

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Costa
Da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru, AM**

Jean-Gardy Mercéus

Pelotas, 2015

JEAN-GARDY MERCÉUS

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Costa
Da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru, AM**

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

Orientadora: Camila Dallazen

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M554m Mercéus, Jean-gardy

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Costa da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru, AM / Jean-gardy Mercéus; Camila Dallazen, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 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

Resumo

MERCÉUS Jean-Gardy. **Melhoria na Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Costa da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru (AM)**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus é uma doença crônica de natureza multifatorial, associada às vezes às alterações metabólicas e hormonais. Caracteriza-se pela elevação da pressão arterial, cuja cronicidade está associada a alterações em órgãos alvos como o coração, o cérebro e os rins. Na Atenção Primária à Saúde, para um ótimo cuidado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o monitoramento e controle destas doenças crônicas são necessários. Após a análise situacional do serviço na Unidade Básica de Saúde da Família Costa da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru (AM), foi identificada a necessidade de realizar a intervenção com foco na ação programática de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Assim, realizou-se uma intervenção na UBS Costa da Bela Vista com o objetivo geral de melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade de saúde. A intervenção vai ter como base os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde Caderno de Atenção Básica de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram: planilha de coleta de dados, fichas-espelho e diário de intervenção, a fim de garantir o registro dos dados dos usuários que participaram da intervenção. Foram realizadas ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Com o desenvolvimento das ações conseguimos cadastrar 270 (80,8%) dos usuários hipertensos e 99(98,0%) dos usuários diabéticos. Com relação à qualidade da atenção, conseguimos realizar exame clínico apropriado e exames complementares em dia a 269 (99,6%) hipertensos e a 99 (100%) dos diabéticos. Prescrevemos medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos. Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 259 (95,9%) dos usuários hipertensos e a 92(92,9%) usuários diabéticos. Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados faltosos as consultas receberam busca ativa e tiveram seus registros adequados na ficha de acompanhamento. Realizamos ações de educação em saúde para todos os usuários cadastrados na ação programática. A intervenção já faz parte da rotina da unidade. A equipe já entende o projeto como nova ferramenta de trabalho. Tendo esse projeto como exemplo, também pretendemos ampliar essa intervenção às demais ações programáticas.

Palavras Chave: atenção primária à saúde; saúde da família, doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Bela V	52
Figura 2.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Bela	52
Figura 3.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 4.	Proporção de diabéticos com os exame clinico em dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 5.	Proporção de hipertensos com medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	55
Figura 6.	Proporção de diabéticos com medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	56
Figura 7.	Proporção de hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.	57
Figura 8.	Proporção de diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.	57
Figura 9.	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	58
Figura 10.	Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca	59
Figura 11.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	59
Figura 12.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	60
Figura 13.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	61
Figura 14.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.	61
Figura 15.	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	62

Figura 16. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	63
Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação sobre a pratica de atividade física em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo	65
Figura 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre o risco do tabagismo	65
Figura 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal	66
Figura 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.	67
	67

Lista de abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AM – Amazonas
APS – Atenção Primária de Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológica
CTA – Central de Testagem e Acompanhamento
DM – Diabetes Mellitus
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD – Educação a Distância
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PCCU – Prevenção do Câncer de Colo do Útero
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas

Sumário

Apresentação	8
1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	36
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados	51
4.2 Discussão.....	67
5 Relatório da intervenção para gestores	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências Bibliográficas	80
Anexos	81

APRESENTAÇÃO

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Costa da Bela Vista Manacapuru/AM no ano 2015.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligado. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso na qual realizou-se o diagnóstico integral da unidade e de todos os programas desenvolvidos nela. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica na qual escrevemos um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção que apresenta os resultados obtidos, realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da realização da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa UBS localiza-se em uma zona rural de Manacapuru, na Costa de Bela Vista, área 17, a uns 35 km da cidade, é uma UBS com modelo de atenção ESF, está vinculada com SUS atrelada à prefeitura, mas não tem vínculo com instituições de ensino. Tem só uma equipe composta de um médico, uma enfermeira, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um odontologista (recente chegado), um auxiliar de odontologista e uma pessoa para serviços gerais de limpeza.

A Unidade Básica de Saúde não foi construída para ser uma UBS, foi adaptada para isso, tem uma sala de odontologia, uma sala de enfermagem, um consultório médico, uma sala de recepção, a mesma sala de enfermagem serve também para armazenar os medicamentos, sala de nebulização e é a mesma sala dos curativos, não tem sala para os ACSs, porque eles ficam na mesma sala de recepção, tem uma cozinha, não tem sala de vacinas, não tem sala de vigilância epidemiológica, não tem laboratório, a mesma sala de recepção serve para sala de espera; tem dois banheiros, um para os profissionais e outro para os pacientes. Em relação a materiais e insumos há necessidade de adquirir moveis como armários, mesas, e computadores com impressoras conectadas a internet. Ainda não contamos com acesso a internet. Não há material para sutura como pinças Pozzi, Sheron, dificultando a qualidade de atenção à população.

Quanto aos equipamentos faltam muitas coisas, como por exemplo, oftalmoscópio, otoscópio. Não existe prontuário eletrônico implantado na UBS.

Apesar de tudo a equipe faz sempre o possível com o mínimo que tem a sua disposição para atender a população.

Em nossa UBS há necessidade de ampliação do local para melhorar o acolhimento da população, o prefeito prometeu a construção de outro consultório bem equipado e melhor estruturado, o que vai melhorar a qualidade da atenção ao paciente, mas não sabemos até quando vamos ficar no aguardo deste novo consultório.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde trabalha a equipe de saúde se chama Manacapuru. É um município do estado do Amazonas com uma área de 7.329 km², o que representa um 0,47% da área total do estado do Amazonas. Manacapuru é uma cidade situada a 84 km de Manaus, a capital do estado, e tem uma população avaliada a 92.996 habitantes, com uma densidade de 12,68 habitantes por km² (IBGE, 2014), pois, é a quarta cidade em população do estado. Meu município tem um total de 22 UBS com ESF, um total de 4 NASF disponíveis, todos do tipo 1. Não tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) disponível atualmente em Manacapuru. Tem um centro hospitalar que se chama Hospital Geral de Manacapuru, mas, como hospital geral não tem a maioria dos serviços de atenção especializada, tem disponibilidade de atenção especializada nos serviços de ortopedia, cirurgia, medicina interna, ginecologia. Não contamos com pediatria, dermatologia, oftalmologia, etc., o que faz que muitas vezes o hospital tem que encaminhar os usuários com casos específicos para estas especialidades para hospitais mais estruturados e mais equipados, para Manaus, onde tem todos os especialistas. O município dispõe de um laboratório central (LaCen) para fazer os exames complementares de rotina, mas também muitos destes exames podem se fazer em outros centros como o hospital e em umas UBS, porém, muitos exames mais específicos como uma ressonância magnética nuclear (RMN), uma tomografia computadorizadas, e outros. O município tem que mandar fazê-los em Manaus; tudo isso atrasa o pode atrasar a confirmação de algum diagnóstico que um médico precisa para tomar decisões sobre tratamentos de algumas doenças.

Nossa UBS fica em uma zona rural de Manacapuru, na Costa de Bela Vista, área 17, a uns 35 km da cidade, é uma UBS com modelo de atenção ESF, está vinculada com SUS atrelada à prefeitura, mas não tem vínculo com instituições de

ensino. Tem só uma equipe composta de um médico, uma enfermeira, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um odontologista (recente chegado), um auxiliar de odontologista e uma pessoa para serviços gerais de limpeza.

A Unidade Básica de Saúde não foi construída para ser uma UBS, foi adaptada para isso, tem uma sala de odontologia, uma sala de enfermagem, um consultório médico, uma sala de recepção. A mesma sala de enfermagem serve também para armazenar os medicamentos, sala de nebulização e é a mesma sala dos curativos. Não tem sala para os ACS, porque eles ficam na mesma sala de recepção, tem uma cozinha, não tem sala de vacinas, não tem sala de vigilância epidemiológica, não tem laboratório. A mesma sala de recepção serve para sala de espera; a UBS tem dois banheiros, um para os profissionais e outro para os pacientes. Em relação a materiais e insumos há necessidade de adquirir moveis como armários, mesas, e computadores com impressoras conectadas a internet. Ainda não contamos com acesso a internet. Não há material para sutura como pinças Pozzi, Sheron, dificultando a qualidade de atenção à população. Quanto aos equipamentos faltam muitas coisas, como por exemplo, oftalmoscópio, otoscópio. Não existe prontuário eletrônico implantado na UBS. Na UBS há necessidade de ampliação do local para melhorar o acolhimento da população. O prefeito prometeu a construção de outro consultório bem equipado e melhor estruturado, o que vai melhorar a qualidade da atenção ao paciente, mas não sabemos até quando vamos ficar no aguardo deste novo consultório.

Em uma equipe de saúde fica muito importante a interação dos membros que a compõem. A reunião da equipe é um espaço de capacitação, discussão de casos, avaliação de agendamentos, propostas de mudanças, planejamentos e outras questões. Por isso, na nossa UBS essas reuniões acontecem semanalmente e são cada vez mais produtivas. Todos os profissionais, realizamos visitas domiciliares aos usuários com vulnerabilidade ou necessidade discutida pela equipe e planejamos ações intersetoriais. Nós realizamos grupos com diversas temáticas, como alimentação, saúde da mulher, HAS, DM, adolescência, amamentação (exclusiva). Na nossa UBS o acolhimento sempre é realizado com direcionamento e orientações ao usuário conforme cada caso. As urgências são atendidas como prioridade, temos suporte para realização de alguns procedimentos como pequenas suturas, nebulização e aplicação de algumas medicações injetáveis, com

acionamento da rede de urgência quando necessário. Podemos afirmar que o processo de trabalho da equipe é bastante satisfatório devido ao empenho de todos os profissionais que compõe a unidade. Nas reuniões semanais, os agentes de saúde são de grande importância porque são deles que coletamos as informações mais pertinentes com respeito às reais necessidades da população. Nesses encontros, fazemos os planejamentos, a agenda da equipe, avaliação das visitas, discussões de casos clínicos e capacitação dos profissionais. Quanto à atuação dos profissionais, praticamente todos realizam atendimentos domiciliares, agentes comunitários, médico, enfermeira e técnica de enfermagem. Fazemos também palestras em outros ambientes como, por exemplo, escolas, igrejas e casas de famílias para assim tentarmos atender uma maior parte da população que tem dificuldade de se deslocar para unidade de saúde devido à distância. O processo de acolhimento, direcionamento e orientação dos usuários é realizado de forma correta seguindo protocolos por todos os profissionais, mas referenciamos muitos usuários os que poderia ser evitado caso disponibilizássemos de mais materiais para realização de pequenas cirurgias e nebulizações. Os ACS da UBS fazem a busca ativa de usuários faltosos, realizamos notificação de doenças e agravos como Dengue, Malária, Hanseníase, Leishmaniose, e outras doenças. Realizam-se ações programáticas e grupos para usuários como grávidas, hipertensos, diabéticos, idosos entre outros, em especial se realizam palestras em local de espera dos pacientes. Os locais onde os profissionais realizam o cuidado em saúde a população são em domicílio e na unidade básica de saúde.

Na área de abrangência temos uma população aproximada de 2850 pessoas. Temos aproximadamente 1345 homens e 1505 mulheres. Oferecemos atenção a todos os pacientes, mas também vamos passar consultas fora da área de abrangência, nas comunidades. O tamanho da nossa população é adequado para nossa equipe. Trabalhamos para melhorar a qualidade de atenção da população. Na minha unidade básica de saúde o processo de agendamento está bem feito e o povo está satisfeito do atendimento. O acolhimento ainda não está ótimo, porém, temos algumas dificuldades, sobre tudo a estrutura da UBS, que não foi construída para ser uma UBS, o que dificulta um melhor acolhimento, pois a sala de espera é muito pequena, a recepção não tem condições ideais nem permite escuta individualizada das queixas dos usuários que procuram atendimento. Ainda assim agora os usuários que chegam à unidade e tem consulta agendada são

encaminhados desde a recepção para a sala de espera possibilitando a melhor escuta dos problemas de saúde dos usuários com demandas espontâneas e todas as demandas espontâneas são escutadas. Ainda falta conseguir a participação de todos os trabalhadores no processo de acolhimento e treinamento/capacitação para que eles possam avaliar riscos e vulnerabilidades. Nossa presença e o trabalho em equipe coordenado diante de reuniões com periodicidade semanal também facilitou as mudanças. Ainda permanece o critério de que todos os usuários têm que ser atendidos pela enfermeira ou o médico, ou somente mais ainda pelo médico, desvalorizando outros serviços, que também podem resolver alguns problemas de saúde descongestionando o processo de trabalho do médico, facilitando por sua vez melhor atendimento para aqueles usuários que precisam mais cuidados. O processo do trabalho deve ter como protocolo o Caderno de Atenção Básica e estamos tentando que assim seja em nossa prática cotidiana. A agenda programada sempre será necessária, pois aqueles grupos específicos que recebem atendimento devem sair da unidade conhecendo a data da próxima consulta agendada seja esta para o médico/a ou enfermeiro/a. Este sistema do trabalho está instituído em nossa unidade de saúde. Às vezes é difícil agendar a consulta no momento de saída do paciente quando esta depende do resultado de algum exame complementar, mas nestes casos os usuários agendam a consulta quando têm os resultados dos exames. Falta ainda conseguirmos a retroalimentação do sistema para conhecer quais são os usuários faltosos e dirigir ações para conseguirmos a incorporação às ações programadas. Dentro da agenda do trabalho sempre fica espaço disponível para atendimento aos casos agudos e até o momento isso não constitui um problema, pois nunca supera a oferta dos serviços da unidade. Os casos com doenças agravadas quase sempre são os provenientes das comunidades que não correspondem a nossa área de abrangência, mais ainda assim são avaliados, tratados e/ou encaminhados dependendo da gravidade do quadro. Após a avaliação e tratamento, os casos agudos algumas vezes são agendados dentro das ações programáticas, outras vezes agendadas dependendo da doença que o paciente apresenta. O ideal seria que a unidade contasse com um local com melhores condições para o processo de acolhimento. Ainda assim com a estrutura física com limitações que temos, o processo de acolhimento pode sedar com melhor qualidade e de fato já melhorou muito. A discussão dos materiais fornecidos pelo curso, o preenchimento dos questionários em equipe está dando os resultados

esperados pois estamos conseguindo engajamento dos profissionais. O desafio é grande, as limitações frequentes e mudar estilos do trabalho de muitos anos são difíceis, mas as mudanças estão acontecendo.

