia. No primeiro mês atendemos 88 comunitários hipertensos e todos (100%) foram orientados sobre a importância da higiene bucal. No segundo mês os 176 (100%) hipertensos atendidos até o momento foram orientados. Ao terminar o terceiro mês, os hipertensos atendidos chegaram a 214 e todos eles (100%) tinham recebido orientações sobre higiene bucal.

No primeiro mês 60 usuários diabéticos atendidos, todos foram orientados sobre a importância da higiene bucal. No segundo mês foram 126 diabéticos atendidos e orientados e no terceiro mês tivemos um total de 156 diabéticos acompanhados na unidade de ESF L09 e, igualmente, todos orientados sobre higiene bucal.

Tanto para os hipertensos como para os usuários atingimos a meta traçada ao início da intervenção. O aporte da equipe de odontologia foi muito útil e permitiu que alcássemos a meta.

4.2 Discussão

A intervenção facilitou uma melhoria no programa de atenção aos comunitários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência permitindo ampliar a cobertura e uma organização melhor do serviço com um atendimento mais qualificado. Com essa intervenção mais de 400 comunitários com riscos de doenças cardiovasculares e metabólicas foram atendidos e acompanhados. Desde o início da intervenção, começamos a atender mais usuários hipertensos e diabéticos organizando as consultas e assim facilitando o acesso aos comunitários.

O engajamento da equipe de ESF ficou cada vez mais visível o que facilita cada dia mais o trabalho. As técnicas de enfermagem estão mais comprometidas e capacitadas e estão ajudando muito no acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade. Os ACS participaram muito mais na busca ativa dos usuários faltosos a consultas e orientações domiciliares. Apesar dos problemas com o laboratório distrital, a intervenção propiciou a ampliação de cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos alcançando maior número de usuários com exames clínicos e complementares em dia de acordo com protocolo de Ministério de Saúde. Depois desses meses de intervenção temos muito mais usuários diabéticos e hipertensos com prescrição de medicamentos fornecidos pelas farmácias populares.

Os ACS procuram cada vez mais os comunitários com fatores de risco de doenças cardiovasculares e metabólicas para ser acompanhados e orientados sobre os diferentes riscos em especial sobre risco de tabagismo, orientação sobre higiene bucal, importância da prática de atividades físicas, orientação sobre alimentação saudável e medidas de prevenção de complicações para os usuários. Foram oferecidas muitas palestras para os usuários com riscos de doenças crônicas. Aproveitamos a intervenção para capacitar a nossa equipe para por em prática as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de pacientes hipertensos e diabéticos. O médico e a enfermeira ofereceram palestras de atualização e revisão para a equipe cada mês. Isso facilita um atendimento com mais qualidade guiada pelos protocolos do Ministério da Saúde.

Toda a equipe está envolvida no atendimento dos usuários. Os ACS fazem busca ativa dos usuários na comunidade, trazem os usuários quando for necessário, ajudam em preencher as fichas espelho, estão presentes no acolhimento, participam em orientar os usuários para fazer atividades físicas, alimentação saudável. As técnicas fazem o mapeamento de pressão, tomam as medidas antropométricas,

preparam os prontuários, participam no atendimento domiciliar. A enfermeira e o médico fazem atendimento aos usuários, oferecem palestras tanto para os funcionários como para os comunitários. A intervenção permitiu descentralizar a atenção aos hipertensos e diabéticos alcançando o engajamento de toda a equipe. Agora todos os funcionários são capazes de fazer o acolhimento e pelo menos orientar ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Além do atendimento de hipertensos e diabéticos nas quartas-feiras, foi organizado de maneira que os usuários hipertensos e/ou diabéticos recentemente cadastrados foram atendidos sem alterar os atendimentos dos outros usuários. Já esta sendo incorporada esta sistematização na rotina do serviço da UBS L09. A intervenção redefiniu as atribuições dos funcionários da equipe facilitando o trabalho em uma equipe engajada. Isso facilita um melhor acompanhamento dos usuários de nossa unidade. A atenção aos usuários esta mais organizada sendo acolhido o usuário de maneira permanente destacando que todos os profissionais da equipe estão capacitados para orientar ao usuário. A intervenção estimulou a equipe a manter mais vinculo com nossa comunidade.