Na UBS temos um total de 42 crianças. Minha equipe tem apenas um dia para a puericultura na semana, mas também existem crianças fora da área de cobertura da UBS que têm consultas de puericultura. Temos na nossa área de abrangência 9 crianças atrasadas de consulta de puericultura em mais de oito dias, que foram visitadas por equipe de saúde em seus domicílios, o que representa um 21,42% deles. Trabalhamos com protocolos de atendimento e realizamos a estratificação de risco e vulnerabilidade. Os protocolos de atendimento estão disponibilizados nossa UBS. Podemos dizer que após a consulta de puericultura a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Para os indicadores de qualidade de atenção à puericultura, temos 42 crianças, 38 deles com vacinas em dia, o que representa um 90,47%, pois, é uma porcentagem aceitável. Um total de 35 deles têm as consultas em dia, o que representa um 83,33% do total. Também, 22 deles fizeram teste do pezinho, o que representa um 52,38%, o que não é satisfatório em minha opinião, porque muitas vezes as mães das crianças não voltam para fazer este teste. Acredito que elas não sabem a importância deste teste. Um total de 25 crianças assistiu a consulta de puericultura de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde nos sete primeiros dias de nascimento, o que representa um 59,52% deles. As principais ações desenvolvidas no cuidado às crianças na UBS são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno até 2 anos, promoção de hábitos alimentares saudáveis e a imunização faz-se em outra UBS que tem mais condições. Na UBS que fica na zona rural da Costa de Bela Vista, trabalhamos para melhorar a qualidade das consultas e os indicadores de saúde nas crianças. Na puericultura acompanha-se o crescimento, o desenvolvimento psicomotor, a linguagem, a afetividade e a aprendizagem cognitiva da criança. Não apenas observamos cada um desses aspectos, como também avaliamos como a criança se utiliza deles para se relacionar com as pessoas à sua volta. Ações simples, como pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde, porém onde trabalho as crianças são pesadas e medidas corretamente antes da consulta com o médico na UBS. Na sala de consulta

do médico ou da enfermeira o IMC é calculado e o perímetro cefálico também é avaliado. Todos os dados são registrados na caderneta da criança e também no prontuário dela. O médico sempre verifica a caderneta da criança para ver o desenvolvimento psicomotor dela, e as mães sempre são orientadas quanto ao calendário de vacinação e orientações sobre a higiene do bebê. Na minha UBS acompanhamos o desenvolvimento psicomotor, social e psíquico da criança. Tudo está anotado na caderneta da criança, e no prontuário, as intercorrências patológicas ou eventos de saúde importantes. Também fazemos a promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 primeiros meses de vida da criança e orientamos as mães sobre a alimentação complementar apropriada após os 6 meses e prescrevemos o sulfato ferroso. Verificamos e estimulamos atividades físicas regulares, principalmente para crianças acima dos 4 anos de idade. As consultas seguem um protocolo intercalando uma consulta entre a enfermeira e o médico e as intercorrências patológicas encaminhadas ao pediatra quando necessário. Para as crianças atendidas prioritariamente observamos estado nutricional, curva de crescimento e calendário vacinal onde assim procuramos dar um suporte para adentrar em outras áreas como educação dentro da família adquirindo primeiramente a confiança de toda família em relação ao crescimento e desenvolvimento desta criança. As consultas de puericultura deixam de ser orientadas para centralizar a atenção em doenças das crianças sem ter em conta que com boas orientações muitas das principais mobilidades podem ser prevenidas. Na minha equipe de saúde tínhamos problemas com o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal porque não contávamos com odontologista anteriormente. Não existia avaliação de saúde bucal, agora temos, mas ainda não temos dados suficientes para fazer uma boa avaliação da cobertura.

Em relação à atenção pré-natal e puerperal, a maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Porém, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não estão suficientemente informadas para compreenderem a importância da consulta puerperal. A busca de usuários faltosos é outra ação a ser feita, porque percebemos que umas mulheres abandonam a atenção pré-natal durante a gestação e às vezes ninguém procura por elas. Outras vezes, o abandono acontece após do parto esquecendo a importância do acompanhamento durante o puerpério. Falta ainda

escrever no prontuário todas as ações feitas com as gestantes, pois algumas delas são feitas, mas nem sempre registradas. Contamos com um registro para o controle das gestantes registrando as datas de consulta de cada uma delas, o qual ajudará no controle dos usuários faltosas e a busca deles. Além disso, refletimos sobre as atribuições de todos os profissionais a respeito da atenção pré-natal na reunião da equipe, aspectos que trariam melhorias no processo de atendimento para este grupo prioritário. O caderno de atenção pré-natal ao baixo risco define muito bem todas as ações a ser feitas desde a avaliação pré-concepcional até o puerpério, as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, assim como os aspectos legais e direitos na gestação, mas somente precisamos levar à prática o que nele está protocolizado.

Na UBS em Bela Vista, estamos realizando muitas ações para o controle do câncer do colo de útero. Estas ações são: controle de peso corporal, estimulamos a 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 (a periodicidade do exame e de três anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de um ano, após os 64 anos é recomendado suspender o rastreamento se tiver dois exames consecutivos normais nos últimos cinco anos). A periodicidade de rastreamento para mulheres portadoras do vírus HIV é sempre cada 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. Realizamos ações de reconhecimento de sinais e sintomas de câncer de colo de útero e orientamos as mulheres sobre prevenção do câncer do colo de útero e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), agora chamadas, Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Olhando o caderno de ações pragmáticas, temos uma cobertura de 84% de prevenção do câncer do colo de útero, porque das 423 mulheres de 25-69 anos de idade, 356 delas são acompanhadas na UBS para prevenção do câncer do colo de útero, mas estamos fazendo tudo o possível, junto com os agentes comunitários de saúde, para encontrar as outras mulheres residentes na nossa área de saúde que ainda não estão acompanhadas. Em relação aos indicadores de qualidade do controle do câncer de colo de útero, podemos dizer que temos um total de 287 mulheres com exame de prevenção do câncer de colo de útero (Papanicolau) em dia, o que representa um 81 % do total, uma porcentagem que podemos melhorar procurando

as mulheres faltosas. As mulheres com teste preventivo com atraso de mais de 6 meses são 73, o que representa 21% do total. Temos 3% com teste preventivo alterado (12). Realizamos avaliação de risco para câncer de colo de útero, também orientações sobre prevenção deste câncer para 251 mulheres, o que representa 71% delas, e também as orientamos sobre prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITSs). Os exames coletados com amostras satisfatórias foram 67% (237 mulheres). Toda ação para prevenir o câncer do colo de útero, ou de outros cânceres, tem que se realizar, mas, às vezes encontramos dificuldades em nosso trabalho, por exemplo, muitas mulheres não sempre vêm para consulta médica para fazer uma avaliação do estado de saúde, sabendo isso, nossa estratégia fica em procurar as mulheres que não vêm para consulta; outra coisa importante é que, muitas vezes as mulheres não voltam para consulta para fazer um bom seguimento. Por isso também nossos agentes de saúde estão fazendo um bom trabalho nas comunidades que ficam longe da UBS, procurando essas mulheres que precisam um seguimento para que o programa tenha uma melhor cobertura, e assim também melhorar a qualidade da atenção as mulheres para prevenir melhor o câncer do colo de útero que tanto mata elas, por não fazer um bom seguimento ou por não fazer um simples teste preventivo nos momentos adequados.

A forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas. Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. Olhando o caderno de ações pragmáticas, temos um indicador de cobertura relativamente baixo de 68%, porque das 98 mulheres de 50-69 anos de idade na nossa área, 67 delas estão acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de mama. Falando dos indicadores de qualidade da prevenção deste câncer, temos um total de 49 mulheres com mamografia em dia, o que representa 73% delas, e 27% com mamografia com mais de três meses atrasada (por um total de 18 mulheres). Na UBS na Costa da Bela Vista, estamos realizando muitas ações para o controle do câncer de mama. Estas ações são: avaliação de risco de câncer de mama, orientações sobre prevenção de câncer de mama, orientações sobre malefícios do tabagismo, ações de reconhecimento de sinais e sintomas do câncer de mama e orientações sobre a importância do autoexame das mamas. As mulheres nesta faixa de idade são mais vulneráveis para ter o câncer de mama, sabendo que muitas

vezes elas não são conscientes do problema, porque muitas delas ficam em casa e não procuram atenção básica de saúde, o que a minha equipe de saúde esta fazendo é ir procurar estas mulheres nas comunidades que ficam mais longe da nossa UBS e falar com elas sobre a importância da prevenção do câncer de mama, e o que têm que fazer elas para preveni-lo; além disso, muitas delas, apesar de saber a importância da prevenção, podem fazer uma mamografia, com mamografia algo alterada ou como não deu nada maligno, não voltam mais para consulta para fazer um seguimento, o que pode diminuir a qualidade do programa; por isso também nossos agentes comunitários de saúde são muitos ativos em procurá-las para voltar a consultas para um seguimento adequado e evitar mais problemas no futuro.

Na UBS, que fica na zona rural da Costa de Bela Vista, temos muitas dificuldades no controle dos hipertensos e diabéticos, pois, muitos deles assistem a consulta para procurar remédios anti-hipertensivos e não têm cultura para assistir a consultas de seguimento das suas doenças. Apesar de uma porcentagem aceitável de cobertura aos hipertensos e diabéticos na UBS, não houve um seguimento e controle desses usuários antes da intervenção, porque a cada semana tivemos uns hipertensos e/ou diabéticos com complicações; isso chamou a atenção da nossa equipe para escolher essa ação programática para melhorar este aspecto, porque achamos que faltava algo importante que não estava bem feito, e foi exatamente o seguimento e controle que faltava nesses usuários. Com tudo isto, estamos fazendo uma prevenção terciária importante prevenindo complicações importantes como anginas de peito, infartos agudos de miocárdio, derrames cerebrais entre outros. Na UBS fazemos as consultas de hipertensos e diabéticos cada quinta-feira da manhã e da tarde, mas, se algum paciente vem na consulta em outros dias da semana com problema de pressão alta, também o atendemos sem problema. Não temos um registro para controle de consulta agendada em mais de 7 dias, não temos registro para controle de exames complementários periódicos em dia. Nossos agentes comunitários de saúde trabalham no cadastramento dos usuários para posteriormente poder fazer um correto planejamento destas consultas e obter assim melhores resultados de trabalho. Também estamos realizando ações de orientações de hábitos alimentares saudáveis e orientações sobre controle do peso corporal, estimulamos atividades físicas regulares e orientamos os usuários sobre os malefícios do tabagismo, etc. O indicador de cobertura da atenção aos Hipertensos

na área de saúde para os usuários de 20 anos ou mais, que é avaliado a 355 pacientes, é algo inadequado, porque representa apenas 17,75% da população da minha área, comparando com a taxa de prevalência da hipertensão arterial no Brasil, que atinge, em média, 25% da população total. Dos 355 usuários que temos como indicador de cobertura na nossa área, um total de 331 deles tem acompanhamento na UBS, o que representa o 93% deles. Como já explicamos, apesar desta porcentagem alta antes da intervenção, não houve um seguimento e controle bem feito dos hipertensos e diabéticos, porque a cada semana, tivemos casos de complicações diabéticas e hipertensivas, o que chamou a atenção da equipe para escolher essa ação programática para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Temos um total de 241 hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, o que representa 73 % do total; 29% de atraso nas consultas agendadas maior de 7 dias (95), um total de 236 com exames complementares periódicos em dia, ou seja, 71% do total. Também agora, há pouco disso, temos atenção odontológica na UBS, por isso fazemos avaliação de saúde bucal para 125 usuários com Hipertensão arterial, o que representa 38% do total. Então, analisando estas cifras, podemos dizer que faltam ainda muitas coisas para fazer para ter uma cobertura dos usuários com hipertensão arterial melhor. A principal ação a realizar é ir procurando os usuários nas comunidades que ficam mais longe da UBS para que eles venham para consultas, porque muitas vezes os usuários sabem que têm hipertensão durante uma visita não agendada na UBS por primeira vez; mas o problema não fica só nisso, porque também muitos usuários já diagnosticados, não voltam para consulta para fazer um bom seguimento para evitar complicações da hipertensão, só voltam para renovar os remédios. Então, na UBS, estamos trabalhando para mudar esta mentalidade. Precisamos conseguir realizar palestras fora da unidade, em escolas, igrejas, falando sobre hipertensão, fatores de riscos, prevenção e controle, educando a população sobre esta doença e conseguir a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico a 100 % dos usuários hipertensos. O indicador de cobertura da atenção aos diabéticos de 20 anos ou mais, que é um total de 101 diabéticos para minha área de saúde não é uma estimativa adequada porque representa somente 5,05% da população total da minha área de abrangência. Verificando o caderno de ações pragmáticas e comparando com a taxa de prevalência da diabetes no Brasil que é mais de 7,6%, podemos confirmar que a diabetes é uma doença subdiagnosticada. Então, já podemos ter a

resposta a esta taxa de prevalência baixa, porque a cobertura não é total. Dos 101 usuários diabéticos na minha área de saúde, 85 deles são acompanhados na UBS, o que representa 84%. Olhando o Caderno de Ações Programáticas novamente, podemos dizer que os poucos indicadores são: um total de 47 destes usuários (55%) tem realização de avaliação de risco cardiovascular por critério clínico; 24 têm atraso nas consultas de maior de 7 dias (28%); 61 deles (72%) têm exames complementares periódicos em dia; 45 com exames físicos dos pés realizados nos últimos três meses(53%); a mesma porcentagem para palpação realizada dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, e para medida da sensibilidade dos pés neste mesmo período. Um total de 61 usuários (72%) recebem orientações sobre prática de atividade física regular e a mesma porcentagem sobre orientação nutricional e alimentar saudável. A avaliação de saúde bucal em dia em 47 deles, o que representa um 55% do total. Para ter uma melhor cobertura, precisamos realizar palestras fora da unidade, em escolas, igrejas, falando sobre diabetes mellitus, os fatores de riscos, prevenção e controle educando a população sobre esta doença. Mas também, nossos agentes de saúde têm que fazer um melhor cadastramento dos hipertensos e diabéticos, eles vão lá nas comunidades que ficam muito longe da UBS para procura-los para que eles possam vir às consultas para fazerem teste de glicemia em jejum, seguimento e controle adequados para os atrasados nas consultas também .

A estimativa do número de idosos residentes na minha área de saúde, que é de 121 idosos com 60 anos ou mais, não me parece adequada à realidade da minha área, porque, fazendo uma comparação com o 10% da população brasileira que tem 60 anos ou mais (CENSO 2012), podemos dizer que este número de 121 idosos representa apenas 6,05% do total da população da nossa área (2850), sendo assim muito baixo comparando com os 10% do país. Isso pode se explicar ao fato de que muitos idosos ficam sem cadastro e não entram no programa de saúde da pessoa idosa. Olhando o caderno de ações programáticas, podemos confirmar que falta muito para fazer para uma cobertura adequada das pessoas idosas. Na nossa UBS estamos trabalhando para melhorar esta cobertura que é deficiente. Temos um indicador de cobertura de 121 idosos de 60 anos ou mais na área, mas são 112 deles que têm acompanhamento na UBS, o que representa um 93% do total, isso quer dizer que ainda faltam muitos idosos que não têm atenção médica. Precisamos procura-los para inclui-los no programa de atenção as pessoas idosas. Falando da

caderneta de saúde da pessoa idosa, somente 75 dos acompanhados na área têm esta caderneta, o que representa 67%; a avaliação multidimensional está realizada em 72% (81 idosos), 78% tem acompanhamento em dia (87 idosos); 70 % são hipertensos (78) e 28% deles com diabetes mellitus (31 idosos); avaliamos o risco para morbimortalidade em quase todos os idosos acompanhados na nossa área, ou seja, com um total de 109 idosos (97%); investigamos os indicadores de fragilização na velhice em 83 idosos (73,77%); fazemos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação de atividade física regular em 105 deles, o que representa 94% do total; porém, não podemos fazer uma boa avaliação da saúde bucal deles, porque nossa UBS não tinha atenção odontológica. Há apenas duas semanas temos este tipo de atenção, mas os dados não são ainda satisfatórios. Então, resumindo, podemos dizer que faltam muitas coisas para fazer para ampliarmos a cobertura as pessoas idosas e melhorar a qualidade da atenção aos idosos; primeiro temos que fazer mais vigilância epidemiológica. Estamos trabalhando nisso. Nossos agentes comunitários de saúde estão procurando os idosos que moram longe da UBS para que eles possam vir à consulta para poder participar no programa, dar uma caderneta de saúde da pessoa idosa a cada um deles e facilitar o retorno às consultas para um bom seguimento. Nossa equipe de saúde tem pelo menos um dia na semana para realizar consultas nas comunidades fora da nossa área de abrangência. Assim, muitas vezes, identificamos muitos idosos que não sabiam se tinham diabetes ou hipertensão arterial. Esta é uma das atividades mais importantes para ampliar a cobertura às pessoas idosas e melhorar a qualidade da atenção a esses usuários.

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

Fazendo uma leitura do primeiro texto da segunda semana de ambientação em relação com "qual a situação da ESF/APS e o relatório da análise situacional", observa-se uma leve diferença quanto conhecer o ambiente dentro da unidade. O primeiro texto foi mais curto, não explicou tão bem a UBS como o relatório atual. Tudo isso foi que, no começo, a visão era mais fechada, a relação com a equipe era

mais limitada e os conhecimentos também 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, não tinha atendimento odontológico, mas já a unidade teve os equipamentos odontológicos instalados, mas uma máquina estava quebrada e por isso, não tinha atendimento odontológico. O local da UBS não foi construído para ser uma UBS, mas está esperando adequações estruturais para um melhor funcionamento como o manual do Ministério de Saúde especifica. A cada semana que passa 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 estratégia, e apesar de muitos afazeres, eles foram uma das principais fontes de aproximação entre os profissionais. Fica claro que o texto não poderia ser o mesmo com os novos conhecimentos adquiridos sobre a UBS e a melhor compreensão do seu funcionamento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O cuidado ótimo dos hipertensos e/ou diabéticos na atenção básica de saúde exige o monitoramento destes pacientes. Para isso, a intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família busca utilizar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde que apresenta um conjunto de estratégias capaz de acompanhar o desenvolvimento dos usuários com maior qualidade.

O controle da Hipertensão e da Diabetes mellitus é um processo complexo e multidimensional cujo objeto deve ser a prevenção primária, a detecção precoce e um tratamento adequado e oportuno, que prevê a aparição das complicações. A detecção se fundamenta na possibilidade da população de aceder a toma de pressão arterial, à intervenção não farmacológica dos fatores de risco e farmacológica da hipertensão e/ou diabetes mellitus, que produzem a redução de acidentes cerebrovasculares e cardiopatias coronárias. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são doenças crônicas que apresentam diversos aspectos comuns: identificam-se a presença de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial, fatores de risco, como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; são doenças incuráveis, precisando um acompanhamento eficaz e permanente; podem provocar complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; essas doenças são assintomáticas na maioria dos casos, de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) do estudo é conhecida como Costa Da Bela Vista, zona rural de Manacapuru no Estado do Amazonas e está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atrelada à prefeitura. Segundo os moradores da zona rural, a UBS já funciona há mais de 20 anos na comunidade,

mas o local não foi construído para ser uma UBS. Com relação à estrutura física, a Unidade não conta com um ambiente específico para recepção, porque a sala de espera que tem uma capacidade de acomodar aproximadamente quinze pessoas é a mesma que serve para sala de recepção e sala de reunião. Conta com três consultórios, um consultório médico, um consultório da enfermeira e outro odontológico; um sanitário para usuários com divisão para acomodação de pessoa com necessidades especiais um e sanitário para funcionários. Não tem sala para a farmácia porque a mesma sala de curativos é onde fica o armazenamento dos medicamentos, e serve também como sala de nebulização. Conta com uma cozinha, mas não tem sala dos Agentes Comunitários de Saúde. Existe só uma equipe de Estratégia Saúde da Família que é composta do médico clínico geral, uma enfermeira da estratégia, um odontologista, uma técnica em saúde bucal, uma técnica de enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde e um profissional de serviços gerais.

A área adstrita apresenta um número aproximativo de 3.000 (três mil) pessoas, ou seja, uns 2850 pessoas, sendo 1505 (mil quinhentos e cinco) mulheres e 1345 (mil trezentos e quarenta e cinco) homens. Recapitulando o caderno de ações programáticas respondidas durante toda a análise situacional e os questionários preenchidos, notou-se que o trabalho nas consultas de HIPERDIA necessitou de um acompanhamento melhor na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, incorporando a promoção, prevenção e tratamento dos problemas destes pacientes.

A intervenção tem como população alvo os hipertensos de 20 anos ou mais, com um quantitativo de 335 hipertensos. O número de usuários hipertensos residentes na área de cobertura é de 355 conforme o caderno de ações programáticas, perfazendo uma porcentagem de 93% de cobertura. Mas também existem hipertensos que ainda não estão diagnosticados e muitos dos já diagnosticados não estão sendo acompanhados como deveriam na UBS. A nossa equipe escolheu fazer essa intervenção sobre hipertensos e diabéticos apesar da porcentagem de 93% de cobertura da atenção aos hipertensos e de 84% aos diabéticos, porque antes da intervenção, a cada semana tivemos casos de complicações diabéticas e hipertensivas, isso chamou nossa atenção para melhorar esse aspecto porque faltava algo mais para fazer com os hipertensos e diabéticos, não somente a cobertura, mas também faltava o seguimento e controle bem feito

desses usuários para melhorar a saúde deles evitando complicações dessas doenças crônicas, porque as complicações muitas vezes são mortais.

A intervenção tem como população alvo os diabéticos de 20 anos ou mais. O número de usuários diabéticos residentes na área de cobertura é de 101 conforme o caderno de ações programáticas, perfazendo uma porcentagem de 84% (85 diabéticos) de cobertura antes da intervenção. Igualmente como acontece com os usuários hipertensos, muitos usuários diabéticos não estão sendo acompanhados como deveriam na UBS, a cada semana veio pelo menos um diabético com complicações, e também existem muitos usuários com Diabetes mas ainda não diagnosticados. Na UBS Temos atendimento à saúde bucal, mas não e um atendimento continuo porque um material ficou quebrado durante muito tempo sem reparação. Os agentes comunitários de saúde ajudam muito fazendo o seu melhor com cada usuário que acompanha, eles realizam visitas domiciliares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e também fazem a busca ativa dos usuários faltosos às consultas. Os indicadores de qualidade do caderno de ações programáticas apontam que todos os usuários hipertensos e /ou diabéticos (100%) estiveram com a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clinico e 100 % destes usuários receberam orientação sobre pratica de atividade física regular e alimentação saudável.

Devido à taxa de morbimortalidade, a ausência de mais qualidade na assistência, o índice dos agravos mais frequentes e o não seguimento do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, a intervenção vai ser de grande relevância para o público alvo, porque com a intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos terão uma assistência mais humanizada, contarão com a promoção, prevenção e terapêutica destas doenças crônicas. A Identificação prévia dos problemas de saúde se realizará na interação da equipe com os usuários, por isso é uma etapa muito importante na intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS Costa Da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru, AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

2.2.3 Metas

Metas referentes ao objetivo 1:(Ampliar a cobertura aos hipertensos e /ou diabéticos):

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

Metas referentes ao objetivo 2:(Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa)

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

Metas referentes ao objetivo 3: (Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde)

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

- Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 4: (Melhorar o registro das informações).

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

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

Metas referentes ao objetivo 5:(Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular)

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

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

Metas referentes ao objetivo 6:(Promoção da saúde)

- Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

- Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Costa da Bela Vista, zona rural, no Município de Manacapuru (AM); mas, por problemas de atrasos na intervenção, a coordenação decidiu cortar o período de intervenção para ser feito em 12 semanas. Participarão da intervenção 335 (trezentos e trinta e cinco) usuários hipertensos de 20 anos ou mais, e 101 (cento e um) usuários diabéticos de 20 anos ou mais, cadastrados no programa na área de abrangência. Para melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da UBS Costa da Bela Vista, Zona Rural de Manacapuru (AM), vamos realizar um conjunto de ações direcionadas a este foco de atenção, atingindo os objetivos anteriormente traçados. Para calcular os indicadores, vamos monitorar as ações por meio de registros. Vamos respeitar os quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

1. OBJETIVO

1.1 Ampliar a cobertura do Programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus

1.2 METAS:

Ampliar a cobertura de atenção à saúde dos hipertensos de 93% da área da unidade de saúde para 100%, e dos diabéticos de 84% para 100%.

1.3 AÇÕES:

1.3.1 Monitoramento e avaliação

Monitorar 100% a cobertura dos pacientes Hipertensos e Diabéticos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Monitorar o numero de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Fazer uma atualização do cadastramento dos hipertensos e diabéticos que nos permitam monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura dos hipertensos e diabéticos da área com acompanhamento na unidade, apoiando-nos com a equipe nas reuniões de cada semana.

1.3.2 Organização e gestão do serviço

Acolher 100% dos hipertensos e diabéticos. Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Garantir o acolhimento ao 100% dos hipertensos e diabéticos através do projeto de intervenção, assim como fazer o verdadeiro cadastramento dos mesmos com ajuda das agentes de saúde da área de abrangência.

Melhorar o acolhimento para os portadores de hipertensão e diabetes

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

Estabelecer que cada uma das agentes de saúde fizesse o cadastramento dos hipertensos e diabéticos para um 100% de cobertura da área de abrangência.

1.3.3 Engajamento público

Esclarecer a comunidade sobre a importância dos hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

Detalhamento: Orientar e lograr a participação da comunidade, a traves das palestras a importância do acompanhamento periódico dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde e assim com o comprometimento de todos poderem trabalhar com estes grupos.

Estabelecer através das palestras planejadas que a comunidade conhecesse a existência do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos para que acreditem que a atenção primaria é a porta de entrada do sistema único de saúde, onde é capaz de trabalhar com programas de saúde com o objetivo de prevenir diferentes doenças.

1.3.4 Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe no acolhimento aos hipertensos e diabéticos.

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização

Capacitar os ACS na busca dos hipertensos e diabéticos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Planejar diferentes temas de atenção aos hipertensos e diabéticos e oferecer as mesma em cada reunião da equipe em forma de conversas e trocas de experiências.

Oferecer as agentes de saúde diferentes modos de atuação na busca ativa daqueles hipertensos e diabéticos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

2. OBJETIVO

2.1 Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde

2.2 METAS

Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.3 AÇÕES:

2.3.1 Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar nos prontuários clínicos a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade de saúde.

2.3.2 Organização e gestão do serviço

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

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Exigir ao gestor a presença dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Definir claramente nas reuniões da equipe as atribuições de cada profissional na Avaliação Multidimensional Rápida dos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

2.3.3 Engajamento público

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para hipertensos e diabéticos.

Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Aproveitar todos os cenários possíveis com a comunidade e explicar à importância destas avaliações para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças que podem trazer consigo uma diminuição da capacidade funcional dos hipertensos e diabéticos.

Fazer participe a cada usuário das condutas esperadas em cada consulta com orientações claras entendíveis para eles e poder modificar estilos de vida saudável.

2.3.4 Qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais para o atendimento dos hipertensos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Informar e debater em cada reunião da equipe os protocolos adotados pela UBS para o atendimento dos hipertensos e diabéticos.

Estabelecer a participação da equipe nas consultas dos hipertensos e diabéticos com o objetivo de criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida

Constituir a participação da equipe nas consultas dos hipertensos e diabéticos com o objetivo de criar capacidades para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

3. OBJETIVO

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

3.2 METAS

Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Garantir a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo a protocolo.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos pacientes hipertensos e/o diabéticos cadastrados.

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

3.3 AÇÕES:

3.3.1 Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo

Detalhamento: Efetivar-se o exame físico adequado aos hipertensos e diabéticos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos.

3.3.2 Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os pacientes hipertensos e/o diabéticos faltosos

Detalhamento: Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e/ou diabéticos

3.3.3 Engajamento público

Informar a comunidade sobre importância da realização das consultas do “Hiperdia”.

Detalhamento: Aproveitar palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

3.3.4 Qualificação da prática clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas na sua periodicidade.

Detalhamento: Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar capacidades na realização de exame clínico apropriado

4 OBJETIVO

4.1 Melhorar o registro das informações

4.2 Metas

Manter ficha de acompanhamento ao 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade.

4.3 AÇÕES:

4.3.1 Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade.

Organização e gestão do serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro de acompanhamento

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados.

Detalhamento: Monitorar nos prontuários clínicos o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

4.3.2 Engajamento público

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Aproveitar das consultas médicas, palestras e visitas domiciliares para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares assim como a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

4.3.3 Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento.

Detalhamento: Planejar nas reuniões a capacitação da equipe sobre temas do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares

5. OBJETIVO

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.2 METAS

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

5.3. AÇÕES:

5.3.1 Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pacientes hipertensos e o número de diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

5.3.2 Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, Priorizar o atendimento.

Detalhamento: Fazer monitoramento nos prontuários clínicos dos medicamentos utilizados pelos usuários e conhecer se são adquiridos nas farmácias populares

5.3.3 Engajamento público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e importância do acompanhamento de os pacientes hipertensos e diabéticos

Detalhamento: Garantir por meio do registro as necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde no período do ano.

5.3.4 Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de fremingham ou de lesões em órgãos alvos.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Planejar nas reuniões atualização da equipe sobre temas do tratamento da hipertensão e diabetes, assim como devem orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

6. OBJETIVO

6.1 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

6.2 METAS

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

Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

6.3 AÇÕES

6.3.1 Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos.

Detalhamento: Fazer monitoramento do número de hipertensos e diabéticos acamados ou com problema de locomoção cadastrados pelos agentes de saúde.

6.3.2 Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

6.3.3 Engajamento público

Buscar parcerias na comunidade reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção de saúde

Orientar hipertensos e/o diabéticos e seus familiares sobre importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde.

6.3.4 Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e/o diabético.

Detalhamento: Fazer nas reuniões da equipe capacitação as ACS sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a todos os hipertensos e/ou 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.

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 usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuários hipertensos.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Na realização da intervenção no programa Saúde dos hipertensos e/ou diabéticos adotamos o Caderno de Atenção Básica de Saúde dos hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, 2012. Vamos empregar a ficha espelho acessível, que compõe informações sobre acompanhamento de todos os parâmetros estabelecidos pelo protocolo citado. As referências dos hipertensos e diabéticos que farão a coleta de dados serão anotadas pela enfermeira e pelo médico, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde por um período de 12 semanas. Com a intervenção desejamos atingir 335 hipertensos e 101 diabéticos. Vamos estabelecer contato com a gestora da Unidade para dispor das fichas espelho necessárias para imprimir as fichas complementares. Para o seguimento mensal da intervenção utilizaremos uma planilha manual e eletrônica para coleta de dados.