A comunidade esta percebendo o impacto da intervenção através da melhora no atendimento, a facilidade de marcar as consultas e a disponibilidade das informações. Os usuários atendidos demostram satisfação pelo atendimento comprometendo a fazer tudo segundo as orientações da equipe. Nem todos entendem a importância da intervenção já que alguns não aceitam a prioridade que se esta dando aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, mas estamos fazendo tudo para acompanhar a nossa população. Notamos uma maior participação dos usuários nas consultas, tendo em vista que cada vez estão faltando menos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde e analise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou tempo para vincular a comunidade para explicar os critérios de priorização dessa intervenção e discutir a melhor maneira de inicia-lo.

Em 12 semanas conseguimos mudar muitas coisas para aperfeiçoar o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. A intervenção poderia ter sido melhor, se tínhamos iniciado a intervenção desde os primeiros meses do curso. Nesse caso íamos ter mais tempo para explicar para os comunitários a importância da intervenção e poderíamos atingir porcentagens maiores de atendimento.

A intervenção teve um significativo impacto em outros programas de saúde da unidade já que tentamos oferecer sempre um atendimento integral fazendo promoção de saúde e prevenção de doenças. Nas palestras oferecidas para os comunitários aproveitamos para falar sobre programas de planejamento familiar, saúde da mulher, saúde do homem, fatores de risco, saúde do idoso etc. atendendo os familiares, aproveitamos para avaliar a família toda quando for possível. Chegando ao final da intervenção, percebemos uma equipe mais engajada, disposta a incorporar essa intervenção na rotina do serviço da unidade de saúde. Acho que vamos aproveitar muito dessa experiência para organizar outros programas na unidade de estratégia de saúde da família como acompanhamento do pré-natal e puerpério, programas orientados a diminuir as doenças de transmissão sexual. Para facilitar isso, vamos ampliar o trabalho de motivação e engajamento da comunidade para cuidar da sua saúde sendo acompanhado na unidade. Vamos trabalhar pra melhorar os indicadores e já foi orientada a enfermeira que vai levar as dificuldades e carências do município na conferência estadual de saúde prevista para esse final de mês. Será muito mais fácil para nós quando tivermos mais ACS disponíveis.

4.3. Relatório da intervenção para gestores

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado, realizamos uma reorganização no programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS L09 da Comunidade da Sharp, Bairro Armando Mendes, zona Leste de Manaus e poderá servir para todo o município. A ação programática do Ministério da Saúde trabalhado no projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde L09 foi atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

O objetivo principal da intervenção procura melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na zona de abrangência da UBS L09, Bairro Armando Mendes, Manaus/AM.

Durante um período de três meses, nos apoiamos no Caderno de Atenção Básica de Saúde de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, e utilizamos a

ficha espelho fornecida pelo curso de Especialização. A escolha da ação programática foi feita em equipe dado a baixa cobertura da atenção à saúde que tínhamos aos nossos usuários hipertensos e diabéticos. Assim, decidimos, a princípio, aperfeiçoar o programa a esses usuários em nossa Unidade Básica de Saúde.

Graças a essa intervenção, chegamos a cadastrar, atender, orientar e acompanhar a mais de 260 comunitários em nosso programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Hoje atendemos os usuários hipertensos com agenda aberta e os indicadores de qualidade do caderno de ações programáticas apontam que 100% dos usuários diabéticos e 99% dos usuários hipertensos estão com exame clínico em dia de acordo ao protocolo do Ministério de Saúde. Todos nossos usuários são orientados sobre os riscos do hábito de fumar, sobre alimentação saudável, a importância de atividades físicas. Mais de 90% de nossos usuários diabéticos e 80% dos hipertensos estão com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo do Ministério de Saúde.

Antes da intervenção, os usuários procuravam o médico para resolver todos os problemas, já que não havia sistematização nos atendimentos. Com a reorganização das atribuições dos profissionais e o engajamento de toda a equipe, especialmente nas consultas aos usuários hipertensos e diabéticos. A unidade ganhou também no sentido de facilitar aos usuários uma resposta as suas dúvidas. Agora, a demanda esta organizada. Temos mais controle dos atendimentos com responsabilidade compartilhada de maneira a melhorar a qualidade do serviço apoiado no protocolo do Ministério da Saúde.

Para preparar os profissionais de nossa unidade sobre o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, oferecemos na unidade uma capacitação sobre como íamos fazer a intervenção explicando o protocolo de atendimento aos hipertensos e/ou diabetes do Ministério da Saúde, com a finalidade de envolver todos com a intervenção.

Durante os três meses de intervenção, conseguimos atender 214 usuários hipertensos (37%) e 156 usuários diabéticos (100%) da área de abrangência.

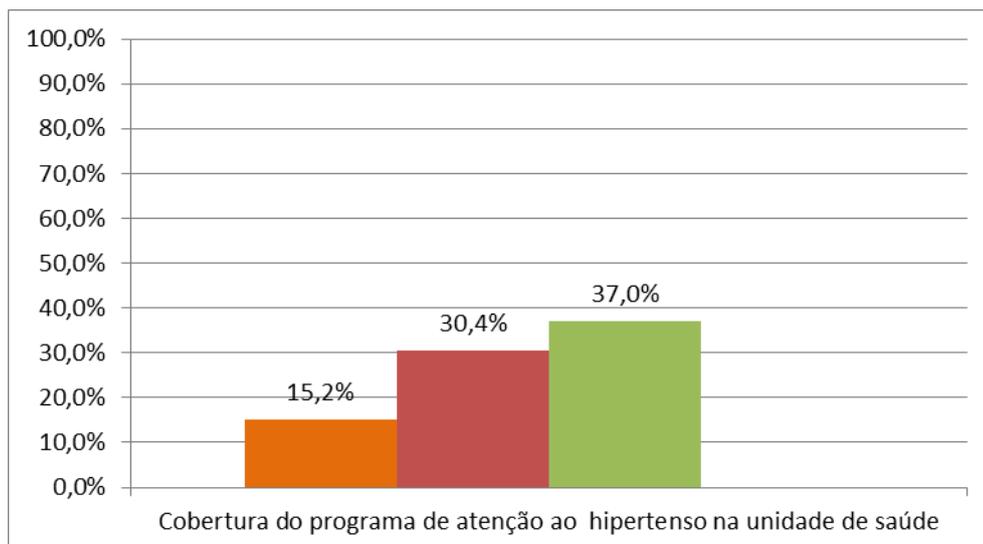


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

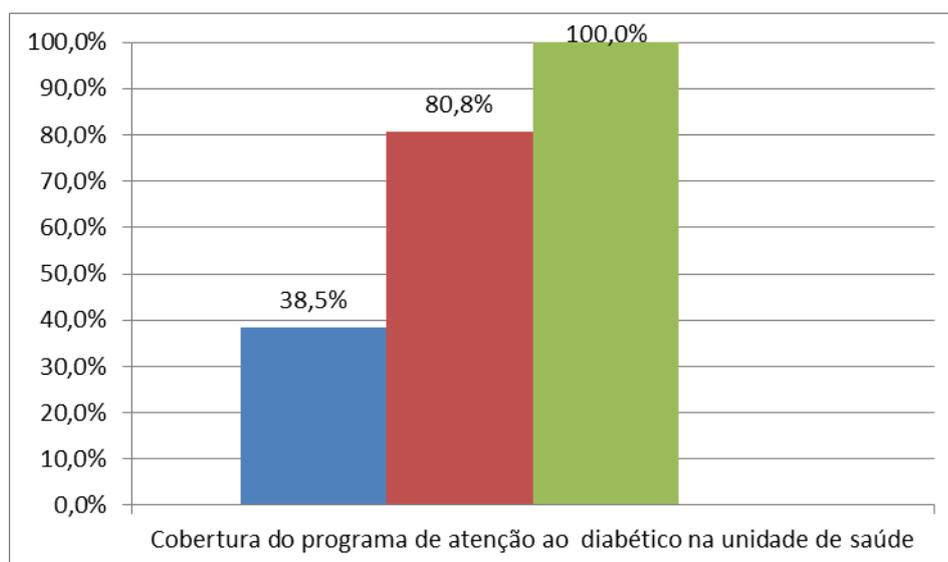


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

Todos eles atendidos, orientados e acompanhados por nossa equipe de ESF. Graças a essa intervenção, em três meses conseguimos triplicar o atendimento aos usuários diabéticos e dobrar o número de usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS. Nossa equipe de ESF incrementa a promoção de saúde, prevenção de doenças e complicações, a participação comunitária no cuidado da saúde através da intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos. Incorporamos a intervenção na rotina da unidade e os usuários elogiam a nova