Todos os dados serão controlados e registrados em uma ficha específica preenchida no atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos que farão o acompanhamento na unidade. Será revisado o livro de registro dos hipertensos e/ou diabéticos para organizar o registro específico do programa. A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram mencionadas e discutidas com a equipe da unidade. Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o Protocolo do Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica à Saúde dos hipertensos e diabéticos, consultas, busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos entre outros parâmetros que o protocolo estabelece. A importância de preencher todos os registros de informações para mantermos os dados dos usuários sempre atualizados será explicada a toda a equipe. Com isso a equipe vai estar capacitada para executar ações que qualifiquem o atendimento ao público alvo. O local da capacitação será na UBS, priorizando pelo menos 2 horas ao final do horário de trabalho. Inicialmente vamos fazer uma dinâmica para entrosamento da equipe, logo após partiremos para explicação que começará com a enfermeira e a participação dos outros membros será incentivada, pedindo para cada um ler uma parte do material fornecido para atividade, e no final, faremos uma dinâmica de fechamento.

Priorizaremos o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos através de horários específicos com objetivo de melhorar e organizar o atendimento na unidade. Os usuários serão atendidos pelo médico na quarta e quinta-feira. Os atendimentos como triagem, medidas antropométricas, serão desenvolvidos. Cada agente comunitário de saúde da UBS vai ser responsável por trazer pelo menos três usuários hipertensos e/o diabético para o atendimento médico e de enfermagem.

Para realizar as ações de educação em saúde trabalharemos com informações baseadas no protocolo do Ministério da Saúde referente à Saúde dos hipertensos e diabéticos. A partir do momento que foi feita a busca ativa dos usuários faltosos às consultas na área começaremos a introduzir a educação em saúde. Essa visita será realizada pela enfermeira e os agentes comunitários de saúde. Na abordagem explicaremos aos usuários a importância de não faltarem às consultas e já marcaremos novamente a volta desses pacientes. No dia das consultas, na sala de espera, faremos uma palestra com os usuários por uns 20 minutos antes das consultas.

Cada dia distinto uma dupla de profissionais da saúde fará o discurso. Serão abordados temas como, alimentação saudável citando os riscos, prevenção e importância de exercícios físicos, e falaremos também sobre saúde bucal. Durante o desenvolvimento destas palestras distribuiremos folders relacionados ao assunto da semana. Em virtude dessa ação de educação em saúde, o vínculo entre equipe/usuários será fortalecido proporcionando mais qualidade e humanização no atendimento aos hipertensos e diabéticos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Na primeira semana, conforme cronograma, realizamos a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão/Diabetes e estabeleceu-se o papel de cada profissional nas ações programáticas. Também iniciamos realização do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Realizamos atendimento clínico de acordo com o protocolo. Não conseguimos realizar todas as atividades previstas para a primeira semana porque iniciamos a intervenção sem um membro importante. Não conseguimos fazer o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, sobretudo porque na comunidade não tem um líder. Estávamos sem ajuda da enfermeira que estava com licença maternidade. Logo depois, com a incorporação da enfermeira substituindo a enfermeira gerente, a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos melhorou.

Nas semanas seguintes conseguimos seguir o cronograma na medida do nosso possível, porque nem tudo estava bem como o planejado no cronograma. Realizou-se a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para a realização de busca ativa de prováveis usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, mas não conseguimos realizar o cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos como previsto no cronograma devido às dificuldades encontradas no caminho. Durante toda a intervenção tivemos contato com um pastor de igreja na comunidade que nos ajudou como se fosse um líder comunitário, mas de fato, nossa zona rural não tem liderança para contatar e falar sobre a importância da ação programática de hipertensão/diabetes para solicitar algum apoio econômico e material, por exemplo, para fazer palestras com os usuários da comunidade. Mas o pastor ajudou na medida do possível deixando para nos uma sala de igreja para

fazer reuniões. Também importante destacarmos é a incorporação dos profissionais da saúde bucal à intervenção que ajudou muito, apesar de incorporar-se tarde, mas foi um grande apoio para a equipe. Esse atraso no atendimento odontológico no início da intervenção ocorreu porque o material de atendimento odontológico estava quebrado e isso provocou ausência da equipe de saúde bucal durante algumas semanas. Após, o atendimento foi retomado e a equipe de saúde bucal incorporou-se a intervenção.

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram no início. Tivemos muitas dúvidas em relação aos cálculos dos indicadores relacionados aos hipertensos e/ou diabéticos faltosos, porque eu me lembro de que, em uma semana de intervenção, minha orientadora chamou minha atenção sobre os indicadores dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, onde preenchi mal umas abas, e foi com a ajuda dela que todas essas dúvidas foram esclarecidas. Falando do preenchimento dos nomes dos usuários nessas semanas, a parte clínica atendeu uns 270 usuários hipertensos e uns 99 diabéticos. A meta estabelecida era atender 334 hipertensos e 101 diabéticos, assim podemos dizer que ficamos mais perto da meta com os usuários diabéticos do que com os usuários hipertensos.

A capacitação dos profissionais de saúde sobre protocolo de hipertensão e diabetes foi realizada pelo médico da equipe durante a primeira reunião em equipe, para que todos os membros da equipe conheçam bem o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde. Essa ação foi repetida em outras semanas, participaram os ACS e a enfermeira. Nessa reunião estabelecíamos o papel de cada profissional na ação programática.

O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita ao programa foi realizado pelos agentes comunitários de saúde, eles são os profissionais que mais conhecem onde moram os usuários hipertensos e diabéticos, para os usuários ainda não diagnosticados. Os ACS tomaram a pressão arterial deles e mediram a glicemia de jejum durante um período de controle. O cadastramento se fez na Unidade Básica de Saúde, depois de confirmar a doença crônica do usuário. Foi uma ação contínua que se realizou a cada semana.

O atendimento clínico aos usuários hipertensos e diabéticos foi realizado duas vezes na semana, nas terças-feiras e nas quintas-feiras. O médico junto com a ajuda da enfermeira da equipe fez o atendimento clínico aos usuários que, durante a

relação médico-paciente nas consultas, relataram os sintomas e inquietudes que apresentaram, e o médico fez o exame físico geral dos pacientes, receitou os medicamentos e exames complementares necessários para um ótimo controle e seguimento dos casos, e os usuários receberam as diferentes orientações para evitar complicações das doenças crônicas.

A equipe criou um grupo de hipertensos e diabéticos. Nessa iniciativa participaram todos os membros da equipe, para realizar palestras com os usuários, reuniões em pelo menos duas vezes ao mês, para incentivar o contato com esse grupo de usuários, onde se realizaram as orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal. O médico e a enfermeira realizaram uma capacitação dos ACS para a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas; porque foi muito importante fazer um controle e seguimento dos usuários para evitar complicações dessas doenças, por isso precisavam voltar nas consultas agendadas.

3.2 As ações previstas nessas semanas a serem desenvolvidas e que não foram realizadas

A ação programática que não foi realizada foi monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos pacientes, porque foi quebrado um material de atendimento odontológico, e, por conseguinte, os profissionais de saúde bucal não se apresentaram na unidade durante umas semanas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram no início. Tivemos muitas dúvidas em relação aos cálculos dos indicadores relacionados aos hipertensos e/ou diabéticos faltosos, em uma semana de intervenção, minha orientadora chamou minha atenção sobre os indicadores dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, onde preenchi mal algumas colunas da planilha, mais com a ajuda dela, todas essas dúvidas foram esclarecidas. Na elaboração dos diários semanais da intervenção, a enfermeira colaborou para

redigi-los junto com o médico, esses diários nos ajuda em saber como trabalhamos, o que faltava para fazer, como foi a semana desde o ponto de vista do trabalho da equipe para procurar melhora para as semanas próximas. No registro das informações das fichas espelho participou toda a equipe, trabalhamos como um grupo para a melhora do atendimento dos usuários. Não tiramos foto nenhuma porque a equipe tomou a decisão de não tirar fotos depois de que uma vez, um usuário hipertenso viu que uma agente comunitária de saúde tirou uma foto dele com o celular sem sua permissão, tentou até pegar o celular nas mãos da agente de saúde e jogá-lo no chão, mas não conseguiu.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações referentes à incorporação do projeto na nossa Unidade Básica de Saúde foram cumpridas por nossa equipe única. Agora a equipe tem mais experiências para enfrentar novos projetos no futuro, para poder fazer tudo muito melhor. Em relação ao atendimento a hipertensos e diabéticos, já faz parte da nossa rotina de trabalhar em grupo, os agentes comunitários de saúde já sabem fazer a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, os usuários hipertensos e diabéticos têm prioridade nas consultas. Pensamos já implantar outras ações programáticas no futuro, por exemplo, atenção ao pré-natal, prevenção do câncer de mama e do colo uterino, tomando como exemplo esta intervenção que foi quase um sucesso, mas vamos usar a experiência procurando melhorar onde falhamos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O foco da intervenção foi a melhoria no atendimento aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da área de cobertura da Unidade Básica de Saúde Costa da Bela Vista, zona rural de Manacapuru. Em nossa área de abrangência temos um total de 334 usuários hipertensos e 101 usuários diabéticos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou 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.

No primeiro mês da intervenção, foram cadastrados 83 usuários (24,9%); no segundo mês o quantitativo de atendimento melhorou um pouco, pois cadastramos um total de 181 hipertensos (54,2%), porque os ACS fizeram sua parte trazendo os hipertensos às consultas e fazendo também a busca ativa dos usuários faltosos às consultas. No terceiro mês cadastramos 270 usuários (80,8%), pois tivemos uma queda na intervenção porque a equipe teve de ir duas vezes para outra comunidade para realizar consultas, e como era uma comunidade fora da nossa área de abrangência, não podíamos inserir os dados nas planilhas de coleta de dados. Assim fechamos a intervenção com 270 (80,83%) hipertensos cadastrados.

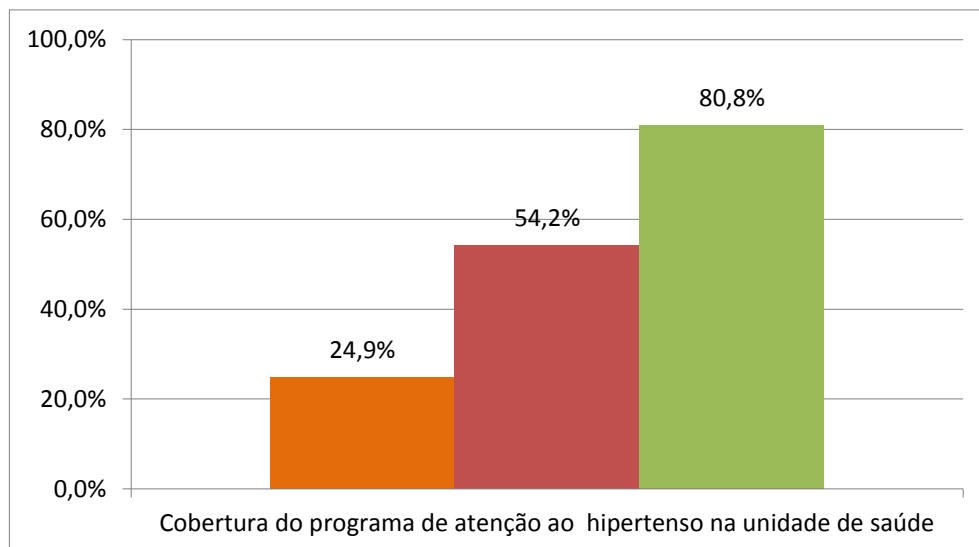


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Costa da Bela Vista Manacapuru/AM.

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.

A proporção de usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde é de 101. No final das 12 semanas de intervenção alcançamos 99 pacientes, perfazendo um percentual de 98,0%. No primeiro mês da intervenção cadastramos 33 usuários diabéticos (32,7%). No segundo mês o quantitativo de cadastramentos aumentou para 74 usuários (73,3%). No último mês somamos um total de 99 usuários diabéticos (98,0%). Da mesma forma, não atingimos nossa meta, pois foi necessário nos deslocar para outra área para realizarmos consultas.

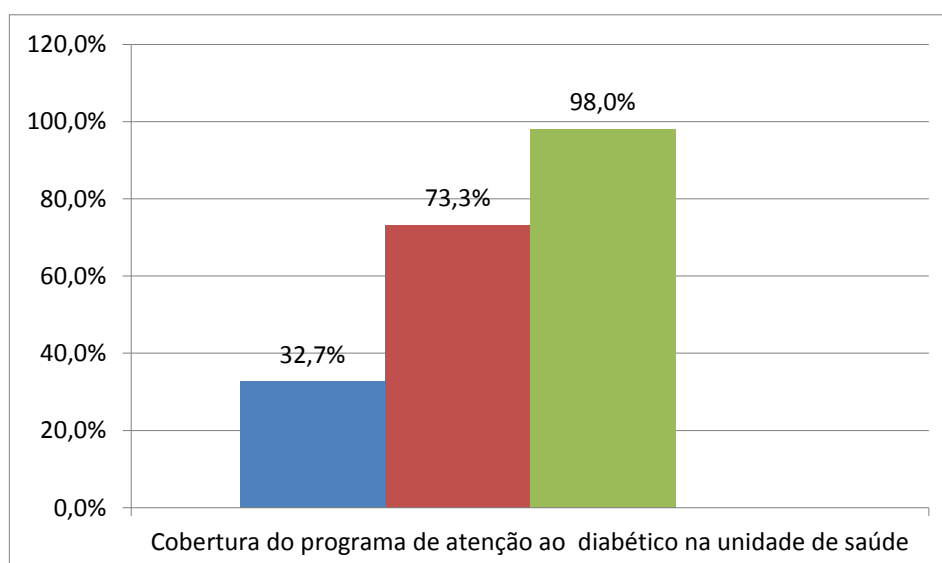


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Costa da Bela Vista, Manacapuru/AM.