dinâmica de atendimento. O número de comunitários atendido aumenta quantitativamente e a qualidade do acompanhamento está sendo cada vez melhor. Reconhecemos a importância de continuar na mesma linha, utilizando o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Os ACS identificam e conhecem mais seus comunitários com fatores de risco através da ficha espelho. Toda a equipe está acompanhando aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de maneira a manter a estabilidade prevenindo as possíveis complicações. Hoje os usuários estão mais engajados e comprometidos, o que favorece a comunicação e o retorno. A sistematização do programa está sendo mais eficaz com a participação de toda a equipe.

Em reuniões com comunitários de nossa área de abrangência, os usuários expressaram opiniões de satisfação sobre a intervenção. Os profissionais da unidade relataram que a intervenção trouxe uma nova e boa estrutura de atendimento/accompanhamento para aperfeiçoar o programa aos usuários hipertensos e diabéticos. Afirmaram que o processo vai continuar e pensam aproveitar da experiência dessa intervenção para melhorar a qualidade de outros programas na unidade voltados aos comunitários.

O sucesso da intervenção deve-se ao engajamento de toda a equipe que durante esses três meses acompanharam aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. Agradeço a todos especialmente aos ACS, a minha orientadora e aos líderes da comunidade por sua contribuição. Também agradeço a contribuição dos gestores que atuaram com rapidez na substituição da enfermeira para facilitar o sucesso da intervenção. O feito de dar o material necessário para nossa unidade divulgar o projeto e fazer o cadastro, os registros, as fichas espelho foi de muita ajuda. A contribuição dos líderes da comunidade em estimular aos seus vizinhos pra participar na intervenção, vir às consultas de cuidados continuados programados constituiu uma motivação para toda a equipe. Considerando todo isso, podemos afirmar que se todos queremos e estamos dispostos a juntar esforços podemos fazer mudanças em outros programas da unidade básica de saúde L09 ganhando em qualidade tanto para os servidores públicos como para os usuários da área de abrangência.

A ação programática do Ministério da Saúde trabalhado no projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde L09, Comunidade da Sharp foi atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O objetivo principal da intervenção procura melhorar a

atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na zona de abrangência da UBSF L09, Bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

Durante um período de três meses, nos apoiamos no Caderno de Atenção Básica de Saúde de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, e utilizamos a ficha espelho fornecida pelo curso de Especialização. A escolha da ação programática foi feita em equipe após discussão sobre os diferentes programas de atenção aos usuários. Dado a baixa cobertura que temos comparando a estatística nacional e o déficit dos indicadores de qualidade na atenção a esses usuários assim pretendíamos aperfeiçoar o programa de em nossa Unidade Básica de Saúde da Família.

Graças a essa intervenção, chegamos a cadastrar, orientar e acompanhar a mais de 500 comunitários no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Hoje atendemos aos usuários hipertensos com agenda aberta e os indicadores de qualidade do caderno de ações programáticas apontam que 100% dos usuários diabéticos e 99% dos usuários hipertensos estão com exame clínico em dia de acordo ao protocolo do ministério de saúde. Todos nossos usuários são orientados sobre os riscos do habito de fumar, sobre alimentação saudável, a importância de atividades físicas. 91% de nossos usuários diabéticos e 81% dos hipertensos terem os exames complementares em dia de acordo ao protocolo do Ministério de Saúde.

Antes da intervenção, os usuários procuraram o médico para todo já que não havia sistematização nos atendimentos. Com a divisão de tarefas, o engajamento de todos especialmente nas consultas de Hiperdia, a unidade ganhou também no sentido de facilitar aos usuários uma resposta as duvidas que tenham. Agora, a demanda esta organizada, temos mais controle dos atendimentos com responsabilidade compartilhada de maneira a melhorar a qualidade do serviço apoiado no protocolo do Ministério da Saúde.

Para preparar os profissionais de nossa unidade sobre o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, oferecíamos na unidade uma capacitação sobre como íamos fazer a intervenção explicando o protocolo de atendimento aos hipertensos e/ou diabetes do Ministério da saúde, com a finalidade de envolver todos com intervenção.