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

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

No primeiro mês de intervenção, esse quantitativo chegou a 83 usuários com exame em dia, ou seja, todos os usuários hipertensos atendidos nesse primeiro mês tiveram exame clínico em dia (100%). No segundo mês de intervenção, tivemos um total de 180 (99,4%) usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, porque um deles faltava realizar a consulta. Finalizamos o terceiro mês com 269 usuários hipertensos e todos tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, perfazendo um percentual de 99,6% graças à ajuda dos ACS que fizeram a busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

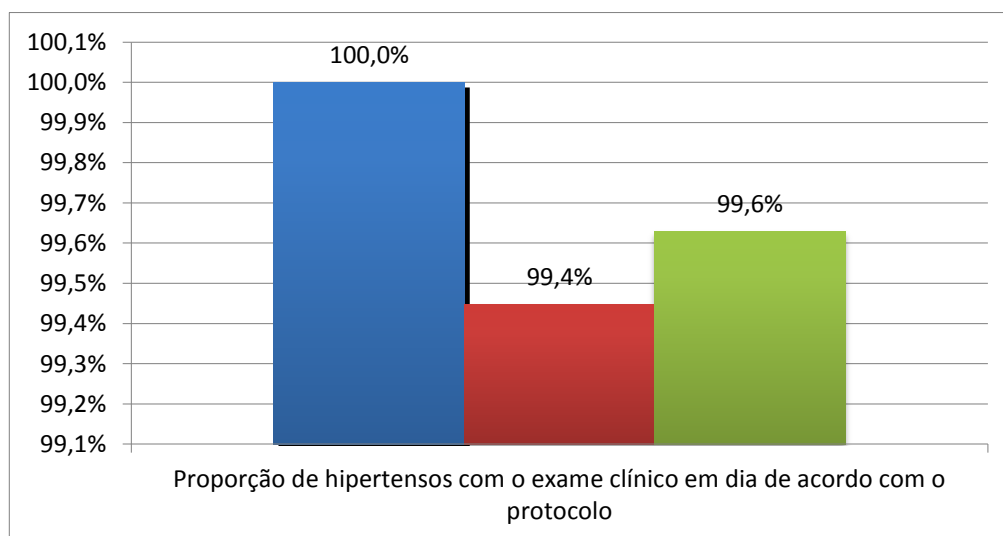


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

O segundo indicador apresenta a proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo. No primeiro mês de intervenção, atendemos um

total de 33 diabéticos e todos tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo (100%). Mantemos a proporção no segundo e terceiro mês, sendo atendidos 74 e 99 usuários diabéticos, respectivamente, com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

No primeiro mês de intervenção, atendemos um total de 83 usuários hipertensos e todos tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês, o número de usuários monitorados aumentou, mas um paciente faltava à consulta, por isso não tivemos 100% deles com exames complementares em dia, assim atingimos um total de 180 (99,4%) usuários hipertensos. No terceiro mês, 89 usuários foram atendidos e todos tiveram os exames complementares em dia (100%).

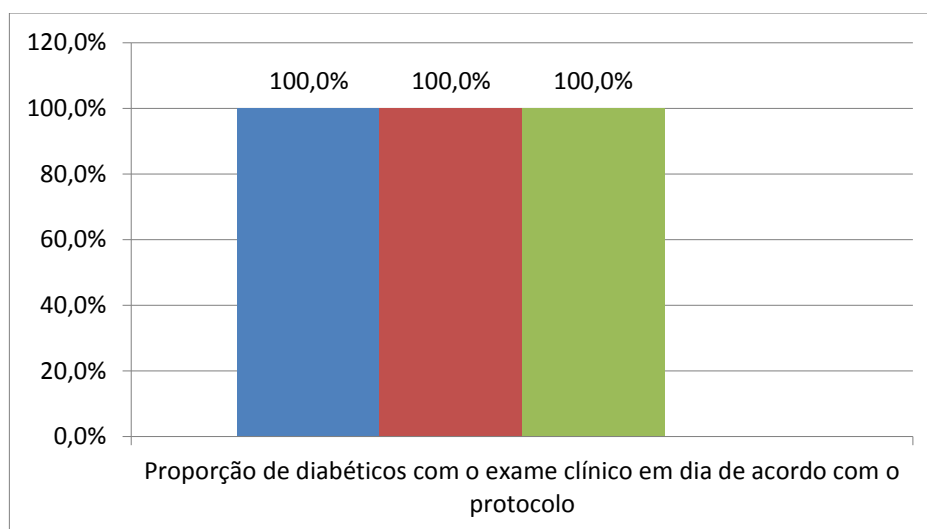


Figura 4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

No primeiro mês, monitoramos 33 usuários diabéticos e todos tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (100%). No segundo e terceiro mês, o número de usuários atendidos foi de 74 e 99, respectivamente, e todos também tiveram os exames complementares em dia (100%) de acordo com o protocolo (100%).

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

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

No primeiro mês da intervenção, atendíamos 83 hipertensos e todos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (100%). No segundo e terceiro mês atendemos 181 e 270 hipertensos, respectivamente, e todos também tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular (100%).

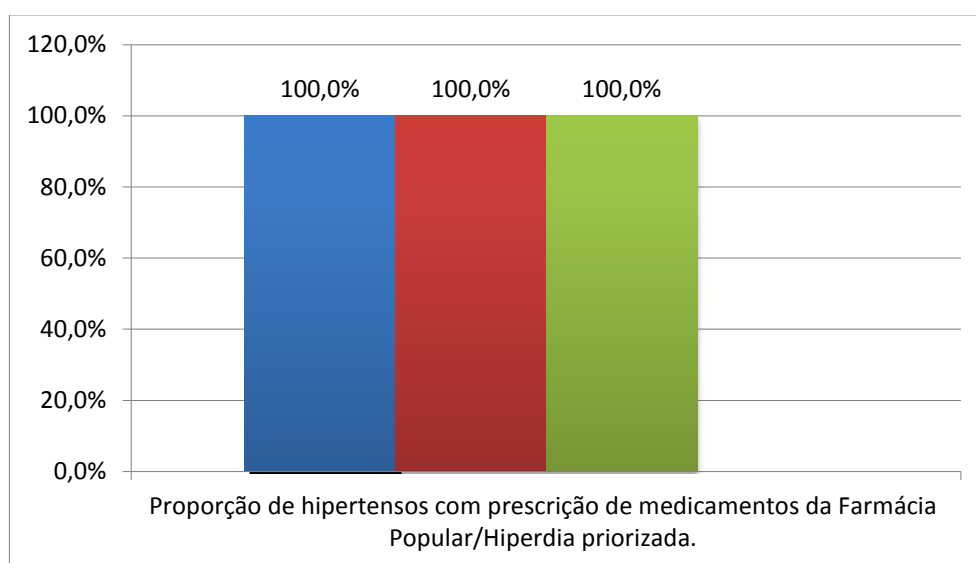


Fig.5: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Em relação à proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no primeiro mês atendemos 33 diabéticos e todos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular (100%). No segundo

e terceiro mês, atendemos 74 e 99 diabéticos, respectivamente, todos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

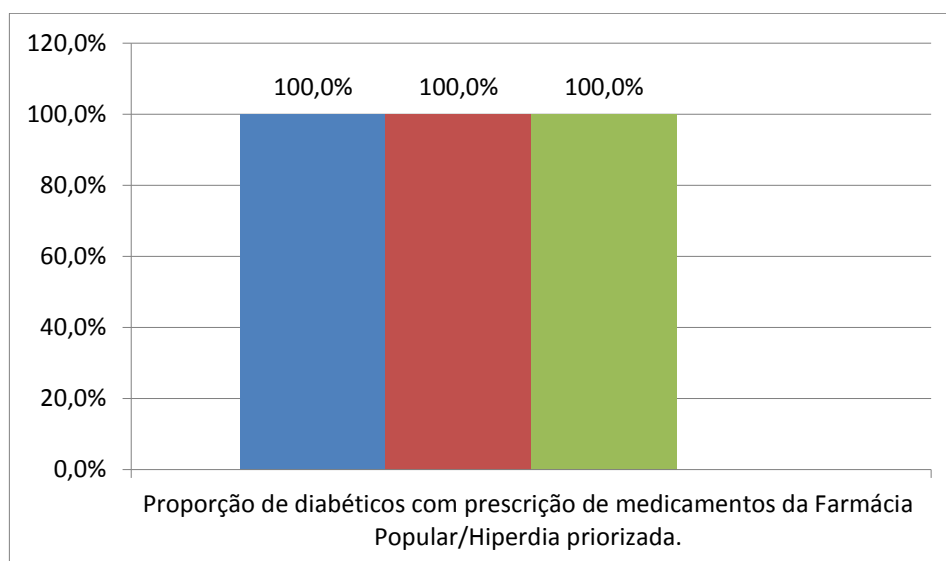


Fig.6: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

No primeiro mês, tudo foi difícil porque na primeira semana de intervenção não tínhamos atendimento odontológico, por isso, dos 83 usuários que atendíamos 73 deles receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico (88%). No segundo mês isso melhorou. Conseguimos atingir 170(93,9%) e 259 (95,9%) dos usuários hipertensos, no segundo e terceiro mês, respectivamente, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

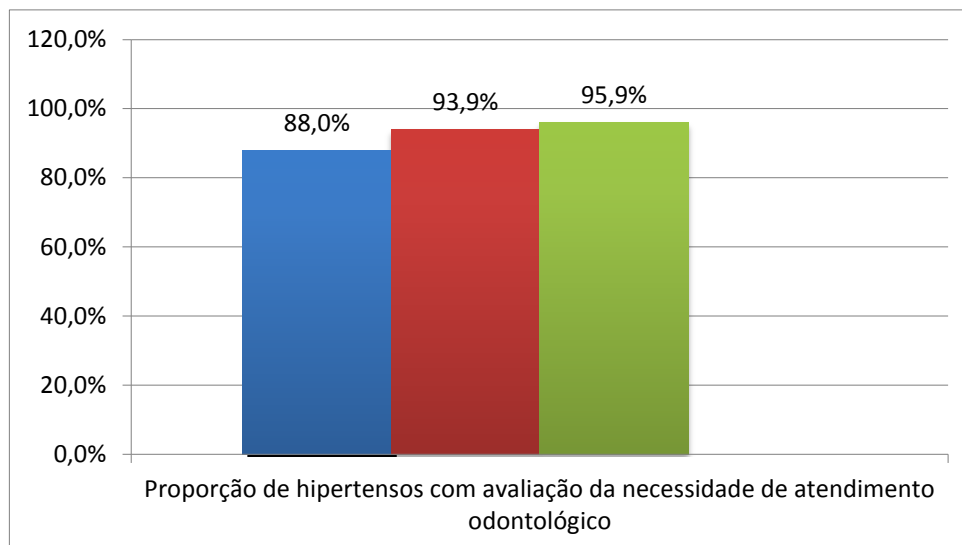


Figura 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Para os usuários diabéticos, atendemos 33 no primeiro mês de intervenção, mas só 26 deles (78,8%) receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, porque o odontologista ainda não fez atendimento. No segundo e no terceiro mês, 67(90,5%) e 92(92,9%) usuários diabéticos, respectivamente, receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

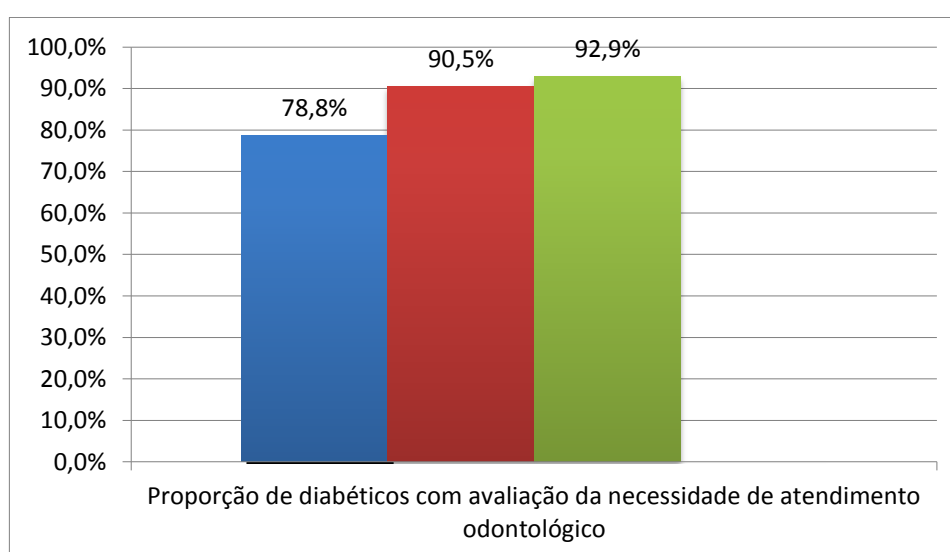


Figura 8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

No primeiro mês, três hipertensos faltaram às consultas e todos foram buscados ativamente (100%). No segundo mês, 4 usuários foram faltosos e foi realizada busca ativa para todos. No terceiro mês não houve usuários hipertensos faltosos.

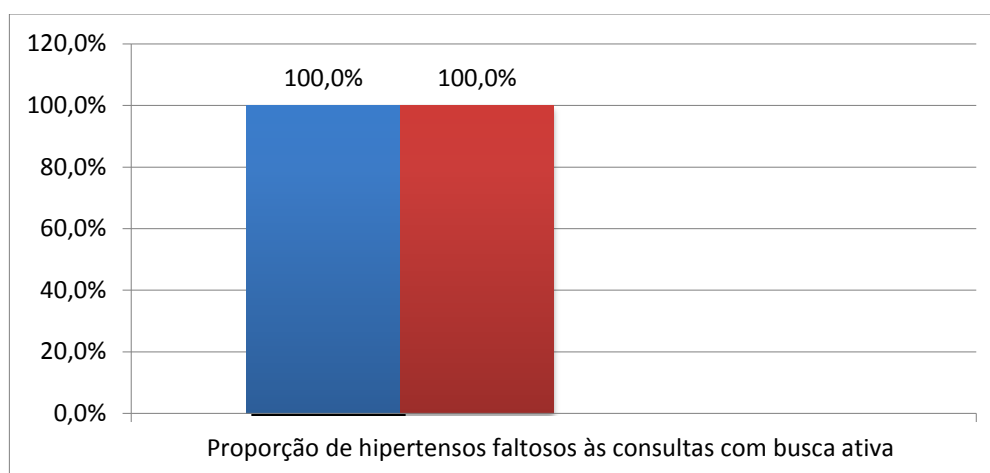


Fig. 9: proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

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

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

No primeiro mês, somente um diabético faltou à consulta e foi buscado por um agente comunitário de saúde. No segundo e terceiro, mantemos um usuário diabético faltoso e com busca ativa realizada.

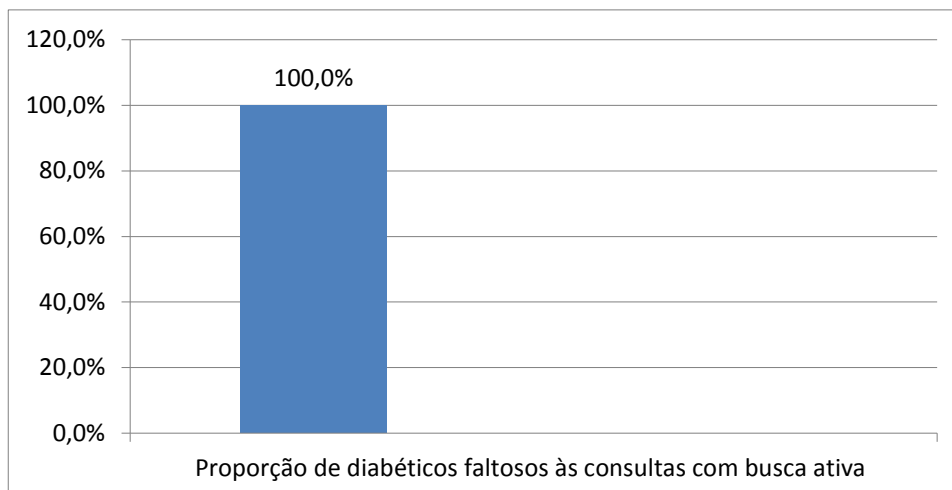


Fig. 10: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

No primeiro mês, dos 83 usuários hipertensos atendidos todos tiveram o registro adequado (100%) assim como no segundo e terceiro mês, todos os 181 e 270, respectivamente, tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento.