Durante os 3 meses de intervenção atendemos 214 usuários hipertensos (37%) e 156 usuários diabéticos (100%) da área de abrangência, todos eles

orientados e acompanhados por nossa equipe de estratégia de saúde familiar. Graças a essa intervenção, em três meses só alcançamos triplicar o atendimento aos usuários diabéticos e dobrar o número de usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS. Nossa equipe de estratégia de saúde da família incrementa a promoção de saúde, prevenção de doenças e complicações, a participação comunitária no cuidado da saúde a través da intervenção com os usuários Hipertensão. Incorporamos a intervenção na rotina da unidade e os usuários elogiam a nova dinâmica de atendimento. O número de comunitários atendido aumenta quantitativamente e a qualidade do acompanhamento esta sendo cada vez melhor.

4.4. Relatório da Intervenção para a comunidade

O Programa Mais Médicos para o Brasil está vinculado a uma especialização em Saúde da Família. Neste contexto, desde um ano iniciamos esse curso de especialização como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. Ele foi útil e prático ao longo desse ano já que facilitou uma reorganização de alguns programas na Unidade Básica de Saúde onde o profissional do programa Mais Médicos para o Brasil. Através desse curso realizamos um projeto de reorganização no programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos o que servirá de modelo para estabelecer ou melhorar outras ações programáticas na equipe e na UBS L09 da Comunidade da Sharp, Bairro Armando Mendes, zona Leste de Manaus e poderá servir para todo o município. A ação programática do Ministério da Saúde trabalhada no projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde L09 foi atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O objetivo principal da intervenção procura melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na zona de abrangência.

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde da Família L09 trouxe aos usuários hipertensos e/ou diabéticos uma melhor qualidade no acolhimento, assistência e acompanhamento nesses últimos três meses. As consultas médicas e o atendimento pela equipe de Estratégia de Saúde da Família incrementaram de maneira significativa. Nas últimas 12 semanas atendíamos um total de 214 usuários hipertensos e 156 usuários diabéticos. Muitos comunitários com doenças crônicas que tinham abandonado o tratamento voltaram a ser atendidos, orientados e acompanhados.

Depois da intervenção os usuários estão mais acostumados a voltar para as consultas programáticas de retorno, coisa que era difícil antes. O seguimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos está sendo muito mais organizado pela participação e o engajamento da comunidade. Graças à colaboração dos usuários portadores dessas doenças crônicas nos está sendo mais fácil fazer o controle.

Nas rodas de conversas, os usuários atendidos durante esse processo de intervenção expressaram a sua satisfação com a nova sistematização do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos utilizada por nossa equipe. Os usuários relataram como ficou ótima a ideia de mudança nos atendimentos, pois agora eles têm mais acessibilidade às informações sobre os cuidados necessários para manter uma vida saudável e alcançar a estabilidade de suas doenças.

O projeto permitiu aos comunitários hipertensos e diabéticos da área mais oportunidade de ser atendidos e acompanhados na unidade já que temos uma melhor organização das consultas. Eles estão sendo atendidos não somente nos dias específicos de consulta aos usuários hipertensos e diabéticos, mas também deixamos janelas abertas para atendê-los nos demais dias. Assim, percebemos que a comunidade estava cada vez mais vinculada a UBS procurando maneiras de melhorar seu estado de saúde. Durante esse período de intervenção, além dos usuários já cadastrados na UBSF, atendemos 214 usuários hipertensos (37%) e 156 usuários diabéticos (100%) da área de abrangência.