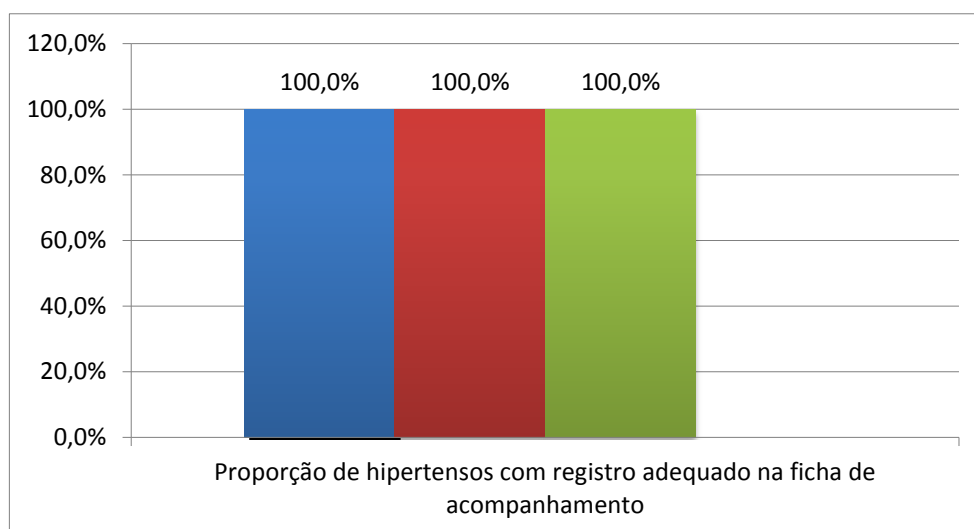


Fig.11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

No primeiro mês, todos os 33 diabéticos atendidos tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento (100%) assim como no segundo e terceiro mês, todos os 74 e 99 usuários diabéticos, respectivamente, tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento.

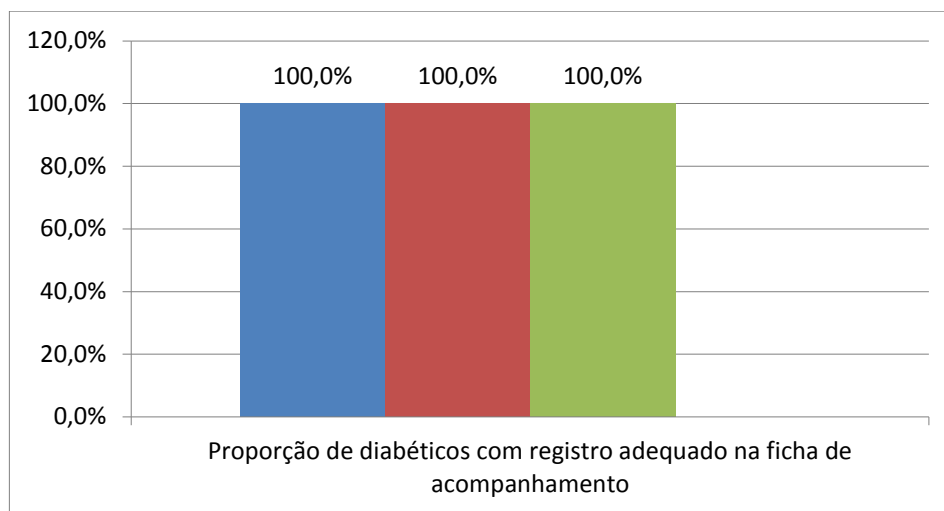


Fig.12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

No primeiro mês atendemos 83 hipertensos e todos foram estratificados quanto ao risco cardiovascular. No segundo mês 180 (99,4%) usuários foram estratificados para o risco cardiovascular e no terceiro mês 269(99,6%).

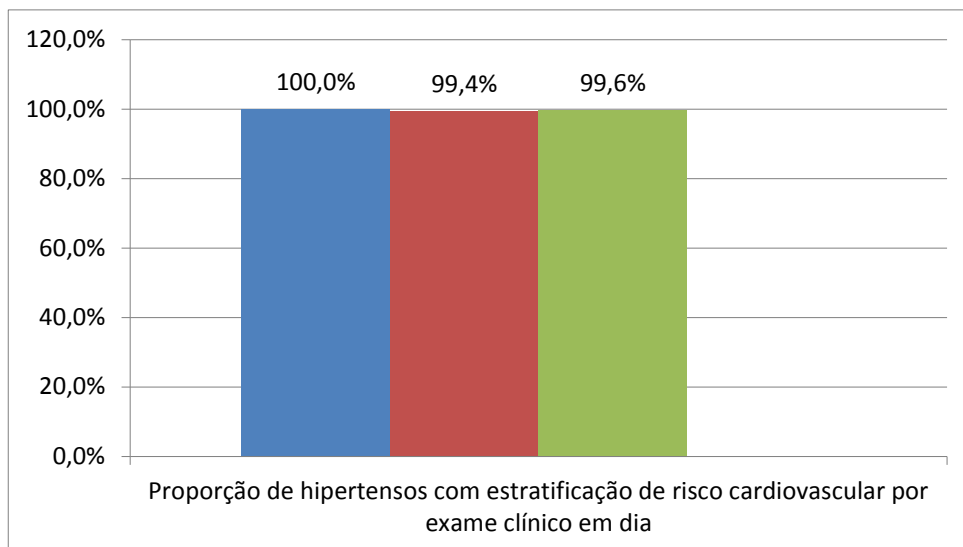


Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Este indicador também traz a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. O primeiro mês 33, no segundo 74 e no terceiro 99, e todos tiveram estratificação de risco por exame clínico em dia (100%).

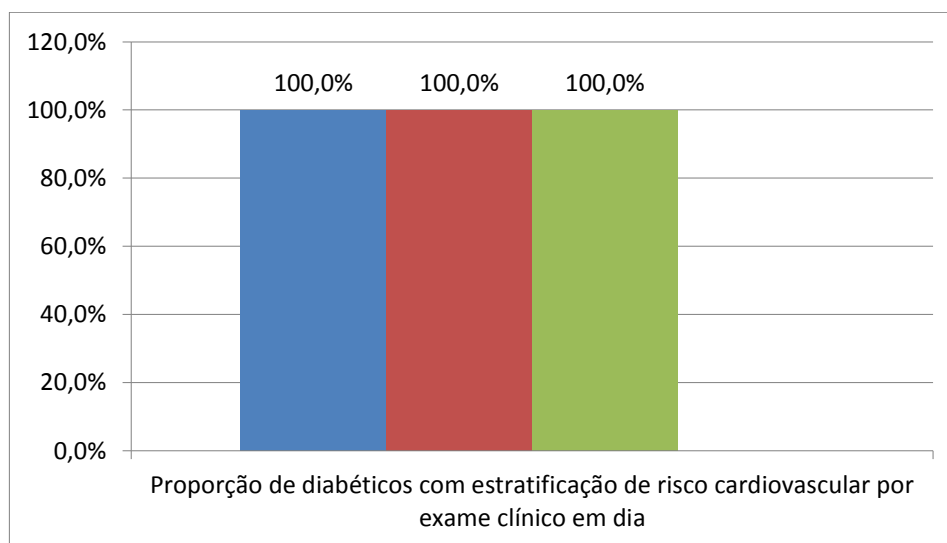


Fig.14: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

No primeiro mês, atendemos 83 usuários hipertensos, todos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (100%). No segundo mês 181 usuários hipertensos foram atendidos, mas como faltava um deles na consulta, 180 receberam orientação nutricional (99,4%). No terceiro mês, foram atendidos 269 usuários hipertensos (99,4%) que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

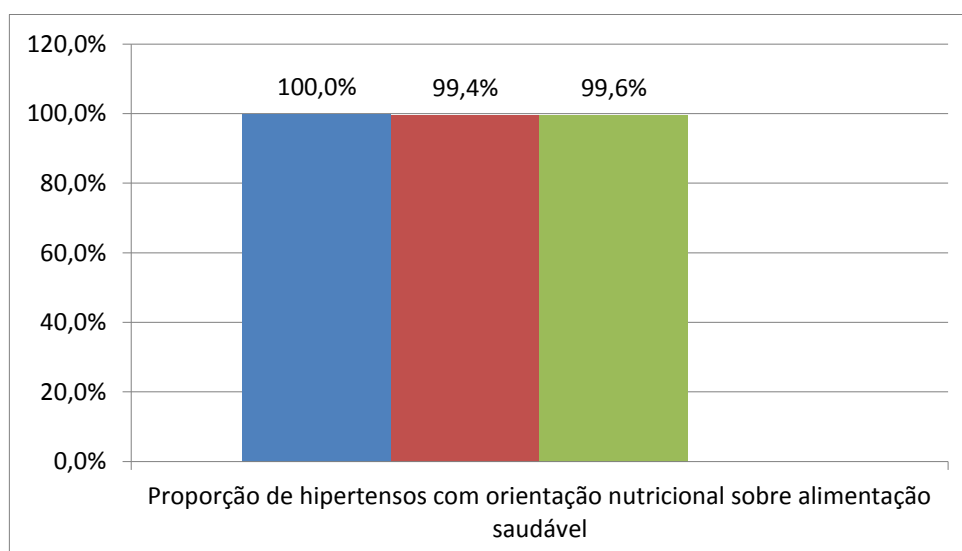


Figura 15: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

No primeiro mês, 33 diabéticos foram atendidos e todos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (100%). No segundo mês, foram atendidos 74 diabéticos e todos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (100%). No terceiro mês, foram atendidos 99 diabéticos e todos também receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (100%).

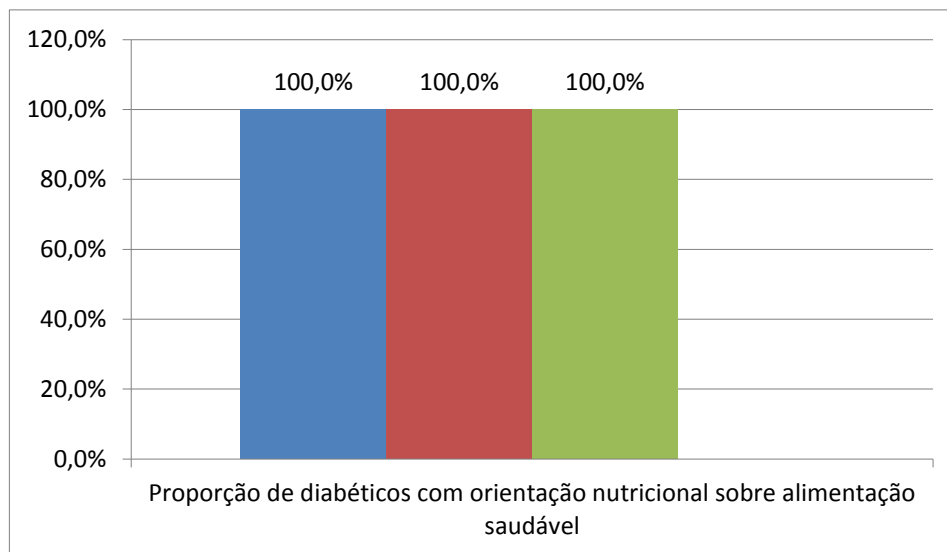


Fig.16: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

No primeiro mês, dos 83 usuários hipertensos que foram atendidos, todos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular (100%). No segundo mês, dos 181 que foram atendidos, 180 (99,4%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. No terceiro mês, 269(99,6%) usuários hipertensos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular (100%).

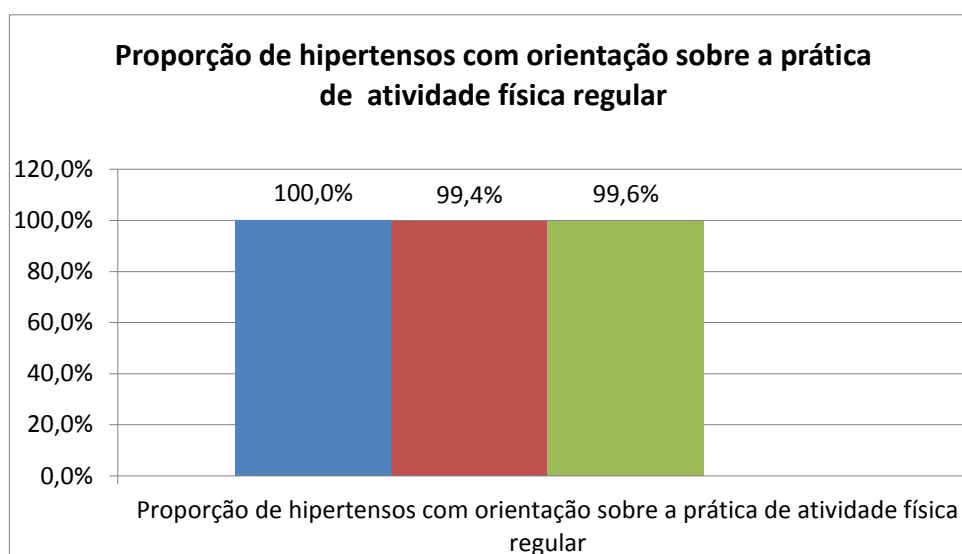


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

No primeiro mês, dos 33 usuários diabéticos atendidos todos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular (100%). No segundo mês, todos os 74 diabéticos que foram atendidos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular (100%) e no terceiro mês, igualmente, todos os 99 usuários diabéticos que foram atendidos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular (100%).

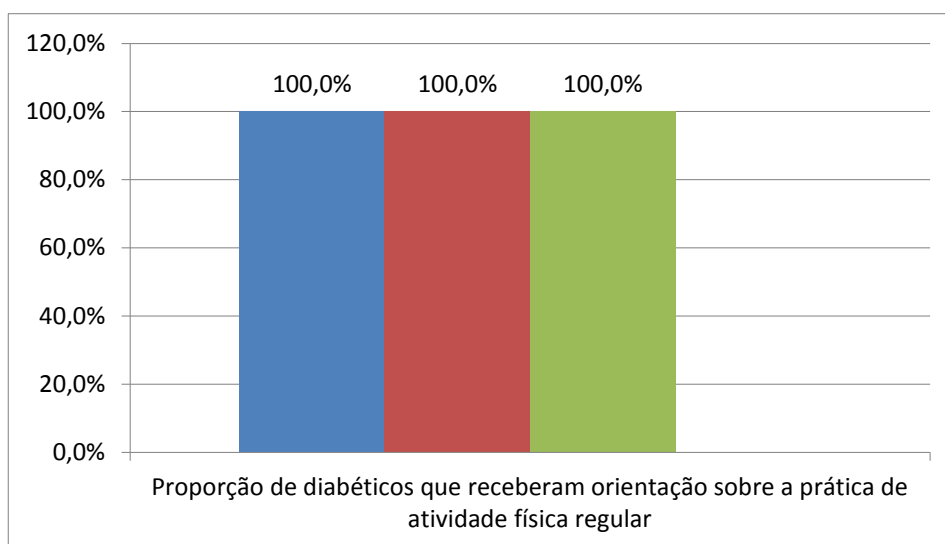


Fig. 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês, dos 83 usuários hipertensos que foram atendidos, todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%). No segundo mês, dos 181 atendidos, 180 (99,4%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, e no terceiro mês, 269 (99,6%) usuários hipertensos que foram atendidos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

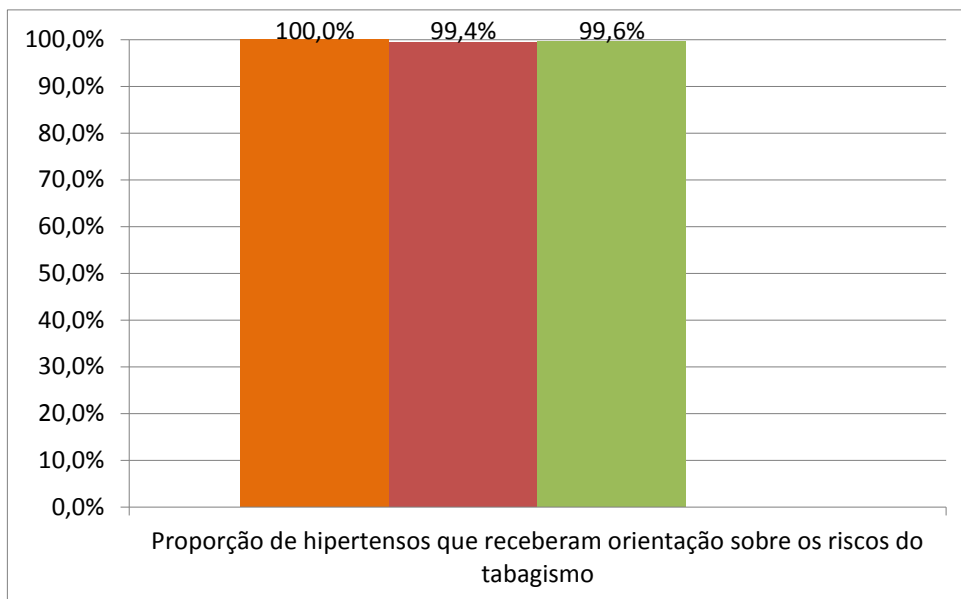


Figura 19. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre riscos do tabagismo

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

Este mesmo indicador traz a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês, 33 diabéticos foram atendidos e todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%). No segundo e terceiro mês, todos os 74 e 99 usuários diabéticos, respectivamente, foram atendidos e receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

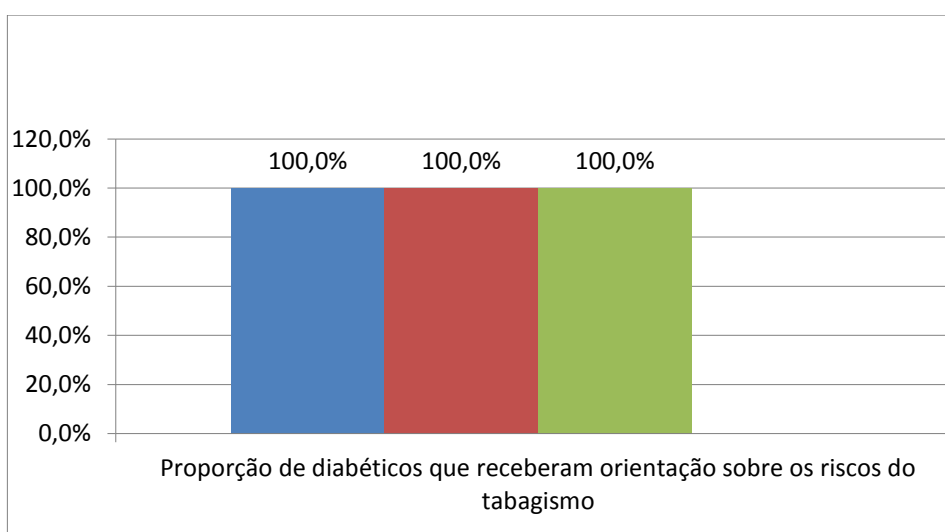


Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

O último indicador traz a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês, 82 (98,8%) usuários hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal. Apenas um paciente não esperou a orientação porque teve que ir pegar sua filha na escola. No segundo mês, 179 (99%) usuários hipertensos atendidos receberam orientação sobre higiene bucal e no terceiro mês, 268 (99,3%) usuários hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal.

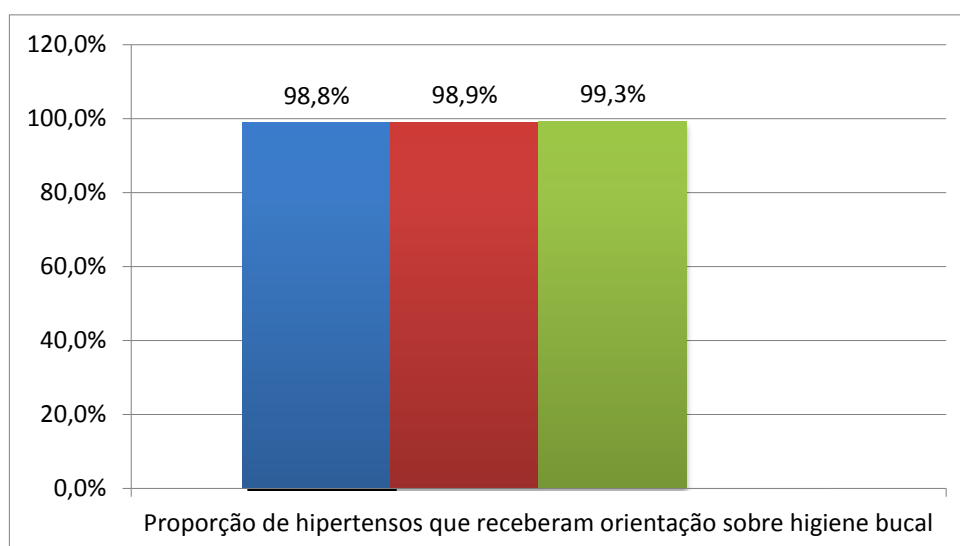


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

No primeiro mês, dos 33 usuários diabéticos atendidos, 32 receberam orientação sobre higiene bucal (97%). Um deles, como já explicamos cima, não esperou a orientação sobre a higiene bucal porque queria ir embora para pegar sua filha na escola. No segundo mês, 73 (98,6%) usuários diabéticos atendidos receberam orientação sobre higiene bucal (100%). No terceiro mês, 98 (99,0%) usuários diabéticos atendidos receberam orientação sobre a higiene bucal.

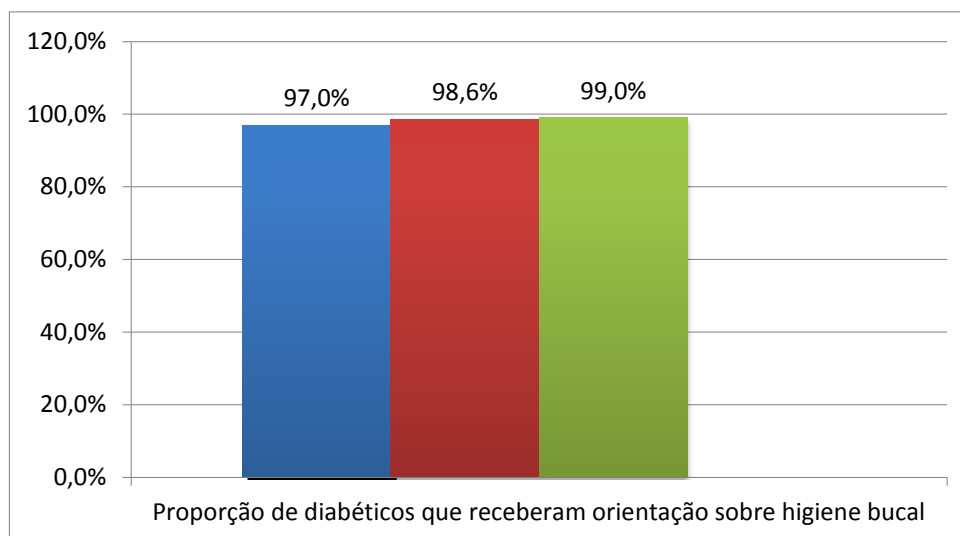


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Na Unidade Básica de Saúde a intervenção permitiu a melhoria da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos, com ampliação da cobertura destes usuários e melhor organização do serviço. Com a intervenção, a equipe trabalhou melhor e de maneira sistematizada. Tivemos dias específicos de atendimento, recebendo os usuários de todas as micro-áreas. Fez também parte da intervenção o engajamento público envolvendo a equipe e a comunidade. O acolhimento aos usuários dentro da UBS melhorou, o número de atendimentos aumentou consideravelmente, e toda a equipe entendeu a importância da qualidade no atendimento aos usuários com doenças crônicas. O projeto de intervenção teve impacto sobre outras atividades no serviço. Aumentou-se o número de atividades educativas (promoção e prevenção) destas doenças crônicas, realizaram-se palestras sobre fatores de risco, mudança de estilos de vida, diminuiu-se o número de usuários atendidos com complicações (urgência hipertensiva e Hiperglicemia) e diminuiu-se o número de usuários encaminhados ao hospital. A intervenção na Unidade Básica de Saúde propiciou bastante a ampliação da cobertura de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, alcançou-se um maior número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico e exames complementares em dia, aumentou-se a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de

medicamentos da farmácia popular /HIPERDIA priorizada, aumentou-se o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, aumentou-se a busca ativa dos usuários faltosos às consultas graças ao apoio dos Agentes Comunitários de Saúde. Durante a intervenção também se incrementou a proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento e com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo para a saúde e com orientação sobre higiene bucal.

A intervenção exigiu a capacitação da equipe para poder seguir as recomendações do Ministério da Saúde (MS) relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Essa atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde. Como os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos não eram seguidos conforme o protocolo do Ministério da Saúde houve necessidade da capacitação dos membros da equipe para realização dos atendimentos com mais qualidade. Nessa capacitação apresentou-se a proposta de dividir as responsabilidades com os membros da equipe, envolvendo a técnica de enfermagem e os ACS. Essa capacitação tinha uma importância grande para a equipe no sentido de conhecer bem o protocolo e trabalhar de acordo com este documento. Assim, a intervenção foi muito importante ensinando para todos como trabalhar em equipe para atingir um objetivo comum.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos eram concentradas no médico. Com a intervenção revisaram-se as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Com a melhoria no registro e no agendamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos viabilizou-se a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea. A classificação de riscos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Os Agentes Comunitários de Saúde trabalharam também como recepcionistas auxiliando na revisão dos prontuários e agendamentos dos hipertensos e/ou diabéticos; a técnica de enfermagem todas as semanas junto com um Agente Comunitário de saúde, ou às vezes dois Agentes de Saúde realizavam as medidas antropométricas. Outros ACS tiveram outras atribuições como toda semana trazer os usuários das suas micro-áreas às consultas, preenchimento da ficha espelho, busca ativa aos usuários

faltosos, etc. O médico da UBS, às vezes junto com a enfermeira, realizou os atendimentos aos hipertensos e/ou diabéticos na terça-feira e na quinta-feira. Esta sistematização na Unidade fez melhorar os atendimentos, fazendo parte da rotina de trabalho.

Apesar de todas as mudanças que a intervenção propiciou, achamos que o impacto ainda fica pouco percebido pela comunidade. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, porém foi uma insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos usuários hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se nossa equipe tivesse esclarecido toda a comunidade sobre o programa. A intervenção poderia ter sido melhor, se a minha equipe tivesse um bom apoio dos gestores, o que não foi desta forma, porque pedíamos auxílio econômico e material para fazer mais palestras com os usuários, dar um brinde durante as palestras e também distribuir folhetos informativos, o que demorou em chegar, assim procuramos outros apoios na comunidade mesmo, por exemplo, um pastor da igreja na comunidade nos emprestou uma sala para fazer atividades de educação em saúde e palestras com os pacientes.

A intervenção já faz parte da rotina da unidade. A equipe já entende o projeto como nova ferramenta de trabalho. Os Agentes Comunitários de Saúde avisaram aos usuários na área de abrangência da existência do programa dentro da UBS, o que fez aumentar consideravelmente os números de atendimentos. A avaliação dos usuários com odontologista não aconteceu ao começo da intervenção porque não teve esse tipo de atendimento pelo fato de uma máquina estava quebrada. Porém esse problema foi resolvido depois e os usuários tiveram a chance de ter avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A partir dessa experiência com a intervenção, no próximo mês pretendemos trabalhar na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Tomando esse projeto como exemplo, também pretendemos implantar o programa de atenção ao de Pré-Natal e puerpério na Unidade Básica de Saúde em um futuro próximo.

5 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 Médicos para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS Costa Da Bela Vista e poderá servir para todo o município. O programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos foi a ação programática do Ministério da Saúde que foi desenvolvida no nosso projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde Costa Da Bela Vista, zona rural de Manacapuru (AM). O principal objetivo do nosso projeto foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da nossa área de abrangência. Durante três meses (12 semanas), nosso trabalho foi baseado sobre o Caderno de Atenção Básica de Saúde de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, e as fichas espelho oferecidas pelo curso de Especialização. A equipe de intervenção escolheu esta ação programática a partir dos dados de cobertura e dos indicadores de qualidade dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

Constatamos que antes do início da intervenção, o número de atendimentos era de aproximadamente 35 usuários hipertensos e 25 diabéticos mensalmente, mas hoje em dia, graças ao programa de intervenção, temos um incremento considerável, onde o número de atendimentos aos usuários hipertensos aumenta aproximadamente a mais de 100 e o número de atendimentos aos usuários diabéticos chega aproximadamente a 45 mensalmente. Os indicadores de qualidade apontam que existem 93% de consultas de usuários hipertensos em dia de acordo

com o protocolo e 84% de usuários diabéticos em consultas em dia de acordo com o protocolo.

Confirmamos que antes da intervenção, não havia sistematização nos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade. Esses usuários procuravam a UBS quando estavam com alguns problemas agudos, e os atendimentos eram centrados no médico. Porém, com a chegada do projeto de intervenção, teve uma divisão de tarefas, especialmente as consultas referentes a esses usuários que foram divididas entre o médico e a enfermeira. Com isso, a unidade ganhou também no sentido de desafogar as agendas médicas. Organizou-se a demanda, passamos a ter controle do quantitativo de atendimentos e a redefinir as atribuições de cada profissional de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde.

Para que toda a equipe possa entender bem o programa de hipertensos e/ou diabéticos, realizou-se na Unidade Básica de Saúde uma capacitação sobre o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da saúde, com a finalidade de envolver todos os profissionais com a intervenção.