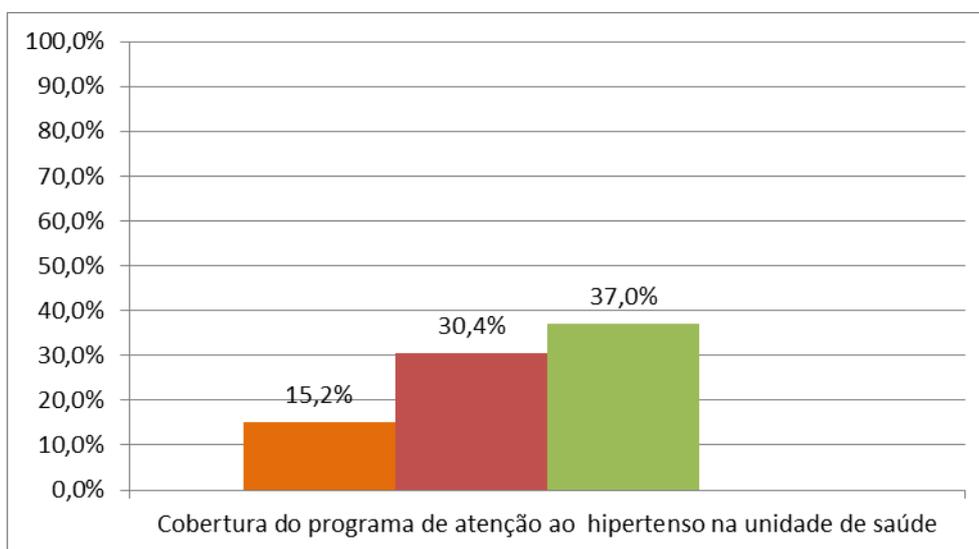


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

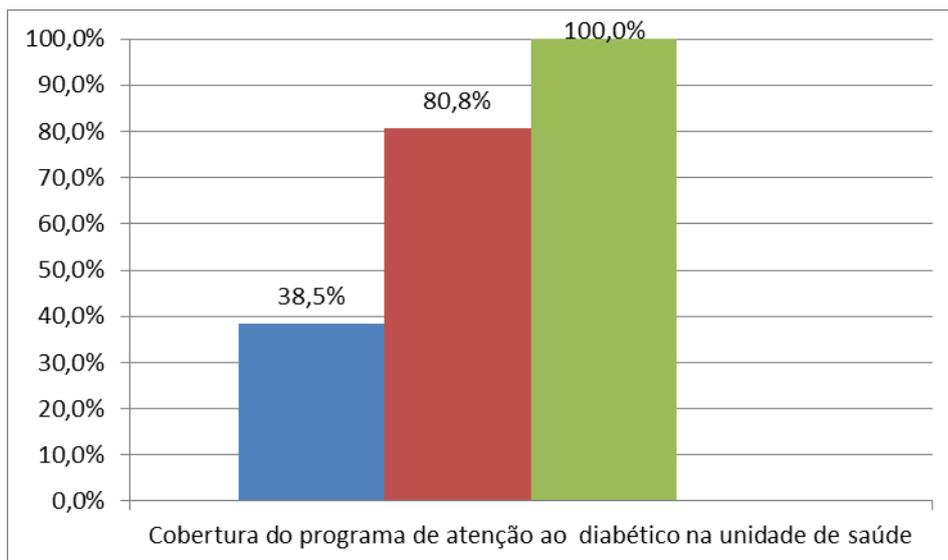


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS L09 na Comunidade da Sharp, bairro Armando Mendes, Manaus, AM.

Os agentes comunitários de saúde procuram aos usuários faltosos a consultas para manter a dinâmica de atendimento regular e favorecer um acompanhamento contínuo. Ao trazer aos usuários faltosos, isso permite um controle mais adequado tanto dos diabéticos como dos hipertensos. Hoje ainda temos poucos ACS, a equipe está fazendo tudo para oferecer o melhor para nossos usuários. A busca ativa dos pacientes faltosos encontra-se muito mais organizada em nossa unidade depois desse período de intervenção. Essas mudanças aproximam aos usuários da equipe de estratégia. Hoje, os pacientes retornam as consultas programadas em maior quantidade.

A comunidade ganhou muito com o desenvolvimento deste projeto e a cada dia novos comunitários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência são cadastrados no programa e passam a ser acompanhados por nossa equipe. Nosso maior objetivo é chegar a cadastrar, atender e acompanhar 100% de comunitários moradores em nossa área de abrangência facilitando melhores qualidades na atenção oferecida aos nossos usuários. Para conseguir esse objetivo é imprescindível a contribuição de uma comunidade engajada e dedicada a cuidar da sua saúde assim como do bem-estar comum. A participação comunitária pode manifestar no cumprimento das orientações da equipe de ESF, na proteção do meio ambiente, em estimular outros comunitários para fazer o mesmo. Assim, o êxito depende em grande maneira do aporte dos comunitários.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Comecei o curso de especialização em saúde da família em uma data muito atrasada o que dificultava o bom entendimento ao início do curso. Precisava um pouco de tempo de leitura e acompanhamento dos distintos orientadores para entender o ideal da especialização. O apoio dos orientadores sempre me estimulou para fazer as tarefas atrasadas já que ficaram acumuladas na maioria das vezes. Ao passar do tempo, eu ia entendendo o objetivo do curso ao mesmo tempo eu ia gostando cada vez mais do conteúdo. A realização das tarefas e casos clínicos assim como as interações nos fóruns permitiram uma boa integração tanto na especialização como na cultura médica brasileira.

Ao início do curso em interações sobre minhas expectativas do curso com minha orientadora daquele momento Cristiane Lima de Moraes, eu escrevi o seguinte: “Estou prevendo o resultado deste período de aprendizagem e compartilhamento de conhecimentos através deste curso como uma guia prática e real para melhorar o trabalho cotidiano na minha Unidade Básica de Saúde. Este curso permitira uma aproximação à realidade da minha área de atendimento e vai me ajudar na preparação da minha equipe para acompanhar neste processo de implante de uma atenção com qualidade, equidade, planejada e bem gestada. Sobre todo, dado que está orientado aos resultados baseados em evidências científicas, vai facilitar a avaliação do processo de aplicação e ressaltará os câmbios necessários ao longo deste caminho”. A realização do projeto de intervenção concretizou o cumprimento das expectativas iniciais. Ainda bem ao início da intervenção tínhamos algumas dificuldades com as carências de logísticos e para colocar as novas ideias no processo de trabalho, mas ao passar os dias, chegamos a acostumar e as mudanças iam pegando mais forma.

Os casos clínicos, as orientações dos distintos orientadores, as experiências de outros colegas postadas nos fóruns e a vinculação com a equipe de estratégia fortaleceram muito meu processo de aprendizagem e são experiências inesquecíveis na minha vida profissional. Com a intervenção implantada, levamos essa experiência tanto para aperfeiçoar a atenção oferecida aos usuários de nossa área de abrangência como para estimular o engajamento e a participação de todos.

Tanto a equipe como os usuários saíram presenteados com o projeto de intervenção o que uniu a equipe com os comunitários da área de abrangência. Para alcançar estes resultados e tornar a intervenção uma rotina de trabalho, foi necessária experimentar esse processo de aprendizagem e orientações. A maneira de abordar o engajamento público e a participação de cada profissional para melhorar o serviço ofertado foi chave para chegar ao sucesso.

A especialização em saúde da família trouxe para mim essa dimensão madura na prática profissional. Os conhecimentos adquiridos durante estes meses especializando vão me servir tanto na estratégia de saúde familiar brasileira como em outras áreas de minha vida profissional. A intervenção sobre Hipertensão me ajudou a compreender mais o universo particular dos diabéticos e/ou hipertensos e como estimular aqueles usuários para se engajar e se cuidar cada vez mais. Os intentos para mudar as costumes de atender e introduzir novas maneiras de fazer saúde

sempre precisa de estratégias e tempo. Graças à colaboração de toda uma equipe alcancei aprender juntos e muito neste processo de especialização em saúde da família. O curso permitiu organizar o serviço e capacitar a equipe para oferecer uma atenção de saúde com mais qualidade orientada a satisfazer as necessidades dos usuários.

Os indicadores avaliados nas planilhas foram de extraordinário valor em nosso diário laboral, me ajudaram a capacitar-me e a transmitir essa capacitação a minha equipe para assim cumprir com os itens das planilhas e todo o que for necessário. A utilização da ficha espelho volta entrar na rotina de atendimento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos. A especialização mostrou uma vez mais a importância da promoção em saúde, a prevenção de doenças e complicações, a reabilitação e dos cuidados contínuos programados na atenção primária de saúde. A especialização amplia nossa visão da estratégia saúde da família e indica o caminho a seguir para alcançar tanto os objetivos do Ministério de Saúde como da Organização Mundial de Saúde.

Em fim, como esperei, esse curso de Especialização em Saúde da Família foi um meio para alcançar os objetivos estabelecidos na Estratégia de Saúde da Família. Graças ao conhecimento e experiências adquiridas ao longo deste processo de aprendizagem, estamos oferecendo uma atenção integral, multidisciplinar vendo a cada usuário como um ser biopsicossocial que merece ser acolhido, atendido e acompanhado com qualidade, ético e de maneira responsável.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36, Brasília – DF, 2013.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37, Brasília – DF, 2013.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus Caderno de Atenção Básica nº 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília; 2006.6.

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								

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