Durante os três (3) meses de intervenção, foram cadastrados no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos 270 usuários portadores de hipertensão (80,8%) e 99 usuários portadores de diabetes (98%) na área de abrangência da unidade de saúde. No início da ação programática, o atendimento de hipertensos de um ano acompanhado na UBS era aproximadamente de 45% de hipertensos e 40% de diabéticos. Atualmente, com o programa, os atendimentos aos usuários hipertensos quase dobram, e os atendimentos aos usuários diabéticos mais que dobram em somente três meses da implantação do programa, conforme mostra os gráficos a seguir.

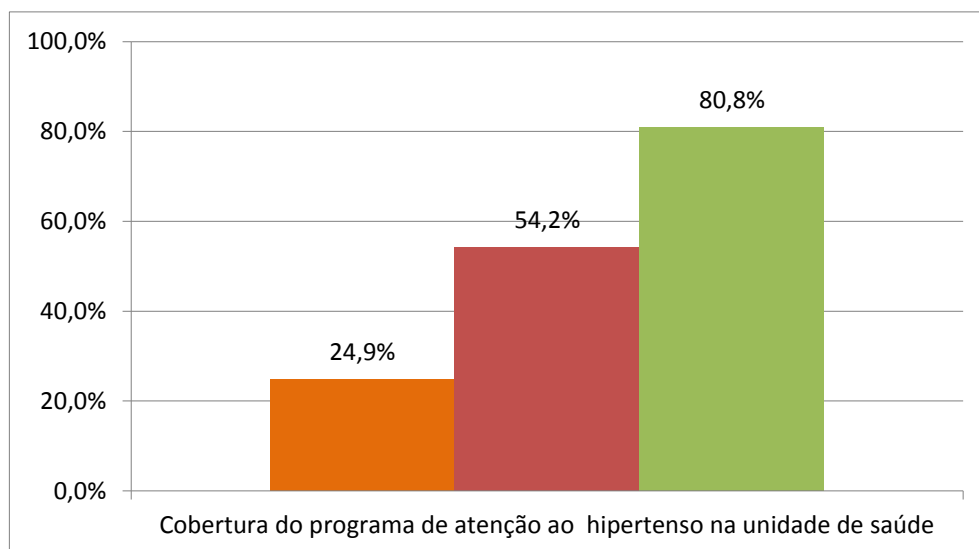


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Costa da Bela Vista, Manacapuru/AM.

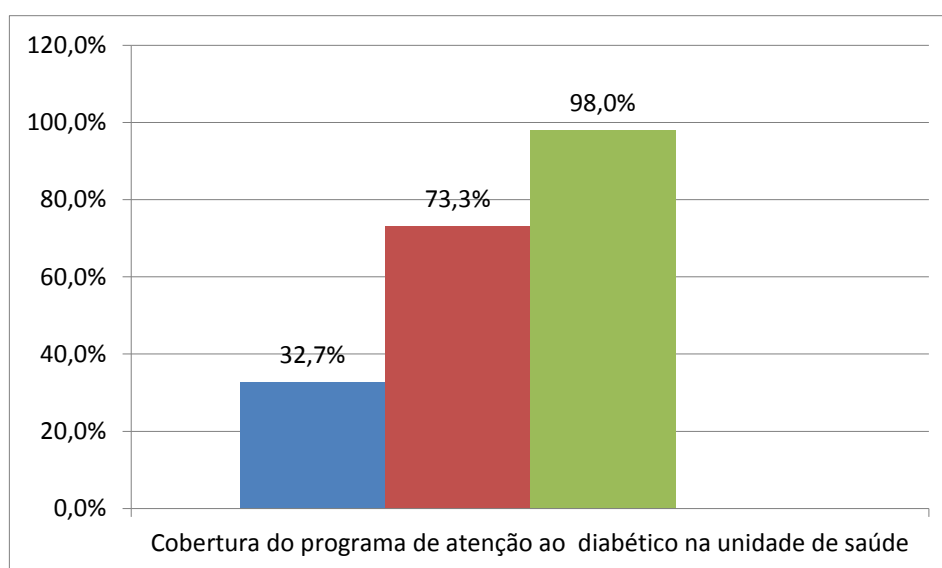


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Costa da Bela Vista, Manacapuru/AM.

Toda a equipe incorporou a intervenção na rotina de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Como o número dos usuários atendidos e acompanhados na área aumentou quantitativa e qualitativamente, os usuários entenderam a necessidade de vir às consultas regularmente e não faltaram mais as consultas programadas. Durante as consultas os usuários relatam uma assistência melhor do que antes, demonstrando a aprovação do projeto pela comunidade.

Fica visível a melhoria na qualidade da assistência no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Na equipe reconhecemos a importância de seguir o que o protocolo do Ministério da Saúde estabelece. Com a ficha espelho, os ACS agora conhecem os usuários de suas áreas que estão com riscos e necessitam de acompanhamento, bem como aqueles que estão com complicações.

Sem contar o engajamento entre a equipe e a comunidade, pois sem este envolvimento, a intervenção não aconteceria. Os ACS trazem os usuários com hipertensão e diabetes de suas micro-áreas para assistência agora com outra visão de prevenção, não esquecendo que os usuários precisam assistir às consultas de seguimento. A enfermeira e o médico estão atendendo os hipertensos e diabéticos de maneira mais sistematizada e se manteve a organização do serviço.

Em uma das últimas reuniões de equipe, os profissionais relataram suas opiniões sobre a intervenção. Os profissionais da unidade expressaram suas opiniões em relação à implementação e afirmaram que o programa irá continuar mantendo a qualidade. O sucesso da intervenção se deve a cada membro da equipe, sobretudo os ACS que fizeram um trabalho enorme buscando os hipertensos e diabéticos nas micro-áreas, constituindo a peça-chave da intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

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 Médicos para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, que servirá de modelo para reorganização de outras ações que envolvem outros usuários na UBS Costa Da Bela Vista e poderá servir para todo o município. O programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos foi a ação programática do Ministério da Saúde que foi desenvolvida no nosso projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde Costa Da Bela Vista, zona rural de Manacapuru (AM). O principal objetivo do nosso projeto foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da nossa área de abrangência. Durante três meses (12 semanas), nosso trabalho foi baseado no protocolo do Ministério da Saúde, e no material oferecido pelo curso de Especialização. A equipe de intervenção escolheu esta ação programática a partir dos dados de cobertura e dos indicadores de qualidade dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

O programa de intervenção na Unidade Básica de Saúde na Costa da Bela Vista propiciou para os usuários da comunidade uma melhor qualidade na assistência e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Cadastramos cerca de 270 usuários Hipertensos (80,8%) e 99 diabéticos (98%), durante os três meses da intervenção, com uma média de aproximadamente 100 hipertensos ao mês e 35 diabéticos, o que nunca havia antes da intervenção.

Outro aspecto importante, é que antes da implantação da intervenção na Unidade, não havia o retorno dos usuários hipertensos e diabéticos às novas consultas, ou seja, não havia um seguimento dos usuários na Unidade. Atualmente, com a intervenção, os usuários veem às consultas programadas para seu seguimento e controle de suas doenças.

Todos os usuários relataram sentirem-se satisfeitos com a nova sistematização do programa na unidade. A relação médico-paciente melhorou muito, o paciente se sente bem ao conversar com o médico na consulta, explicando seus problemas de saúde. O tempo de consulta aumentou consideravelmente assim

como a qualidade do atendimento clínico, os quais estão mais esclarecedores e com mais informações sobre como prevenir complicações e fatores de risco para os usuários hipertensos e diabéticos. Com o estabelecimento do programa de intervenção na UBS, os usuários hipertensos e diabéticos têm mais qualidade e organização em seu programa de saúde. Os atendimentos estão sendo realizados em dias específicos na semana. Assim, toda a comunidade está cada vez mais unida à UBS.

Outro ponto importante do programa é o assunto de usuários faltosos às consultas; quando há usuários faltosos, os agentes comunitários de saúde fazem a busca ativa visitando os usuários em suas casas, orientando também a importância de seu seguimento e controle; e assim trazem os usuários para consulta médica. Antes do programa não existia a busca ativa dos pacientes, ninguém tinha informações dos usuários faltosos às consultas. Hoje a equipe cuida disso para proporcionar um melhor seguimento e controle desses usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Com este conjunto de mudanças, fica claro que os usuários se sentem realmente acompanhados pela equipe com a qualidade que merecem como seres humanos. A comunidade ganhou muito com a implantação deste projeto, e a cada dia os usuários hipertensos e/ou diabéticos não diagnosticados anteriormente na área, são diagnosticados e cadastrados no programa de intervenção e passam a ser acompanhados. Nosso desejo é que a cada dia mais hipertensos e diabéticos tenham acesso às consultas, assim como a equipe e a comunidade sejam cada vez mais aliadas, para assim melhorar ainda mais a qualidade do atendimento para todos. O projeto de melhoria terá continuidade e estamos pensando implantar este modelo para outras ações programáticas para os demais usuários como, por exemplo, melhoria na atenção ao pré-natal e puerpério, programa de prevenção do câncer de mama e do colo do útero.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família é uma ótima alternativa do Ministério da Saúde através da UFPEL para manter a atenção dos médicos do programa Mais Médicos sobre as novidades enfrentadas no sistema de saúde brasileiro, - o Sistema Único de Saúde (SUS) -, também para ter um lugar onde compartilhar dúvidas e adquirir conhecimentos novos sobre a Atenção Básica em Saúde com objetivo de melhorar o atendimento aos usuários em lugares mais inacessíveis do país. Para começar o curso de especialização foi tudo um problema, quando em muitos outros estados do país, muitos companheiros do mesmo ciclo já começaram o curso, e ainda aqui na região amazonense, ninguém o começava, ficava muito ansioso para conhecer melhor o Sistema Único de Saúde através do curso de especialização, que demorava muito antes de começar. Ao chegar o momento de começar o curso, apresentou-se outro problema com dificuldade para acessar ao site do UNASUS, aumentou a minha ansiedade porque trabalho em uma zona rural onde o acesso à internet fica praticamente impossível, tinha que viajar para a cidade que tem uma distância de 35 km com a UBS para poder ter acesso à internet, tudo isso fez que comecei o curso com algumas semanas de atraso, isso me deixou bastante confuso, não entendi nem o ideal do curso. Porém, com a ajuda do orientador, e particularmente pela paciência dele comigo, semanas trás semanas, comecei entendendo o objetivo do curso, tentando recuperar o tempo perdido, mas nunca foi possível pela dificuldade de acesso à internet, o que foi o meu pior inimigo no curso, por isso sempre tive que fazer uma recuperação das unidades. Comecei a interagir no ambiente virtual do curso umas semanas depois, e poucas vezes entrei nos fóruns de atividades clínicas para compartilhar com os colegas.

O curso de especialização me proporcionou novos conhecimentos sobre a atenção básica em saúde, minha perspectiva em relação ao curso era uma

aprendizagem continua, acredito que minhas expectativas iniciais foram cumpridas. Os grandes desafios no início do curso foram ultrapassados aos pouquinhos, as dificuldades com a gramática portuguesa também foram diminuídas com o passar do tempo.

Com o projeto de intervenção que demorou 12 semanas, apresentou-se outro desafio para minha equipe, sobretudo para mim como médico da UBS, onde tinha que superar ansiedade, medo de fracassar, porque foi a primeira vez que uma intervenção ia ser implantada na minha UBS, ninguém na Equipe de Saúde Familiar tinha experiência de uma intervenção anterior. Tinha dúvida de fazer uma intervenção se tornar uma rotina de trabalho; mas trabalhando em equipe onde todos os membros sabem que são capazes e que nada se faz sozinho, com o apoio de todos os membros da equipe e com o apoio ajustes e orientações da orientadora, saíamos frente. Semana atrás semana aprendi na prática de convivência o que era o engajamento público.

O objetivo principal era aprender, e posso dizer que aprendi muito sobre como implantar um projeto em uma Unidade Básica de Saúde e como fazer esse projeto chegar a bom porto apesar de todas as dificuldades. No que tem a ver com a prática profissional o curso significa uma etapa de amadurecimento para mim desde o ponto de vista teórico e prático; foi uma etapa de crescimento pessoal também para mim; graças ao curso de especialização consegui aprender muito sobre a Atenção Primária a Saúde, entender o propósito da estratégia em saúde da família que anteriormente não entendia bem. Com o curso de especialização consegui enriquecer meus conhecimentos.

O projeto de intervenção implantado na UBS foi atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, com objetivo de melhorar o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência. O curso me permitiu compreender melhor o universo desta ação programática, cada detalhe aprendido foi uma maravilha, onde tivemos que cumprir com o protocolo do Ministério de Saúde sobre hipertensão arterial e diabetes. O curso me ensinou a trabalhar melhor em equipe e organiza-se melhor o serviço.

Usando as planilhas, aprendi a trabalhar com mais facilidade pela transformação dos dados que elas nos aportaram, foi difícil entender seu funcionamento no início, mas com explicações da orientadora tudo virou fácil. O curso me ensinou que a saúde se faz em equipe, e os usuários devem ser bem

acolhidos como pessoa humana, sem prejuízo de cor, raça, condições socioeconômicas e religião. A especialização ensinou que com a promoção e prevenção da saúde, podemos ganhar muito evitando doenças e complicações. Com o curso adquirimos uma visão muito mais correta da Estratégia em Saúde da Família, conhecendo melhor nosso papel como profissionais da saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Serie Normas e Manuais Técnicas. Cadernos de Atenção Básica 15; 1ed. Brasília, D.F. 2006.

CALVALHO, G. I. SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentário à lei organização de saúde (lei 8080/90 e lei 8142/90). 2 d. São Paulo: Hucitec, 1996, p.3-74. Caderno, 7 de atenção básica Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM PROTOCOLO (Brasília 2001) MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. p. 5-16

CHAIMOWICZ, Flavio et al. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172 p. CADE, NAGELA VALADÃO. A teoria do déficit de autocuidado de ordem aplicadas em hipertensos. Rev. Latino- AM. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.3, maio. 2001. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/50104-1169.2001.0003.0007>. Acessos em 25/10/11.

COOPER, K.H. Controlando a hipertensão. Qual é o seu perfil de risco para a hipertensão? Rio de Janeiro, Nórdica, 1996, p.61-97. CONSENSO Brasileiro de Hipertensão Arterial, 3, Campos de Jordão, 1998.

DANTAS, ANDRÉS OLIVEIRA. HT: dificuldades para a adesão ao tratamento medicamentoso. UFMG. FM. NESC. Teófilo Otomi, 2011. 31f. Monografia. CABSf) acesso em 20/10/2011.

MARTINS, L, M, França, A.P. D, Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Ver. Latino-Am. Enfermagem, v.4, n.3, p.5-18, dez.1998.

ROQUAYROL, M, 2. Almeida, N.D.F. Epidemiologia & Saude-5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. Pág. 288.e pág. 305. TELLES, F.P. C. P, Mendes, M.M.R. Insuf. Card. em Idoso: estudo do caso. Nursing, v.2, n.16, p.21-25, sept.1999.

SIMONETTI, JP et al. Hábitos de saúde e fatores de risco em usuários hipertensos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2002, maio/jun.; 10(3): 415-422.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante